

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (97) 2022

NR 1

2022

SPIIS TREŚCI

Gość Serwisu

POWOŁANIE KRAJOWEGO CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

Wywiad z dyrektorem KCPU Piotrem Jabłońskim..... 1

Polityka

INFORMACJA NA TEMAT ZWALCZANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, NIKOTYNY I NARKOTYKÓW

Materiał przygotowany na posiedzenie Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego..... 5

Profilaktyka

CZYNNIKI RYZYKA I WSPARCIA W ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY

Anna Izabela Brzezińska, Katarzyna Strojna..... 14

Leczenie, redukcja szkód

WYKORZYSTANIE MARIHUANY W LECZENIU SCHORZEŃ SOMATYCZNYCH I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH. PRZEGLĄD LITERATURY

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska..... 22

Badania, raporty

W PUŁAPCE LĘKU PRZED UTRATĄ SATYSFAKCUJĄCYCH DOŚWIADCZEŃ

Katarzyna Iwanicka, Anna Jupowicz-Ginalska..... 27

Społeczności lokalne, regiony

GMINNE I WOJEWÓDZKIE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM – W KIERUNKU INTEGRACJI DZIAŁAŃ

Artur Malczewski..... 33

STRUKTURA KRAJOWEGO CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA

UZALEŻNIENIOM (KCPU).....okładka III

Internet

ZDALNA POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA OSÓB Z UKRAINY..... okładka IV

Wkładka

WSKAZÓWKI DLA SAMORZĄDÓW GMINNYCH DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH

Wytyczne opracowane przez zespół Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i skonsultowane z ekspertami z zakresu profilaktyki i badań



POWOŁANIE KRAJOWEGO CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

Z dyrektorem Centrum dr. Piotrem Jabłońskim rozmawia
Tomasz Kowalewicz.

– Od początku 2022 roku rozpoczęło działanie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), utworzone w wyniku połączenia niezależnie wcześniej działających: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Jakie zmiany w polityce społecznej państwa powoduje połączenie tych instytucji?

– Połączenie instytucji jest prawnym i organizacyjnym efektem procesów, które w obszarze problematyki uzależnień toczą się w naszym kraju od wielu lat i które znajdują swoje odzwierciedlenie w podobnych działaniach podejmowanych w innych krajach.

Odejście od „silosowego” modelu postrzegania problematyki uzależnień wynika z coraz powszechniejszej obserwacji, iż problemy generowane przez uzależnienia chemiczne, od substancji legalnych i nielegalnych, oraz uzależnienia behawioralne mają podobną naturę etiologiczną i kliniczną oraz tworzą wzajemnie przenikający się zespół zjawisk o charakterze zdrowotnym, społecznym i prawnym. W tworzeniu warunków do kompleksowego podejścia do tej problematyki upatruje się możliwości skuteczniejszego i efektywniejszego wykorzystywania zasobów ludzkich i materialnych, jakie społeczeństwa przeznaczają na jej rozwiązywanie. W Polsce przejawy tych tendencji szczególnie obserwowane są w obszarze profilaktyki (głównie uniwersalnej), w leczeniu (we wzroście ilości diagnoz F.19.2.: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych)

czy w praktyce samorządowej, w której już około 50% gmin realizuje wspólne programy przeciwdziałania problemom uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Połączenie instytucji z obszaru tematyki uzależnień nie zakłada więc, w moim rozumieniu, jakichś gwałtownych zmian w tym obszarze, a raczej dążenie do doskonalenia polityki rozwiązywania problemów uzależnień opartej na dowodach naukowych i dobrych praktykach, w zgodzie z najlepiej rozumianym interesem społecznym, uwzględniającym zarówno perspektywę pomocy osobom uwikłanym w problematykę uzależnień, jak i przyczynianie się do generalnej poprawy jakości zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Bazą tych oddziaływań powinna być kontynuacja współpracy i koordynacja działań pomiędzy organizacjami publicznymi, rządowymi i samorządowymi oraz organizacjami reprezentującymi społeczeństwo obywatelskie. Przejawami nowych tendencji jest z pewnością rozszerzenie zadań spoczywających na władzach samorządu gminnego i wojewódzkiego o problematykę uzależnień behawioralnych oraz otwarcie perspektywy objęcia przez KCPU obszaru innych uzależnień, nie tylko tych znajdujących się w obszarze oddziaływania Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Myślę tu przede wszystkim o rozpoczęciu rozważania potrzeby rozszerzenia mandatu KCPU o tematykę nikotynizmu i wyrobów tytoniopodobnych.

– Integracja polityk społecznych dotyczących uzależnień odbywa się na poziomie centralnym. Czy ten proces schodzi lub będzie schodzić „w dół”, to znaczy,

czy specjalistyczne placówki zajmujące się dotychczas tylko uzależnieniami od narkotyków i te, które koncentrowały się na przeciwdziałaniu problemom z alkoholem także będą rozszerzać oddziaływania na wszelkie uzależnienia chemiczne, dołączając ponadto pracę z osobami mającymi problemy z uzależnieniami behawioralnymi?

– To, co zostało nazwane „procesem schodzenia w dół”, pogłębia się już na poziomie jednostek samorządu terytorialnego. Ustawa z 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw wskazuje, że zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym powinny stanowić element gminnych lub wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i powinny zostać ujęte w uchwalanych gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii. Ustawodawca zdecydował się powierzyć gminom, poza zadaniami z zakresu uzależnień od substancji, również te dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym ze względu na ich rosnące rozpowszechnienie oraz wynikające z nich szkody zarówno zdrowotne, jak i społeczne.

Może warto tu dodać, że termin „uzależnienia behawioralne”, którym posłużył się ustawodawca, określa takie formy zachowań, które nie są związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, ale z wykonywaniem pewnych czynności (hazard, zakupy, granie w gry itp.), a ich specyfiką jest m.in. utrata kontroli nad tymi zachowaniami czy czynnościami. W kontekście leczenia uzależnień już od dawna obserwujemy odchodzenie w praktyce terapeutycznej od sztucznego podziału pacjentów na grupy osób powiązane z używaniem poszczególnych substancji chemicznych o różnym działaniu na układ nerwowy czy różnym statusie prawnym.

Tam, gdzie jest to uzasadnione diagnostycznie i klinicznie, należy zachowywać dostęp do specyficznych form leczenia, co najczęściej manifestuje się w postępowaniu farmakologicznym. Jednakże, po przejściu do fazy leczenia uzależnienia psychicznego dominującą formą są różnorodne oddziaływania psychoterapii i wsparcia psychospołecznego (stosowane w uzasadnionych potrzebach pacjentów przypadkach)

z udziałem wsparcia farmakologicznego, w prowadzeniu których to form kwestie przyjmowanych substancji nie odgrywają decydującej roli.

– Czy dobrze myślę, że objęcie wszelkich uzależnień jednym systemem będzie dotyczyć także szkolenia kadry?

– To już się dokonało wraz z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Przypomnę, że właśnie ten akt prawny wprowadził jednolity system kształcenia dla specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień, bez względu na to, czy osoba kształcąca się udziela świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu czy osób uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych. Obecnie 13 podmiotów szkoli terapeutów uzależnień wg jednolitego standardu kształcenia wynikającego z wymienionego rozporządzenia ministra zdrowia. Ustawa o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym, która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku podtrzymuje jednolity system kształcenia osób, które chcą prowadzić terapię pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych i uzależnionych behawioralnie oraz członków ich rodzin. Przy czym nowe regulacje wprowadzają ścieżkę kształcenia specjalizacyjnego zgodnie z ustawą o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Uzyskany w trybie ścieżki specjalizacyjnej tytuł to specjalista w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Dotychczasowe certyfikaty specjalisty i instruktora wydane przez PARPA lub KBPN zachowują moc. Certyfikaty specjalisty psychoterapii są równoważne z tytułem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

– Czy podobnie będzie zarówno w obszarze kształcenia terapeutów uzależnień, jak i profilaktyków?

– Koncepcja podnoszenia standardów pracy profilaktyków przyjęła inny kształt niż szkolenie psychoterapeutów. Praca nad kwalifikacją rynkową, podjęta z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dotycząca profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń

behawioralnych, rozpoczęła się już blisko trzy lata temu i zakończyła złożeniem dwóch wniosków do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. Współpraca w tym zakresie prowadzona była od początku z pracownikami PARPA, co zapewnia już w nowym podmiocie, w Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, integrację w obszarze profilaktyki uzależnień substancji chemicznych oraz zachowań. Opis kwalifikacji w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji jest jedną z dróg podniesienia jakości działań profilaktycznych w Polsce. System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego odnosi się do oceny programów, a systemy szkoleniowe (Skuteczny Samorząd, ASAP) podnoszą umiejętności osób odpowiedzialnych za realizację profilaktyki na danym terenie. Kwalifikacja rynkowa natomiast odnosi się do wiedzy i umiejętności potencjalnych realizatorów programów profilaktycznych i promocji zdrowia. Jest to zatem kolejny obszar, który jest obecnie „porządkowany”. 31 grudnia 2021 roku złożono dwa wnioski o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji o nazwie: *Prowadzenie promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz Prowadzenie selektywnej i wskazującej profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz minimalizowania problemów związanych z tymi zachowaniami*.

Pracując nad kwalifikacjami rynkowymi dotyczącymi profilaktyki, nie odwołujemy się do realizacji konkretnych programów profilaktycznych, ale do międzynarodowych standardów obowiązujących w profilaktyce opartej na naukowych podstawach. Wdrażanie tych standardów w pracę profilaktyków ma na celu ochronę odbiorców, a szczególnie dzieci i młodzieży. Kwalifikacje rynkowe dotyczą wiedzy i umiejętności, które powinna posiadać osoba chcąca realizować profilaktykę. Posiadanie tych kwalifikacji ma być póki co możliwością, a nie obowiązkiem. Jeżeli uznajemy międzynarodowe standardy w profilaktyce i pragniemy, by były one wdrażane, to wiedza w tym zakresie powinna zostać wprowadzona i egzekwowana. Potwierdzenie zdobytej wiedzy i umiejętności ma służyć realizacji w praktyce profilaktyki dobrej jakości, zgodnej z najwyższymi obowiązującymi aktualnie standardami jakości.

Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. z 2016 r., poz. 64) określa wszystkie procedury wpisania kwalifikacji, proces uzyskania miana Instytucji Certyfikującej oraz egzaminowania i walidacji do uzyskania kwalifikacji. Obecnie wnioski o włączenie kwalifikacji do Systemu są przekazane do weryfikacji ministra właściwego ds. zdrowia. Minister przeprowadzić ma konsultacje środowiskowe, zebrać opinie specjalistów, powołuje Zespół Ekspertów, który wydaje rekomendacje. Następnie przygotowuje obwieszczenie i przesyła informację do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji. Kolejnym krokiem jest nadawanie uprawnień do certyfikowania kwalifikacji rynkowej. Procesy te trwać mogą jeszcze dość długo. Mijmy nadzieję, że w roku 2023 będziemy mieli kwalifikacje już w pełni wpisane w ZSK.

– A jak – w związku z instytucjonalną integracją na poziomie centralnym struktur przeciwdziałających problemom alkoholowym i narkotykowym – będzie wyglądać sytuacja w placówkach terenowych? Czy należy spodziewać się, że na przykład poradnie terapii uzależnienia od alkoholu zaczną przyjmować także pacjentów z problemem narkotykowym oraz osoby z kłopotami behawioralnymi?

– Do 31 marca 2022 roku samorządy wojewódzkie i gminne mają obowiązek przyjąć nowe wojewódzkie/gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Ich elementem stały się uzależnienia behawioralne. Ustawodawca zadbał o to, żeby ten system na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym był spójny i obejmował te trzy kategorie problemów – alkohol, narkotyki i uzależnienia od zachowań.

Jeśli chodzi o kwestie leczenia uzależnień, to przyjęte rozwiązania prawne akceptują obserwowaną od lat praktykę leczniczą. W większości placówek terapii uzależnień przyjmuje się pacjentów z problemami używania lub uzależnienia od wielu substancji oraz pacjentów z zaburzeniami „od czynności”, z również dość często współwystępującym używaniem psychoaktywnych substancji chemicznych.

Logiczną konsekwencją obserwowanej praktyki i idących w jej ślad rozwiązań organizacyjnych oraz

prawnych stała się decyzja ministra zdrowia z dnia 29 marca 2021 roku o powołaniu „Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień”, którego zadaniem jest przygotowanie rozwiązań i rekomendacji służących poprawie funkcjonowania systemu leczenia uzależnień, a w szczególności opracowanie kompleksowych rozwiązań w zakresie organizacji leczenia uzależnień, w tym w zakresie warunków udzielania świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia uzależnień.

– A czy gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiące dotychczas interdyscyplinarne zespoły ekspertów w zakresie lokalnej polityki wobec problemów alkoholowych, zajmą się innymi rodzajami uzależnień?

– Jeśli spojrzymy na zapisy prawne ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi to wynika z nich, że kluczowym zadaniem gminnych komisji jest inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu. Z kolei dalej ustawa wskazuje, jakie to są działania, a jednym z nich od 1 stycznia 2022 roku jest także przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Więc ustawodawca niejako wymusił na gminnych komisjach zajmowanie się również i tego rodzaju uzależnieniami. Z kolei widzimy, że przynajmniej połowa gmin już przed 1 stycznia przyjmowała wspólne gminne programy tzw. alkoholowe i narkotykowe, i mimo że ustawodawca tego nie wymagał, to zwykle gminne komisje pracowały merytorycznie nad zawartością całych gminnych programów, nie pomijając tematyki przeciwdziałania narkomanii. Natomiast nie zmienia się procedura zobowiązania do leczenia odwykowego, wciąż dotyczy ona tylko osób uzależnionych od alkoholu.

– Na koniec zapytam: jakie są aktualnie najpoważniejsze wyzwania stojące przed zintegrowaną instytucją przeciwdziałającą w naszym kraju uzależnieniom?

– Wyzwania te mają co najmniej podwójną naturę. Pierwsza grupa wyzwań to te związane bezpośrednio z kwestiami merytorycznymi, takimi jak ustalenie priorytetów, proporcji pomiędzy obszarami dotych-

czas charakterystycznymi dla osobno działających instytucji. Wyniki badań nad obszarami konsumpcji substancji psychoaktywnych pokazują jednoznacznie, że wbrew stereotypowym poglądom narkotykiem „furtkowym” (*gate drug*), od którego zaczynają się inicjacje narkotykowe w Polsce, nie jest marihuana a alkohol. Przed nami wielkie zadanie – próba zmiany olbrzymiego przyzwolenia społecznego na używanie alkoholu i idąca w ślad za nim powszechna jego dostępność, głównie fizyczna (miejsca sprzedaży), ale i ekonomiczna. Czasy, w których dokonujemy zmian prawnych i organizacyjnych w obszarze polityki rozwiązywania problemów uzależnień (COVID, agresja Rosji na Ukrainę, poczucie zagrożenia potencjalną wojną na szerszą jeszcze skalę) powodują wzrost napięcia społecznego, lęku, zachowań depresyjnych, obniżenia poczucia bezpieczeństwa. Wszystkie te zjawiska z jednej strony wpływają również na poziom przyjmowania substancji zmieniających świadomość, a z drugiej pokazują, jak działania nakierowane na uzależnienia są skorelowane, i jak powinny być skoordynowane z całą sferą polityki zdrowotnej i społecznej państwa na wszystkich jego poziomach. Myślę tu nie tylko o instytucjach centralnych, ale i o władzy samorządowej i organizacjach reprezentujących społeczeństwo obywatelskie.

Umieszczenie funkcji Centrum i określenie jego planów strategicznych, ale i odpowiadanie na dynamicznie pojawiające się problemy tu i teraz, to podstawowe zadania na najbliższą przyszłość.

Drugim wymiarem wyzwań, mniej merytorycznym, a bardziej związanym ze sferą psychologiczną, mentalną, są kwestie „pogodzenia” się z nową rzeczywistością prawną i organizacyjną w dziedzinie uzależnień. Wszyscy byliśmy przyzwyczajeni do innej struktury i innych form współpracy. Nowa sytuacja od wszystkich interesariuszy wymaga modyfikacji stanowisk i aktywności. Jednakże, obserwując to, co się aktualnie wydarza i reakcje na zmiany na wszystkich poziomach organizacyjnych, odnoszę wrażenie, że większa jest świadomość korzyści, jakie możemy odnieść z prowadzenia spójnej, skoordynowanej polityki rozwiązywania problemów uzależnień, niż obawa przed niepowodzeniem.

– Bardzo dziękuję za rozmowę.

Przedstawiamy materiał przygotowany na posiedzenie Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego, które odbyło się 12 stycznia 2022 roku i było poświęcone omówieniu aktualnej sytuacji w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami, co stanowi jeden z podstawowych filarów działań ministra zdrowia, realizowanych m.in. za pośrednictwem wyspecjalizowanych jednostek podległych ministrowi.

INFORMACJA NA TEMAT ZWALCZANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, NIKOTYNY I NARKOTYKÓW

I. Epidemiologia

Dane na temat liczby osób uzależnionych od alkoholu w Polsce przedstawione są w wynikach badań prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na temat kondycji psychicznej mieszkańców Polski – EZOP. Wyniki uzyskane w badaniu EZOP II¹ pozwalają na oszacowanie, ilu mieszkańców Polski doświadczało zaburzeń związanych z alkoholem oraz ilu spełniało bądź spełnia kryteria uzależnienia od alkoholu. W wyniku przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że z zaburzeniami związanymi z alkoholem kiedykolwiek w życiu zmagano się 7,3% mieszkańców Polski, co przekłada się na populację ok. 2,31 mln osób. Zaburzenia związane z alkoholem dotyczą częściej mężczyzn niż kobiety (13,1% vs. 2,1%), zarówno w wieku produkcyjnym (13% vs. 2,6%), jak i – w zdecydowanie większym stopniu – w wieku emerytalnym (13,4% vs. 0,25%). Ogółem zaburzenia związane z alkoholem dotknęły ok. 1 970 tys. mężczyzn i 339,8 tys. kobiet. Wśród osób mających za sobą doświadczenia zaburzeń alkoholowych stadium

uzależnienia osiągnął mniej więcej co czwarty badany. Według tych oszacowań 1,9% dorosłych mieszkańców Polski było kiedykolwiek uzależnionych od alkoholu. Tabela 1. wskazuje dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące liczby świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu udzielonych od 2015 roku w ujęciu krajowym. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest zwiększająca się w ostatnich latach konsumpcja alkoholu.

Tabela 2. Struktura spożycia napojów alkoholowych.

Rodzaj napoju alkoholowego	2017	2018	2019	2020
Wyroby spirytusowe	34,9%	34,6%	37,8%	38,5%
Wino i miody pitne	7,7%	7,5%	7,6%	8%
Piwo	57,4%	57,9%	54,6%	53,5%

Tabela 3. Spożycie napojów alkoholowych w litrach na 1 mieszkańca.

	2017	2018	2019	2020
Średnio na 1 mieszkańca w litrach 100% alkoholu	9,45	9,55	9,78	9,6
Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	3,3	3,3	3,7	3,7
Wino i miody pitne	6,1	6	6,2	6,4
Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	0,73	0,72	0,74	0,77
Piwo	98,5	100,5	97,1	93,6
Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol	5,42	5,53	5,34	5,1

Tabela 1. Liczba osób z rozpoznaniem F10² (z rozszerzeniami) oraz liczba i wartość zrealizowanych świadczeń na rzecz tych pacjentów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień.

Rok realizacji	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów wg identyfikatora	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
2015	1 760 243	218 042	422 606 359
2016	1 757 086	217 006	430 984 881
2017	1 741 116	215 212	450 454 524
2018	1 681 993	209 850	464 394 977
2019	1 701 746	203 173	479 397 674
2020	1 415 434	170 092	375 875 105

Badania prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na temat kondycji psychicznej mieszkańców

Polski – EZOP dostarczają informacji również na temat używania, używania szkodliwego i uzależnienia od narkotyków. Chociaż raz w ciągu całego życia jakiegokolwiek narkotyku próbowało 5,1% populacji w wieku 18 lat i więcej. Oznacza to, że doświadczenia takie ma za sobą 1 593,4 tys. osób. Większość badanych ograniczyło się do jednego narkotyku, dwóch lub więcej próbowało 0,8%, zaś trzech lub więcej – 0,3%.

Spśród narkotyków kiedykolwiek używanych przez badanych na pierwszym miejscu pod względem rozpo-

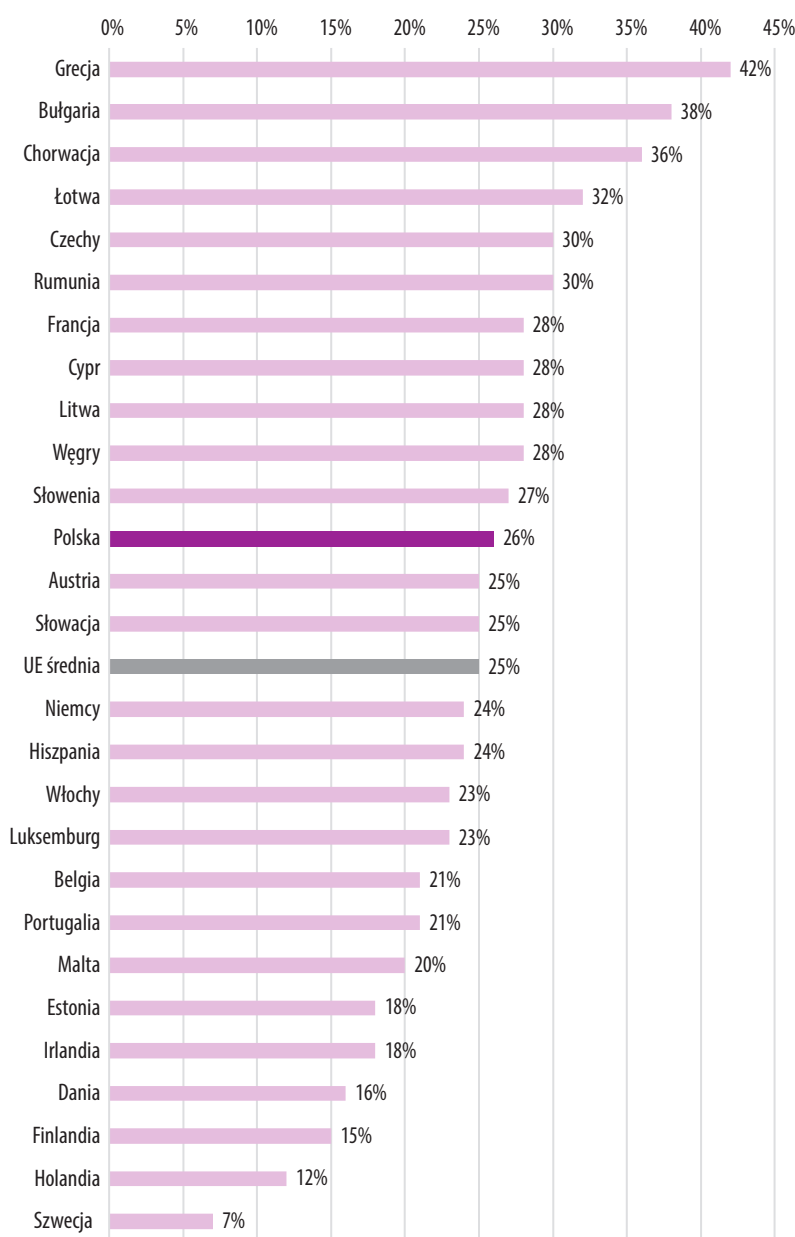
wszechnienia lokują się przetwory konopi – 3,9%. Można zatem założyć, że substancji tej próbowało 1 217,6 tys. osób z populacji generalnej.

Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia sytuują się narkotyki klubowe, takie jak ecstazy lub „dopalacze”. Używało ich kiedykolwiek w życiu 1,1% badanych, co przekłada się na 354,4 tys. osób w populacji generalnej. Mniejsze rozpowszechnienie obserwujemy w przypadku halucynogenów oraz substancji wziewnych, takich jak rozpuszczalniki lotne czy kleje. Ekstrapolując

te wartości na populację, otrzymujemy 80-200 tys. osób, które używały halucynogenów lub substancji wziewnych. Jeszcze mniejszym rozpowszechnieniem odznacza się kokaina – 0,3%, a najmniejszym opioidy, takie jak heroina, „kompot” czy metadon – 0,1%. Liczbę użytkowników kokainy można zatem szacować na 91,1 tys. osób, zaś opioidów na 17,6 tys. osób.

Badanych, którzy kiedykolwiek w życiu używali narkotyków w sposób szkodliwy lub uzależnionych, było niemal czterokrotnie mniej niż osób, które próbowały narkotyków. Ich frakcja wynosiła 1,2%, na podstawie czego można oszacować ich liczbę w populacji na 383 tys. osób. Wśród nich wyróżnić można grupę 357,7 tys. osób, które kiedykolwiek używały narkotyków szkodliwie, oraz znacznie mniejszą grupę osób liczącą 59,6 tys. osób, które kiedykolwiek potwierdzały symptomy uzależnienia. Warto zapoznać się z wynikami najnowszej edycji (2019 rok) badania ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*). Jest to badanie ankietowe, realizowane co 4 lata począwszy od 1995 roku, na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat) naszego kraju. Za realizację badania odpowiedzialne jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN). Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez

Wykres 1. Codzienni użytkownicy wyrobów tytoniowych w krajach UE (% osób dorosłych).



młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ułożonych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży.

Wyniki badania wskazują na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych niż legalnych, zwłaszcza alkoholu i tytoniu. Większość badanych nigdy po substancje nielegalne nie sięgała.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 80,0% uczniów z młodszej grupy i 92,8% uczniów ze starszej grupy.

Porównanie wyników badania z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań w zakresie picia alkoholu przez młodzież wykazuje kontynuację trendu spadkowego.

Trochę inaczej rzecz się ma z substancjami nielegalnymi. Wskaźniki używania przetworów konopi dopiero w 2019 roku przełamały wcześniejszy trend wzrostowy. Inne wskaźniki dotyczące marihuany i haszyszu, takie jak dostępność tych substancji czy zasięg używania ich w otoczeniu badanych wykazują podobne tendencje jak rozpowszechnienie używania. Potwierdza to tezę o zahamowaniu trendu wzrostowego problemu przetworów konopi wśród młodzieży szkolnej.

W zakresie wskaźników picia alkoholu i palenia tytoniu obserwowano proces zacierania się różnic związanych z płcią, który doprowadził do zrównania się kilku wskaźników używania tych substancji przez dziewczęta i chłopców.

W zakresie ocen dostępności napojów alkoholowych odnotować trzeba powolną, ale konsekwentną pozytywną tendencję zmniejszania się odsetka uczniów określających swój dostęp jako bardzo łatwy. Podobnie dzieje się też z tytoniem. Ponadto zmniejsza się także odsetek uczniów dokonujących zakupów takich napojów alkoholowych, jak piwo czy wódka.

Rozpowszechnienie używania „dopalaczy” wykazuje od 2011 roku trend spadkowy. Podobnie zmniejszają się odsetki respondentów otrzymujących propozycje zakupu, otrzymania, bądź użycia tych substancji, a także wysoko oceniających ich dostępność. Warto dodać, iż rosną frakcje respondentów przypisujących duże ryzyko nawet eksperymentowaniu z „dopalaczami”.

Badania EZOP dostarczają informacji również o rozpowszechnieniu zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu oraz zażywaniem innych substancji psychoaktywnych. Z badań wynika, że około 6% młodzieży

w wieku 12-17 lat potwierdziło nadmierne okazjonalne picie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a kilkukrotne nadmierne picie w ciągu ostatniego roku dotyczyło około 3% młodzieży. Rozpowszechnienie nadmiernego picia alkoholu jest silnie powiązane z płcią i wiekiem nastolatków. Chłopcy zdecydowanie częściej niż dziewczęta piją w taki sposób. Po 16. roku życia następuje skokowy wzrost wskaźników picia nadmiernego wśród nastolatków. Dziewięciu na dziesięciu nastolatków, którzy mają za sobą kilkukrotne epizody picia nadmiernego w ciągu roku, można postawić diagnozę zaburzeń związanych z alkoholem. Zaburzenia takie występują u 2,5% młodzieży szkolnej w wieku 12-17 lat (3,9% chłopców i 0,8% dziewcząt). Około 5% młodzieży w wieku 12-17 lat potwierdziło używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej jednej substancji psychoaktywnej (inne niż alkohol i tytoń). Najczęściej były to przetwory konopi (marihuana lub haszysz), leki uspokajające/nasenne lub przeciwlękowe. Rozpowszechnienie używania narkotyków wśród nastolatków jest silnie powiązane z wiekiem. Cezurą jest 16. rok życia, kiedy następuje skokowy wzrost wskaźników używania.

Polska w latach 80. była krajem o największej częstości palenia wyrobów tytoniowych w Europie, wynoszącej aż 42%. W związku z tym konieczne stało się podjęcie pilnych i skutecznych działań mających na celu redukcję, niewątpliwie szkodliwego dla zdrowia, palenia wyrobów tytoniowych wśród milionów Polaków. Działania te na przestrzeni ostatnich 20 lat przyniosły ogromny sukces, gdyż spowodowały istotny spadek palenia w Polsce.

Zgodnie z danymi zawartymi w raporcie Eurobarometr z 2020 roku *Postawy Europejczyków wobec tytoniu i papierosów elektronicznych*, obecnie w Polsce codziennymi użytkownikami wyrobów tytoniowy jest 26% dorosłych Polaków (32% mężczyzn oraz 20% kobiet), co klasyfikuje Polskę na 12. miejscu w Unii Europejskiej. Najwięcej osób palących posiada Grecja – 42%, Bułgaria – 38% oraz Chorwacja – 36%, z kolei najmniej Szwecja – 7%, Holandia – 12% oraz Finlandia 15%. Przedmiotowy dokument również potwierdza wspomnianą skuteczność działań antynikotynowych podejmowanych w Polsce, gdyż w porównaniu do 2006 roku liczba osób palących w naszym kraju zmniejszyła się o 9%.

Niezależnie od powyższego warto zaznaczyć, że w ostatnich latach odsetek osób w wieku 15-19 lat, które kiedykolwiek spróbowały elektronicznych papierosów wzrósł w Polsce z 16,8% do 62,1%. Powyższe wyniki

potwierdza ostatni raport Światowej Organizacji Zdrowia, przygotowany na 8. Posiedzenie Państw – Stron Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczaniu Użycia Tytoniu (FCTC), wskazujący Polskę jako państwo z największym na świecie odsetkiem osób nieletnich, które kiedykolwiek używały tego rodzaju produktów.

II. Realizacja zadań ustawowych

Zadania dotyczące przeciwdziałania narkomanii określone w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050), polegające na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji na podstawie pełnomocnictwa ministra właściwego do spraw zdrowia, wykonuje Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Ponadto KBPN inicjuje działania zmierzające do ograniczania używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, a także prace nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii. Ponadto do zadań KBPN należy m.in. inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomanią, dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, opracowywanie standardów w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii. KBPN współpracuje również z instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii i likwidacji szkód nią wywołanych oraz prowadzi krajowy system informacji o narkotykach oraz monitorowania działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym. Ponadto KBPN udziela pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym jednostkom samorządu terytorialnego oraz podmiotom prowadzącym działalność oświatowo-informacyjną, badawczą, profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną i reintegracyjną.

Zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119) profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych jest celem działania PARPA. Do zadań PARPA należy w szczególności opiniowanie i przygotowywanie projektów aktów prawnych oraz planów działań w zakresie polityki dotyczącej alkoholu i problemów alkoholowych, prowadzenie działalności informacyjno-educacyjnej, opracowywanie ekspertyz oraz opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz udzielanie merytorycznej pomocy samorządom, instytucjom, stowarzyszeniom i osobom fizycznym, realizującym zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, oraz zlecanie i finansowanie realizacji tych zadań. PARPA współpracuje również z organami samorządu województw i pełnomocnikami, powoływanymi w celu realizacji wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponadto PARPA koordynuje i inicjuje działania zwiększające skuteczność i dostępność leczenia odwykowego, a także zleca i finansuje zadania związane z rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Do zadań PARPA należy również współpraca z organizacjami i instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, a także podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów ustawy dotyczącej sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 r.ż. i zakazu reklamy napojów alkoholowych oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy.

Przepisy ustawy wprowadzają szereg rozwiązań regulujących kwestie dostępności napojów alkoholowych. Jako najważniejsze przyczyny zwiększania spożycia i rozmiarów szkód powodowanych przez spożywanie alkoholu wskazuje się dostępność fizyczną i ekono-

miczną alkoholu oraz reklamę napojów alkoholowych. W związku z tym jako trzy najbardziej efektywne, łatwo dostępne i wydajne narzędzia mające na celu ograniczenie szkodliwego spożywania alkoholu Światowa Organizacja Zdrowia, uznawana za organizację najbardziej aktywną w zakresie polityki wobec alkoholu, wskazuje:

1. ograniczenie fizycznej dostępności alkoholu,
2. ograniczenie reklamy alkoholu i działań marketingowych,
3. zwiększenie ceny alkoholu poprzez opodatkowanie.

Obecnie przepisy ustawy adresują aspekty dotyczące ograniczenia dostępności fizycznej alkoholu m.in. w następujący sposób:

1. rada gminy ustala, w drodze uchwały, maksymalną liczbę zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na terenie gminy (miasta), odrębnie dla:
 - a) poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, o których mowa w art. 18 ust. 3;
 - b) zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży;
 - c) zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży;
2. rada gminy ustala, w drodze uchwały, zasady usytuowania na terenie gminy miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych,
3. rada gminy może ustalić, w drodze uchwały, dla terenu gminy lub wskazanych jednostek pomocniczych gminy, ograniczenia w godzinach nocnej sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. Ograniczenia mogą dotyczyć sprzedaży prowadzonej między godziną 22:00 a 6:00.

Maksymalna liczba zezwoleń, usytuowanie miejsc sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych oraz godziny sprzedaży napojów alkoholowych uwzględniają postanowienia gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Nawiązując do kwestii związanych z działaniami ograniczającymi problem nikotynizmu, należy podkreślić, że powinny one przede wszystkim uwzględniać zarówno masową profilaktykę, jak i działania interwencyjne. Od 1997 roku działania te zawarte były w Programie Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, od 2007 roku, z upoważnienia ministra zdrowia,

za realizację i koordynację ww. programu odpowiadał Główny Inspektor Sanitarny.

Przedmiotowy program był realizowany zgodnie z przepisami art. 4 Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych stanowiącym, że Rada Ministrów ustalała program określający politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną, zmierzającą do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych, który powinien być finansowany z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych. W związku z problemami interpretacyjnymi dotyczącymi sposobu finansowania działań antynikotynowych, podczas prac nad Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.), podjęto decyzję o uchyleniu ww. artykułu. Obecnie działania związane z ograniczaniem palenia tytoniu kontynuowane są m.in. poprzez Narodowy Program Zdrowia.

III. Narodowy Program Zdrowia

Należy mieć na uwadze, że mechanizm uzależnienia, a więc choroby, niezależnie od czynników wyzwalających, wiąże się z pewnymi uniwersalnymi prawidłowościami, czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi. Problem uzależnień behawioralnych bądź od substancji psychoaktywnych (nielegalnych i legalnych), powinien być rozpatrywany w sposób zintegrowany, co ma swoje odzwierciedlenie w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. poz. 642), dalej „NPZ”, o którym mowa w art. 9 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, jak i akcie wykonawczym go poprzedzającym, obejmującym horyzont czasowy od 2016 roku do 2020 roku.

KBPN i PARPA były głównymi realizatorami celu operacyjnego 2 NPZ na lata 2016–2020 pn. *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*.

W ramach tego celu KBPN realizowało zadania określone w *Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii i Programie Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym*. Zakres zadań ujętych w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii obejmował tematykę związaną z prowadzeniem działań informacyjno-edukacyjnych, rozwojem kadr uczestniczących w realizacji zadań

z zakresu przeciwdziałania narkomanii, profilaktyką, redukcją szkód, rehabilitacją i reintegracją społeczną, monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych oraz współpracą międzynarodową. Z kolei PARPA realizowała zadania określone w *Krajowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, który obejmował tematykę związaną z promocją zdrowia, w tym edukacją zdrowotną i szkoleniem kadr oraz zadaniami regulacyjnymi i zapewnianiem skutecznego egzekwowania przepisów, profilaktyką, redukcją szkód, rehabilitacją zdrowotną, społeczną i zawodową, diagnozowaniem i badaniem zjawisk związanych z używaniem alkoholu oraz współpracą międzynarodową.

Na uwagę zasługuje fakt, że największa liczba zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczy celu operacyjnego 2 (poświęconego uzależnieniom), co wynika m.in. ze zobowiązania ustawowego do przyjmowania i realizacji gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Działania określone w NPZ w zakresie zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych prowadzone są przede wszystkim przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (NIO). Do zadań NIO należy prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym oraz realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym przeprowadzania minimalnych interwencji antytytoniowych. NIO współpracuje również z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie profilaktyki antytytoniowej oraz udziela pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w tym zakresie. Ponadto prowadzi działalność naukowo-badawczą w zakresie prewencji tytoniowej.

W celu skutecznego ograniczania palenia w miejscach pracy, w latach 2018 oraz 2019 realizowane były działania edukacyjno-informacyjne i profilaktyczne mające na celu ograniczanie używania wyrobów tytoniowych oraz wyrobów powiązanych w miejscu pracy. Działania te obejmowały inicjatywy kierowane bezpośrednio do pracodawców i pracowników (w tym przede wszystkim kadry zarządzającej) zakładów pracy. Działaniami zostało objętych ponad 1000 firm na terenie całego kraju.

Wobec powyższych obserwacji i wniosków w 2020 roku zrealizowano kampanię edukacyjną pn. *#StopFejkFriends*.

Jej celem było przede wszystkim przemówienie językiem młodych do ich wyobraźni i intelektu, poprzez przekaz, który płynie od rówieśników o tym, że palenie zarówno tradycyjnych jak i nowatorskich wyrobów tytoniowych, a także papierosów elektronicznych jest szkodliwe dla zdrowia.

IV. Finansowanie zadań z zakresu profilaktyki uzależnień

Prowadzenie sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych może odbywać się na podstawie zezwolenia, wydawanego przez wójta/burmistrza/prezydenta miasta właściwego ze względu na lokalizację punktu sprzedaży. W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań gminy pobierają opłatę za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

Dochody z opłat za zezwolenia wykorzystywane są na realizację:

1. gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
2. zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

– i nie mogą być przeznaczane na inne cele.

Obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18% alkoholu może być prowadzony tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez ministra właściwego do spraw gospodarki, zaś poniżej 18% na podstawie zezwolenia wydanego przez marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę przedsiębiorcy. Za zezwolenia, wydawanie decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany oraz wydawanie duplikatów pobiera się opłaty. Opłaty te mogą być wykorzystane przez zarządy województw wyłącznie na finansowanie:

1. zadań określonych w art. 4 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
2. zadań określonych w Wojewódzkim Programie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
3. zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu

rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Wojewódzkiego Programu, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Warto również dodać, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace analityczne związane z realizacją, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030, działania pn.: *Modyfikacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) i dostosowanie go do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych*, mające na celu podniesienie efektywności poradnictwa antynikotynowego. Prace skupiają się na zmianie wymagań, jakie muszą spełniać realizatorzy omawianego programu oraz dostosowują go do obecnych wyzwań krajowego zdrowia publicznego.

V. Działania legislacyjne

Od 1 stycznia 2021 roku z inicjatywy ministra zdrowia weszły w życie nowe przepisy, zgodnie z którymi do kategorii opłat za zezwolenie na obrót hurtowy, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy, dodano opłatę dotyczącą zaopatrywania w napoje alkoholowe o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml przedsiębiorców posiadających zezwolenie na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży.

Wysokość opłaty wynosi 25 zł za każdy litr 100% alkoholu w ww. opakowaniach, w które zaopatrzone sprzedawcę detalicznego. Wysokość opłaty będzie obliczana odrębnie dla każdego zezwolenia posiadanego przez przedsiębiorcę na podstawie informacji złożonej przez tego przedsiębiorcę do końca miesiąca następującego po zakończeniu półroczu. Niedopełnienie obowiązku złożenia informacji lub wniesienia opłaty sankcjonowane będzie dodatkową opłatą. Wpływy z opłaty oraz dodatkowej opłaty będą stanowiły w 50% dochód własny gmin. Pozostałe 50% stanowić będzie przychód Narodowego Funduszu Zdrowia. Wpływy z opłat stanowiące dochód gminy będą przeznaczać na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (zatem zadania własne samorządu gminy związane przykładowo z polityką społeczną, zdrowotną lub inne działania związane z profilaktyką lub rozwiązywaniem problemów związanych ze spożyciem alkoholu), z kolei przychody Narodowego Funduszu

Zdrowia zostaną przeznaczone na działania profilaktyczne i świadczenia opieki zdrowotnej związane z opieką psychiatryczną, leczeniem uzależnień oraz innych następstw zdrowotnych spożycia alkoholu. Wysokość wpłat za I półrocze 2021 roku wyniosła 183 266 299,45 zł (stan na sierpień 2021 roku).

Ponadto z dniem 21 sierpnia 2018 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która została przygotowana ze względu na pilną potrzebę wdrożenia kolejnych działań ograniczających zjawisko wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Zasadniczym celem ustawy było objęcie przepisami karnymi przede wszystkim czynów związanych z dystrybucją tych substancji i stworzenie instrumentów prawnych umożliwiających odpowiedzialność osób z nią związanych.

Dynamiczny rozwój wprowadzania do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych sprawił, że przepisy, które kwestię odpowiedzialności za czyny zabronione w zakresie wytwarzania i wprowadzania do obrotu tych substancji sytuowały na poziomie administracyjnym, nie spełniały założonego celu. Celem zaproponowanych w nowelizacji ustawy zmian było objęcie nowych substancji psychoaktywnych kontrolą analogiczną jak środki odurzające i substancje psychotropowe oraz pozostawienie odpowiedzialności administracyjnej w zakresie środków zastępczych.

Ponadto nowelizowana ustawa wdrożyła nowe mechanizmy, wykorzystujące prawo karne przeciwko producentom i sprzedawcom nowych substancji psychoaktywnych.

W związku z szybkim tempem pojawiania się niebezpiecznych substancji za zasadne uznano określanie ich wykazu w rozporządzeniu, w przypadku którego czas niezbędny do prowadzenia prac legislacyjnych jest krótszy niż w przypadku zmiany regulacji ustawowych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zakłada, że narkotykami, oprócz środków odurzających i substancji psychotropowych (załączniki nr 1 i 2), są również nowe substancje syntetyczne („dopalacze”), zwane nowymi substancjami psychoaktywnymi jako załącznik nr 3. Załączniki zawierają listy takich substancji, które Zespół ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy ministrze zdrowia rekomenduje jako substancje niebezpieczne dla zdrowia i życia i powodujące szkody społeczne. Dodatkowo, co najważniejsze, zawiera wzory chemiczne modelowej struktury podstawowych

grup nowych narkotyków (np. syntetyczne kannabinoidy, czyli substancje imitujące działanie marihuany) wraz ze szczegółowym opisem niedozwolonych modyfikacji. Oznacza to, że każde przekształcenie takich związków w wyniku zmian chemicznych (np. dodanie atomu fluoru czy grupy metylowej) nie zmienia statusu tej substancji – nadal pozostanie narkotykiem podlegającym ściganiu przez policję i prokuraturę. Jest to tzw. prawo generyczne, gdzie zarówno substancje, jak i całe grupy substancji są uznawane za narkotyk i nie ma potrzeby dopisywać do list narkotyków pojedynczych związków chemicznych. Jednocześnie w przypadku wykonywania działalności dotyczącej wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu, wewnątrzwspólnotowej dostawy lub wewnątrzwspólnotowego nabycia oraz wprowadzenia do obrotu nowej substancji psychoaktywnej – przedsiębiorcy prowadzący taką działalność, co do zasady, muszą uzyskać na nią zezwolenie od Prezesa Biura ds. Substancji Chemicznych.

Ustanowiono obowiązek zgłaszania Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadków zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną do rejestru prowadzonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Placówki, które podejrzewają pacjenta o stosowanie dopalaczy, są zobligowane powiadomić o tym powiatowego inspektora sanitarnego. Jednocześnie informacje o osobach, które trafiły do szpitala z powodu zatrucia dopalaczami, trzeba niezwłocznie przekazywać Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Ponadto ustawowo zapewniono pomoc osobom uzależnionym od dopalaczy. Uzależnienie od nowych substancji psychoaktywnych podlega leczeniu i rehabilitacji, tak jak uzależnienie od narkotyków. W ustawie zaproponowano również regulacje, które uzupełniają przepisy dotyczące skuteczności profilaktyki narkomanii w środowisku szkolnym oraz minimalizowania ryzyka sięgania po różne środki i substancje psychoaktywne przez dzieci i młodzież w wieku szkolnym. Zabroniono również reklamy i promocji substancji psychotropowych, środków odurzających, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Oprócz działań profilaktycznych w zakresie skutecznego ograniczania nikotynizmu ważne jest również podejmowanie odpowiednich działań legislacyjnych. Jednym z istotnych czynników wpływających na częstość palenia u kobiet i mężczyzn, we wszystkich grupach wiekowych, także wśród dzieci i młodzieży w Polsce, było uchwalenie w 1997 roku ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów

tytoniowych, wprowadzającej m.in. całkowity zakaz reklamy wyrobów tytoniowych.

Kolejnym bardzo istotnym sukcesem była nowelizacja ww. ustawy, która miała miejsce w kwietniu 2010 roku. Wprowadziła ona zakaz palenia m.in. na terenie szpitali i innych podmiotów leczniczych, na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty, w pomieszczeniach zakładów pracy, w środkach pasażerskich transportu publicznego, na przystankach komunikacji publicznej, na placach zabaw oraz w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych (poza wyznaczonymi, odseparowanymi miejscami). Dzięki temu rozwiązaniu od 2010 roku w Polsce wyraźnie spadło narażenie na dym tytoniowy w miejscach publicznych. Największy, ponad dwukrotny, spadek w tym zakresie odnotowano w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych (z 36% do 14%).

Następna ważna nowelizacja miała miejsce w 2016 roku i dotyczyła przede wszystkim implementacji do prawa krajowego przepisów Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylającą dyrektywę 2001/37/WE (Dz. Urz. UE L 127 z 29.04.2014, str. 1, z późn. zm.).

Jej najważniejszymi regulacjami są:

- ustanowienie zakazu wprowadzania do obrotu papierosów posiadających charakterystyczny aromat (wyjątkiem są papierosy mentolowe, na które ustanowiono okres przejściowy do 2020 roku);
- wprowadzenie obowiązku umieszczania na opakowaniach wyrobów tytoniowych ostrzeżeń zdrowotnych zajmujących 65% zewnętrznego obszaru opakowania;
- wprowadzenie zakazu reklamowania i promocji e-papierosów lub pojemników zapasowych;
- wprowadzenie odpowiednich wymagań technicznych dla producentów lub importerów papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych;
- ograniczenie miejsc palenia papierosów elektronicznych analogicznie do obecnie obowiązującego zakazu palenia wyrobów tytoniowych w miejscach publicznych;
- wprowadzenie zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych na odległość (np. za pośrednictwem internetu).

W kwietniu 2019 roku nastąpiła kolejna nowelizacja ww. ustawy, która miała na celu przede wszystkim dostosowanie przepisów krajowych do unijnych aktów wykonawczych dotyczących art. 15 i art. 16 dyrektywy 2014/40/UE, dotyczących ustanowienia systemu śledzenia ruchu i pochodzenia wyrobów tytoniowych oraz ich zabezpieczenia tzw. Systemu Track & Trace. Organem administracji publicznej odpowiedzialnym za funkcjonowanie tego systemu jest minister finansów. Ponadto, zgodnie z art. 28 ust. 1 dyrektywy 2014/40/UE, Komisja Europejska 20 maja 2021 roku opublikowała sprawozdanie ze stosowania dyrektywy tytoniowej, przedmiotowy raport może być podstawą do podjęcia kolejnych działań mających na celu ograniczanie uzależnienia od nikotyny na poziomie europejskim.

Utworzenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

17 listopada 2021 roku Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw. Głównym celem zmian jest utworzenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, mające na celu skoncentrowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w kierunku profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami w jednej jednostce organizacyjnej.

Centrum powstanie³ w wyniku połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Skupienie działań w jednym podmiocie pozwoli na połączenie tematyki uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych, na różnych etapach działań na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom (edukacja, profilaktyka, szkolenie kadr, leczenie, rehabilitacja, działalność badawcza itp.).

Zaproponowano również zmiany w zakresie ustanawiania gminnych programów w obszarze profilaktyki uzależnień. Istotnym źródłem polityki scalenia działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami w jednej jednostce organizacyjnej są także działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego, zwłaszcza na poziomie gminnym, które wskazują na coraz powszechniejsze przyjmowanie przez nie wspólnych strategii realizowanych w ramach gminnych programów. Obecnie w skali kraju ok. 50% gmin realizuje takie wspólne programy.

Postulat połączenia jednostek zajmujących się przeciwdziałaniem uzależnieniom był wielokrotnie podnoszony przez jednostki samorządu terytorialnego, które upatrują w nim możliwości bardziej sprawnego koordynowania polityk lokalnych i regionalnych.

Ponadto zostały uwzględnione zmiany w zakresie systemu prowadzenia szkoleń w dziedzinie uzależnienia i uzyskiwania tytułu specjalisty polegające na włączeniu ich do systemu szkoleń określonego w ustawie o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Będzie to skutkowało skoordynowaniem systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia, w którym istnieją obecnie trzy ścieżki uzyskiwania certyfikatu (dwie obsługiwane są przez KBPN, a jedna przez PARPA). Przyjęte zmiany będą skutkowały uzyskaniem transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychoterapii uzależnień. Przepisy ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia wskazują jasne standardy opracowania treści kształcenia i sposobu jego realizacji.

Zgodnie z nowo przyjętymi regulacjami dotychczasowa Rada do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, działająca na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, została zastąpiona Radą do Spraw Przeciwdziałania Uzależnieniom. Będzie to organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu uzależnień Prezesa Rady Ministrów. Członków Rady będzie powoływać i odwoływać Prezes Rady Ministrów. W skład Rady będą wchodzić przedstawiciele poszczególnych ministrów oraz przedstawiciel strony samorządowej w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Do zadań Rady będzie należeć m.in. monitorowanie i koordynowanie działań w zakresie realizacji polityki państwa w obszarze uzależnień i zalecanie rozwiązań organizacyjnych w zakresie dotyczącym uzależnień.

Przypisy

¹ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”, red. J. Moskalewicz, J. Wciórka.

² F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

³ Materiał powstał pod koniec 2021 roku. Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom funkcjonuje od 1 stycznia 2022 roku (przypis redakcji).

Na drodze dzieci ku samodzielności działają z jednej strony liczne czynniki ochronne i czynniki wsparcia, z drugiej zaś nie mniej liczne czynniki ryzyka. Rolą dorosłych jest wspieranie rozwoju dziecka i nastolatka. Jedna droga, bardzo trudna i praktycznie niemożliwa, to osłabianie, kontrolowanie i eliminowanie czynników ryzyka, druga to poszukiwanie i wzmacnianie czynników wsparcia.

CZYNNIKI RYZYKA I WSPARCIA W ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY

Anna Izabela Brzezińska

Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Katarzyna Strojna

Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Domaniewicach k. Łowicza

Wprowadzenie

Na rozwój człowieka można patrzeć z dwóch perspektyw: czasu i jakości środowiska rozwoju. Erik H. Erikson (1997) użył na oznaczenie tego podwójnego uwikłania rozwoju terminu „czasoprzestrzeń”. Pierwsza perspektywa wyraża się w specyficznej dla każdego kolejnego etapu życia integracji pamięci przeszłości, przeżywania teraźniejszości i wyobrażeń przyszłości, a swój wyraz znajduje w dominującej orientacji temporalnej, determinującej nie tylko styl życia i codzienne zachowania każdego człowieka (Brzezińska, Kaczan i Rycielska, 2010), lecz także funkcjonowanie całych zbiorowości. Z kolei drugą perspektywę można opisać, analizując związki i interakcje, w jakie człowiek wchodzi z innymi ludźmi oraz grupy, organizacje i społeczności, w jakich w danym okresie swojego życia uczestniczy bardziej lub mniej aktywnie, również jako obserwator/świadek (Hinde i Stevenson-Hinde, 1994; Schaffer, 2006).

Sposób organizacji środowiska życia, zarówno fizycznego, jak i społecznego, a w jego ramach wychowawczego, ma istotne znaczenie dla przebiegu i efektów procesu zdobywania kolejnych kompetencji i formowania się najpierw podstaw tożsamości na kolejnych etapach dzieciństwa, a potem krystalizowania się jakiejś jej formy pod koniec etapu dorastania. Dzieciństwo i dorastanie to czas budowania najpierw tożsamości grupowej, a potem indywidualnej (Erikson, 1997). Oznacza to, i w pierwszym, i w drugim przypadku, czasem gwałtowną i radykalną, a czasem nieznaczną i prawie niezauważalną dla otoczenia zmianę jakości relacji z dorosłymi, przede wszystkim z rodzicami. Zmiana ta jest przede wszystkim efektem podejmowania

samodzielnych prób znalezienia swojego miejsca najpierw w świecie rówieśników (faza formowania się tożsamości grupowej), czyli obok świata dorosłych, a nierzadko w kontrze do niego. Dopiero potem podejmowane są działania, które zmierzają bądź do umieszczenia się w jakiejś już istniejącej niszy w świecie dorosłych jako odrębna od nich, ale podobna, bo także dorosła, osoba (faza formowania się tożsamości indywidualnej w postaci przejętej), bądź aktywnego samodzielnego stworzenia nowej niszy dla siebie w zgodzie przede wszystkim z wizją własnej przyszłości (faza formowania się tożsamości indywidualnej w postaci osiągniętej) (Brzezińska, 2017), co nie zawsze spotyka się z akceptacją otoczenia i wywołuje liczne konflikty z dorosłymi.

W procesie poszukiwania swojego miejsca w świecie dorosłych znaczącą rolę odgrywają zasoby środowiska rodzinnego i szkolnego (potencjalne zewnętrzne źródła wsparcia, w tym pomoc psychologiczno-pedagogiczna), jak i tkwiące w tych środowiskach czynniki ryzyka (np. brak dostępu do różnych instytucji kultury czy niewłaściwe postawy dorosłych) oraz zasoby indywidualne w postaci kompetencji nabytych na kolejnych etapach rozwoju (wiedza i umiejętności) i indywidualne czynniki ryzyka (np. długotrwała choroba, sprawność ograniczona w wyniku urazu, utrata pracy przez któregoś z rodziców i obniżenie standardu życia rodziny).

Rozwój człowieka należy zatem rozpatrywać jednocześnie w kontekście czynników wsparcia i czynników ryzyka – innych na każdym etapie życia – i to zawsze na tle: (1) zmian stanu organizmu, warunkowanego czynnikami fizycznymi (warunki życia) i biologicznymi, czyli na tle procesu dojrzewania (pokwitania i przekwitania), zdrowia

i choroby, sprawności i jej ograniczeń oraz zmian psychicznych, w tym zmian przekonań dotyczących świata i siebie, (2) zmian kontekstu historycznego (historia własnej rodziny i historia miejsca, w jakim się żyje), kulturowego oraz wszelkich wpływów społecznych (socjalizacja), (3) zmian form oddziaływań podejmowanych świadomie przez osoby znaczące w otoczeniu dziecka i nastolatka – edukacja naturalna w rodzinie i w nieformalnych grupach społecznych pozarodzinnych (grupy przyjaciół) oraz edukacja instytucjonalna i w formalnych grupach społecznych (klasa szkolna), także pozaszkolnych (np. grupy sportowe). Każdy z trzech obszarów rozwoju (biologiczny – *soma*, społeczny – *polis* i psychologiczny – *psyche*) tworzy układ dynamicznych, wzajemnie powiązanych subsystemów i stanowi potencjalne źródło zarówno czynników ryzyka, jak i zasobów młodego człowieka oraz źródeł wsparcia w otoczeniu.

Warto podkreślić, że w cyklu życia na każdym kolejnym etapie rozwoju zmienia się sposób uczestniczenia człowieka w świecie. Z jednej strony wynika to z kompetencji nabytych na etapach poprzednich, z drugiej zaś – z nowych wymagań, jakie otoczenie stawia jednostce (Brzezińska, 2005a, 2005b). Zatem przebieg rozwoju i osiągnięte efekty (osiągnięcia rozwojowe) to rezultat stałej, dynamicznej interakcji między jednostką a otoczeniem, bowiem zmiana wymagań otoczenia fizycznego i społecznego tworzy nową sytuację psychologiczną, w której konieczne jest – by sobie z nimi poradzić – opanowanie nowych kompetencji, a z kolei opanowanie nowych kompetencji powoduje – zwrotnie – spostrzeganie jednostki przez siebie i przez otoczenie jako bardziej kompetentnej niż wcześniej oraz w następstwie wywołuje kolejną zmianę wymagań i oczekiwań stawianych jednostce przez innych ludzi i względem samej siebie.

Z taką radykalną zmianą oczekiwań i wymagań ma do czynienia każde dziecko i każdy nastolatek na kolejnych progach edukacyjnych, tzn. przy przechodzeniu do kolejnego środowiska edukacyjnego: ze środowiska domowego do żłobkowego czy przedszkolnego, z przedszkola do klasy I, z klasy III do IV, ze szkoły podstawowej do ponadpodstawowej, a ze szkoły ponadpodstawowej do wyższej bądź od razu na rynek pracy. Jeżeli dziecko (nastolatek) nie zostało przygotowane do zmian, tzn. nie jest na nie gotowe, a otoczenie nie rozumie źródeł trudności w adaptacji w nowej sytuacji, to każda sytuacja przejścia będzie niosła ze sobą liczne czynniki ryzyka, utrudniające z jednej strony korzystanie z już nabytych

kompetencji, a z drugiej zakłócające czy nawet blokujące nabywanie nowych. Niesie bowiem ze sobą wiele naturalnie trudnych nie tylko dla dziecka, ale i dla jego rodziców i nauczycieli sytuacji, z którymi trzeba sobie poradzić, jak np. w sytuacji przejścia z klasy III do IV, czyli z nauczania elementarnego, integralnego do przedmiotowego – zmiana wymagań, zmiana organizacji dnia, nowe osoby dorosłe, nowi rówieśnicy.

Zatem na czynniki ryzyka trzeba patrzeć przez pryzmat nabytych wcześniej kompetencji (potencjalne wewnętrzne czynniki wsparcia), jak i organizacji środowiska życia – naturalnego i instytucjonalnego (potencjalne zewnętrzne czynniki wsparcia). I jedno, i drugie czynniki wsparcia mogą zrównoważyć działanie czynników ryzyka, co jest szczególnie ważne wtedy, gdy niektórych z nich nie da się usunąć, jak np. samodzielny dojazd do szkoły, konieczność pobytu dziecka w świetlicy wcześniej rano i po lekcjach, niskie zasoby finansowe rodziny, konflikty w rodzinie dziecka, poważna chroniczna choroba dziecka czy któregoś z członków rodziny.

Czynniki ryzyka w środowiskach szybkozmiennych

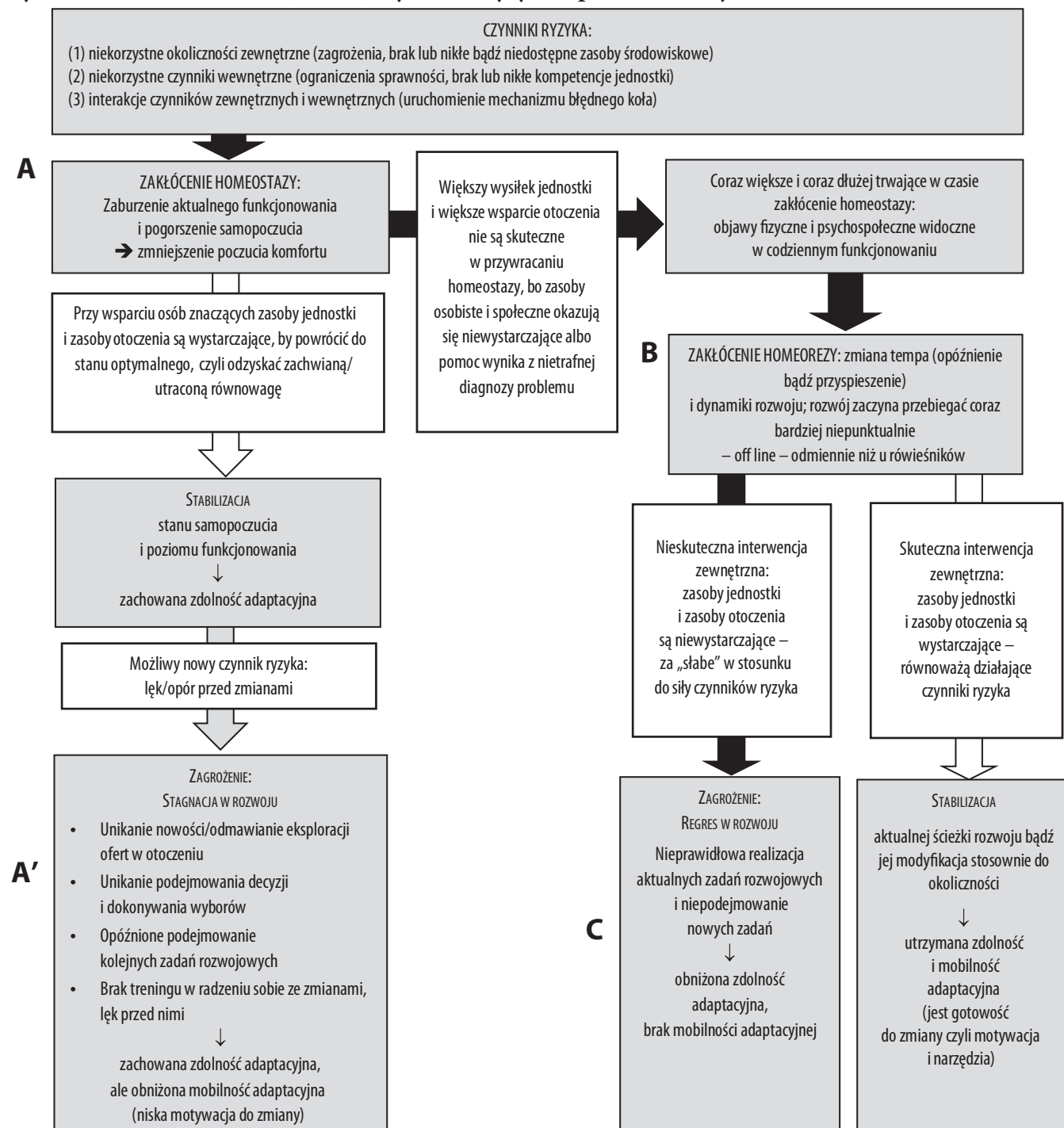
Właściwością środowiska życia i rozwoju współczesnego człowieka jest szybkozmiennosc (Smykowski, 2016). Szybkozmiennosc środowiska to: 1) bogactwo, zróżnicowanie i nie zawsze łatwa dostępność ofert; 2) duża dynamika zmian i nieprzewidywalność ich kierunku oraz nakładanie się na siebie kolejnych zmian bądź zmian zachodzących w różnych obszarach życia jednocześnie; 3) wzrastająca mobilność ludzi zarówno fizyczna (migracje), jak i w internecie. W rezultacie takie środowisko cechuje się wysokim poziomem złożoności (wielokulturowość) i wieloznaczności, ale także konfliktogenności (zob. Brzezińska, 2022; Smykowski, 2016, 2020).

Środowisko szybkozmiennosc tworzy jednak, po pierwsze, niespotykane wcześniej szanse rozwoju polegające na otwarciu nowych pól eksploracji (np. miasta partnerskie, wyjazdy nauczycieli i uczniów do szkół partnerskich, wyjazdy młodzieży studenckiej w trakcie studiów za granicę w ramach projektu Erasmus), zatem daje możliwość korzystania z wielu okazji do zdobywania wiedzy i nabywania różnych umiejętności – bezpośrednio i pośrednio przez obserwację innych. To w rezultacie okazja do nabycia nowych kompetencji koniecznych do radzenia sobie w nowej, tak bardzo zmiennej rze-

czywistości, takich jak: umiejętność podejmowania decyzji w sytuacjach niejednoznacznych i dokonywania wyborów spośród wielu często krótkotrwałych alternatyw, elastycznego projektowania działań i ich ciągłej ewaluacji, emocjonalnego radzenia sobie w sytuacjach konfliktu poznawczego czy społecznego, skutecznego rozwiązywania konfliktów oraz współpracy z innymi i korzystania z ich pomocy.

Szybkozmiennie środowisko niesie jednak także liczne zagrożenia, szczególnie w odniesieniu do kształtującego się dopiero na kolejnych etapach dzieciństwa i dorastania systemu wartości i formującej się tożsamości. Może powodować zagubienie się w sytuacji nadmiaru, konfliktu, niespójności czy niejasności ofert, a w konsekwencji trudności w ustaleniu i utrzymaniu priorytetów w swoich działaniach, zagubienie w sytuacjach braku pomocy lub

Rysunek 1. Ścieżki działania (A, B, C) czynników ryzyka w procesie rozwoju.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ryc. 30.2 z pracy: Brzezińska, Grzegorzewska, 2020, s. 761.

niejasnych, a nawet sprzecznych wskazówek i instrukcji płynących od innych osób (rodziców, opiekunów, nauczycieli, trenerów, także od rówieśników), rozproszenie bądź nawet zaniechanie aktywności, wreszcie niewykorzystywanie okazji, odrzucanie ofert czy niepodejmowanie eksploracji motywowane lękiem przed oceną ze strony innych czy wręcz lękiem przed niepowodzeniem.

W stabilnych i wolnozmiennych, czyli przewidywalnych środowiskach życia sens rozwoju i jednocześnie misja działań wychowawczych i edukacyjnych dorosłych względem dzieci polega na budowaniu i wzmacnianiu ich zdolności adaptacyjnej (zob. Łastowski, 1977) poprzez kształtowanie pakietu narzędzi poznawczych, emocjonalnych i społecznych (wiedza, umiejętności życia codziennego i „szkolne”, przekonania, postawy). Kompetencje te umożliwiają coraz bardziej samodzielne zaspokajanie własnych potrzeb i spełnianie wymagań otoczenia (trafne ich rozpoznanie i dostosowanie się do nich bądź uzasadnione odrzucenie). Celem edukacji rodzicielskiej i szkolnej jest więc kształtowanie narzędzi pozwalających na utrzymanie dobrego funkcjonowania i samopoczucia, czyli dających poczucie satysfakcji z życia (poczucie dobrostanu – *wellness*) poprzez: (1) zaspokajanie potrzeb: uniwersalnych, specyficznych dla danego etapu rozwoju, oraz indywidualnych (specjalnych), a także (2) spełnianie wymagań otoczenia, najpierw domowego, potem pozadomowego.

Z kolei w niestabilnych i szybkozmiennych środowiskach życia sens rozwoju, a zatem i misja działań wychowawczych i edukacyjnych oraz profilaktycznych to wzmacnianie mobilności adaptacyjnej (zob. Łastowski, 1977) przez kształtowanie gotowości do zmiany i metakompetencji poznawczych pozwalających na modyfikację dotychczasowych ram kognitywnych (por. koncepcja Gregory’ego Batesona trzech poziomów edukacji, za: Bauman, 2012; Visser, 2003), co z jednej strony umożliwia zaspokajanie potrzeb pomimo zmian, a z drugiej pozwala na modyfikowanie i kształtowanie środowiska życia stosownie do swych aktualnych potrzeb i przyszłych zamierzeń. Ta druga kompetencja, nikła we wczesnym dzieciństwie, nabiera mocy w kolejnych etapach dzieciństwa, a szczególnie na etapie dorastania. Wyraża się z jednej strony w buncie wobec tego, co środowisko oferuje (taki bunt można zauważyć już u 2-3-latków, gdy kształtują się podstawy autonomii), a z drugiej strony w różnych próbach aktywnego go kształtowania.

Szybkozmiennne środowisko jest jednak zawsze źródłem licznych czynników zakłócających (czynników ryzyka)

aktualne funkcjonowanie jednostki, w tym jej samopoczucie, a więc – ogólniej rzecz ujmując – homeostazę¹. Przy znacznym nagromadzeniu i nasileniu czynników zakłócających, ich powtarzaniu się, dłuższym trwaniu czy wchodzeniu w interakcje (gdy działanie jednym czynników negatywnych wzmacnia drugie) i – przede wszystkim – nieporadzeniu sobie przez jednostkę czy jej otoczenie z czynnikami zakłócającymi jej samopoczucie i aktualny poziom funkcjonowania zaburzeniu ulega przebieg jej rozwoju – tempo, dynamika, a nawet kierunek, czyli homeoreza². Rolę czynników ryzyka w kształtowaniu się adaptacyjnych bądź nieadaptacyjnych ścieżek rozwoju przedstawia rys. 1.

Czynniki wsparcia i czynniki ryzyka w perspektywie rozwoju w dzieciństwie i dorastaniu

Rozpoznawanie czynników wsparcia, czyli pomagających w osiągnięciu dobrego samopoczucia i w prawidłowym przebiegu rozwoju oraz czynników ryzyka, zakłócających aktualne samopoczucie (obniżających poczucie komfortu) i zakłócających czy nawet hamujących bieg rozwoju musi odbywać się na podstawie wiedzy o rozwoju człowieka.

Etap dzieciństwa i dorastania, mimo iż w sumie trwają zaledwie około 20 lat, pełnią niezwykle ważną rolę w cyklu życia. Ich zadaniem jest wyposażenie rozwijającej się osoby w kompetencje poznawcze, emocjonalne i społeczno-moralne umożliwiające jej samodzielne zaspokajanie własnych potrzeb i realizowanie własnych zamierzeń z jednej strony, a z drugiej spełnianie oczekiwań otoczenia co do pożądanego społecznie zachowania się w rozmaitych sytuacjach. Rozwój w kolejnych etapach dzieciństwa i dorastania przebiega prawidłowo, jeżeli otoczenie tworzy ku temu odpowiednie warunki, a osoby wychowujące dziecko lub nastolatka korzystają z ich kompetencji nabytych wcześniej do rozpoznawania i podejmowania oraz pomyślnego realizowania kolejnych zadań rozwojowych. W kolejnych etapach dzieciństwa i dorastania zmniejsza się opiekuńcza i kontrolna funkcja osób dorosłych, co oznacza, iż ważnym wyznacznikiem gotowości do wejścia w etap dorosłości jest samodzielność w podejmowaniu decyzji i dokonywaniu wyborów, odpowiedzialność za podjęte decyzje oraz gotowość radzenia sobie z konsekwencjami własnych wyborów, które nie zawsze są pozytywne i nie zawsze dają się wszystkie przewidzieć.

Rola osób dorosłych (najpierw rodziców, potem nauczycieli) sprowadza się do trzech zadań, i to w każdym etapie dzieciństwa i dorastania. Są to: (1) aktualizowanie kompetencji nabytych we wcześniejszych etapach rozwoju poprzez tworzenie okazji do ich wykorzystywania w różnych zadaniach (np. korzystanie przez nauczycieli w klasach I-III z tego, czego dzieci nauczyły się w domu i w przedszkolu; odwoływanie się przez nauczycieli akademickich do wiedzy i umiejętności zdobytych przez studentów w szkole ponadpodstawowej), (2) docenianie wysiłku, a nie tylko efektu, wkładanego w realizację różnych zadań poprzez wyrażanie zadowolenia (budowanie poczucia kompetencji i realistycznej samooceny, dotyczącej posiadanych zasobów, jak i ich braku), (3) tworzenie warunków i zachęcanie do nabywania nowych kompetencji oraz pomaganie w razie trudności.

Zmiany rozwojowe w czasie dzieciństwa i dorastania są tak liczne i tak znaczące dla jakości funkcjonowania dziecka, a potem nastolatka, że badacze wyróżnili kilka etapów rozwoju i odpowiadające im etapy edukacji domowej bądź instytucjonalnej (tabela 1). W każdym kolejnym etapie rozwoju inne jest środowisko społeczne, w jakim przebiega rozwój i inna rola instytucji wspomagających rodzinę w wypełnianiu jej funkcji opiekuńczej, wychowawczej i edukacyjnej. W wieku niemowlęcym i poniemowlęcym, czyli we wczesnym dzieciństwie podstawowe jest środowisko rodzinne, a najważniejszymi osobami znaczącymi dla dziecka są rodzice bądź osoby pełniące ich rolę. W środkowym dzieciństwie dziecko zaczyna wykraczać poza krąg rodzinny, pojawia się coraz więcej osób dorosłych, także w roli nauczycieli (trenerów, instruktorów) Począwszy od późnego dzieciństwa rodzina i rodzice przesuwają się na dalszy plan, ustępując nie tylko nauczycielom i trenerom, ale coraz bardziej rówieśnikom. Od etapu dorastania

grupa rówieśnicza zaczyna być podstawowym układem odniesienia dla oceny własnego i cudzego postępowania. Choć czynniki wsparcia i czynniki ryzyka są inne w każdym etapie dzieciństwa i dorastania, to da się je sprowadzić do kilku wspólnych kategorii. Jeśli weźmiemy pod uwagę aktualne samopoczucie dziecka czy nastolatka to – niezależnie od wieku – czynniki ryzyka pojawiają się, jeżeli rozwijająca się osoba doświadcza braku czegoś lub niedostatku albo przeciążenia.

W pierwszym przypadku mówimy o deprywacji:

1. poznawczej – gdy środowisko rozwoju jest ubogie w bodźce, np. we wczesnym dzieciństwie niewiele zabawek dostosowanych do wieku małego dziecka, niezróżnicowanie zabawek, np. przewaga „przytulanek”, brak zabawek konstrukcyjnych; w wieku przedszkolnym – ubogie środowisko fizyczne utrudniające podejmowanie różnych rodzajów aktywności fizycznej; na etapie dorastania – kontakty społeczne ograniczone do rodziny i szkoły. Z deprywacją mamy też do czynienia, gdy środowisko jest nadmiernie homogeniczne, monotonne, mało zróżnicowane – np. w wieku przedszkolnym dominacja oglądania bajek w komputerze nad ich opowiadaniem, czytaniem przez dorosłych czy innymi formami aktywności – plastycznej, ruchowej, językowej; późne dzieciństwo – dominacja wykładu i pogadanki nad aktywnymi metodami prowadzenia zajęć w szkole;
2. emocjonalnej, gdy dziecko/nastolatek doświadcza braku kontaktu emocjonalnego i braku bliskości z osobami opiekującymi się nim – we wczesnym dzieciństwie w sytuacji częstej zmiany osób zajmujących się dzieckiem, np. w czasie pobytu w szpitalu bez obecności któregoś z rodziców; intensywnej poza domem pracy zawodowej rodziców; w wieku szkolnym – braku bliskiej osoby w czasie choroby

Tabela 1. Okresy rozwojowe w życiu człowieka.

Okres rozwojowy		Wiek		Etap edukacji
Dzieciństwo	wczesne	Wiek niemowlęcy	0-1. rok życia	Edukacja domowa/żłobkowa
		Wiek poniemowlęcy	2.-3. rok życia	Edukacja domowa/żłobkowa/przedszkolna
	środkowe	Wiek przedszkolny	4.-6. rok życia	Edukacja przedszkolna
	późne	Wiek szkolny	7.-10. rok życia	I etap edukacji szkolnej (klasy I-III)
Dorastanie	wczesna faza	Etap dojrzewania	11.-15. rok życia	II etap edukacji szkolnej (klasy IV-VIII)
	późna faza	Etap dorastania	16.-20. rok życia	III etap edukacji szkolnej (szkoła ponadpodstawowa: szkoła branżowa, technikum, liceum)

Źródło: Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016, s. 16-21.

i pobytu w szpitalu; braku powiernika w czasie dorastania;

3. społecznej – gdy krąg osób, z którymi na co dzień dziecko się kontaktuje jest niewielki, bo ogranicza się tylko do członków najbliższej rodziny razem mieszkających (tzw. rodziny zamknięte) albo tylko do dorosłych, bo kontakty z rówieśnikami są ściśle kontrolowane przez rodziców i ograniczane.

Z przeciążeniem, z kolei, mamy do czynienia wtedy, gdy dziecko czy nastolatek żyją w środowisku „przeładowanym” zabawkami, ofertami działania, metodami „aktywnymi”, różnymi osobami (rodzina czy szkoła nadmiernie otwarta), pomysłami rodziców czy nauczycieli przedszkolnych i szkolnych na uatrakcyjnianie każdego dnia zajęć w przedszkolu, lekcji w szkole, zajęć na uczelni, świąt czy wakacji.

Zatem z punktu widzenia jakości aktualnego funkcjonowania dzieci i nastolatków każdy nadmiar aktywności dorosłego, jego obecności i kontroli (przeciążenie) bądź ich niedostatek czy brak (deprywacja) jest potencjalnie czynnikiem ryzyka i dla dziecka, i dla nastolatka i zawsze będzie zaburzał ich poczucie komfortu. Deprywacja i przeciążenie odnoszą się, co oczywiste, do innych kwestii – osób, przedmiotów, sytuacji – w dzieciństwie i do innych na etapie dorastania, jednak wspólne jest doświadczenie dyskomfortu i zakłócenie codziennego funkcjonowania. Gdy przyjmiemy drugą – szerszą – perspektywę, czyli zapytamy o rolę czynników wsparcia i ryzyka w procesie rozwoju, o to, jak wpływają na jego tempo, dynamikę i jakość rezultatów w postaci osiągnięć rozwojowych, również możemy wyróżnić kategorie wspólne do opisu czynników ryzyka i wsparcia i to niezależnie od wieku rozwijającej się osoby. Kategorie te odnoszą się do jakości fizycznego i społecznego środowiska rozwoju – jego zasobności i sposobu organizacji oraz do działań osób pełniących wobec dziecka/nastolatka rolę opiekunów i nauczycieli naturalnych (w rodzinie – rodzice, dziadkowie, starsze rodzeństwo, inni krewni, znajomi i przyjaciele rodziny, sąsiedzi) czy instytucjonalnych (nauczyciele, wychowawcy, trenerzy, specjaliści – psychologowie, pedagodzy, lekarze). Jako kryterium ułatwiające kategoryzację czynników wsparcia i czynników ryzyka przyjęto pytanie o to, czy dane środowisko rozwojowe sprzyja zaspokajaniu potrzeb rozwijającej się osoby (rys. 2 – poziomy I, II i III). Potrzeby te podzielono na trzy grupy:

1. potrzeby uniwersalne, czyli takie, które charakteryzują każdego człowieka niezależnie od wieku i płci

i których zaspokojenie to podstawowy i konieczny warunek prawidłowego przebiegu rozwoju w każdym etapie życia – są to potrzeba relacji, potrzeba autonomii i potrzeba kompetencji (por. Ryan, Deci, 2000, 2017; Brzezińska, 2020);

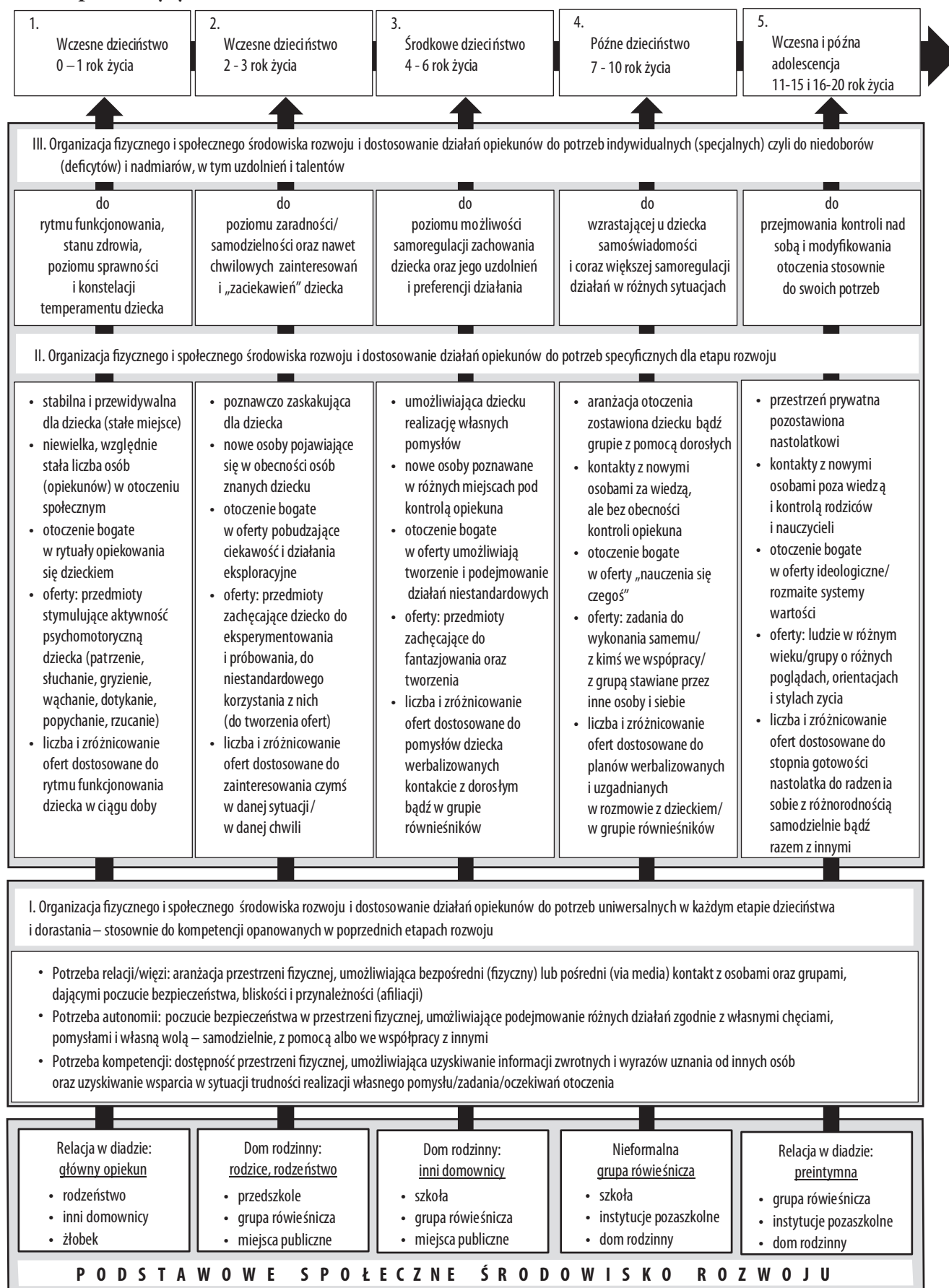
2. potrzeby specyficzne dla etapu życia (inaczej można nazwać je potrzebami „rozwojowymi”) (szczegółowa charakterystyka w pracy: Brzezińska, 2020);
3. potrzeby specjalne (indywidualne), wynikające z posiadanych przez daną osobę deficytów, w tym rozmaitych percepcyjnych, intelektualnych i ruchowych ograniczeń sprawności z jednej strony, a z drugiej – specjalnych uzdolnień i talentów (Brzezińska, 2022).

Warunkiem koniecznym zaspokojenia tych trzech grup potrzeb i to w każdym etapie dzieciństwa i dorastania jest, z jednej strony, odpowiednia organizacja fizycznego i społecznego środowiska rozwoju przede wszystkim domowego we wczesnym i środkowym dzieciństwie (kolumny 1, 2 i 3 na rysunku 2) oraz pozadomowego w późnym dzieciństwie i etapie dorastania (kolumny 4 i 5 na rysunku 2) oraz – z drugiej – działania opiekuńcze i edukacyjne podejmowane przez osoby znaczące, inne w dzieciństwie i dorastaniu.

Z punktu widzenia potrzeb uniwersalnych poważnym czynnikiem ryzyka zakłóceń w procesie rozwoju u małego dziecka (wczesne dzieciństwo czyli wiek 0-3 lata) będzie nadmiar osób opiekujących się dzieckiem przy braku jednej, w miarę stałej osoby, z którą dziecko mogłoby nawiązać głębszą relację opartą na zaufaniu (relację przywiązania). W takim przypadku uniwersalna potrzeba więzi pozostanie niezaspokojona. W tym samym wieku nadmiar zabawek przy braku dorosłego towarzyszącego zabawom dziecka jako partner (a nie instruktor mówiący, co i jak ma robić) zaowocuje zagubieniem, chaosem w działaniu i w efekcie niezaspokojeniem potrzeby kompetencji. Z kolei stała obecność dorosłego w celu „zadbania o bezpieczeństwo” łatwo przerodzi się w kontrolę każdego zachowania dziecka i dyrektywne sterowanie jego aktywnością, czyli uniemożliwi zaspokojenie potrzeby autonomii.

Niezaspokojone potrzeby uniwersalne utrudniają, a czasami uniemożliwiają – w każdym etapie rozwoju – zaspokajanie potrzeb specyficznych, czyli zakłócają realizację zadań rozwojowych i utrudniają opiekunom dostosowanie ich działań do potrzeb specjalnych – jeżeli takowe występują – dziecka/nastolatka (np. do ograniczeń wynikających z długotrwałej choroby, trwałego ograni-

Rysunek 2. Trzy poziomy organizacji fizycznego i społecznego środowiska rozwoju: źródła potencjalnych czynników wsparcia i ryzyka.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ryc. 3.6. w pracy Brzezińska (2020, s. 82).

czenia sprawności, trudnej konstelacji temperamentu, wydarzeń i przeżyć traumatycznych, zaniedbania i poważnych braków kompetencji z poprzednich etapów rozwoju). Zatem zaspokojenie potrzeb uniwersalnych to podstawa zaspokajania potrzeb specyficznych dla wieku, a zaspokojenie jednych i drugich to warunek dostosowania postępowania opiekunów (rodziców, nauczycieli) do potrzeb specjalnych, tak wynikających z posiadanych przez dziecko, nastolatka deficytów czy ograniczeń, jak i jego szczególnych uzdolnień (por. na rys. 2 przejścia między etapami I i II oraz II i III).

Aby móc zaspokajać potrzeby specyficzne dla wieku, konieczna jest znajomość zadań rozwojowych każdego etapu dzieciństwa i dorastania (por. charakterystyka zadań rozwojowych w pracy Brzezińska, 2020, tabele 3.3; 3.4; 3.5). Stanowią one układ odniesienia dla podejmowanych przez dorosłych działań i stanowią wskazówkę w zakresie organizacji środowiska rozwoju tak fizycznego, jak i społecznego, udostępniania i tworzenia ofert działania, zasad budowania kontaktu z dzieckiem, rodzaju i form kontroli nad jego zachowaniami.

Podsumowanie

Każdy etap życia wiąże się z pokonywaniem trudności. Dziecko przechodząc przez kolejne etapy dzieciństwa (wczesnego, środkowego i późnego) i przez złożony proces dorastania (wczesna i późna faza adolescencji) spotyka się z coraz to nowymi wymaganiami dotyczącymi tego, jak ma się zachowywać, zdobywa nowe informacje o sobie i otaczającym świecie, nabywa coraz bardziej skomplikowane umiejętności, buduje swoją tożsamość. Poszerza się jego społeczny krąg, wchodzi w interakcje nie tylko z rówieśnikami i nie tylko z najbliższymi osobami dorosłymi, z którymi łączy je silna emocjonalna więź. Kilkakrotnie zmienia instytucję, w której się uczy. Wielokrotnie musi zatem pokonywać trudności i na nowo adaptować się do nowych zadań i nowych warunków ich realizacji. Nabywanie nowych kompetencji to nie rzadko konieczność porzucenia starych przekonań i starych nawyków działania. To wszystko służy przygotowaniu do samodzielnego i odpowiedzialnego podejmowania decyzji w dorosłym życiu.

Na tej drodze ku samodzielności działają z jednej strony liczne czynniki ochronne i czynniki wsparcia, a z drugiej nie mniej liczne czynniki ryzyka. Rolą osób dorosłych, rodziców i nauczycieli, wspieranych przez specjalistów,

jest wspieranie rozwoju dziecka i nastolatka. Jedna droga, bardzo trudna i praktycznie niemożliwa, to osłabianie, kontrolowanie i eliminowanie czynników ryzyka (można to określić jako strategię negatywną – Brzezińska, Grzegorzewska, 2020), druga to poszukiwanie i wzmacnianie czynników wsparcia (strategia pozytywna).

Najbardziej skuteczną drogą jest poszukiwanie czynników wsparcia i rozumienie mechanizmów działania czynników ryzyka na podstawie wiedzy o prawidłowościach rozwoju w kolejnych etapach dzieciństwa i dorastania, czyli o tym, (1) jak przebiega rozwój na danym etapie, (2) jakie zadania rozwojowe, zgodnie z działaniem zegara biologicznego i społecznego, czekają na dziecko i nastolatka, (3) jak musi być zorganizowane sprzyjające realizacji tych zadań środowisko fizyczne domowe i pozadomowe, (4) z kim i jakich kontaktów społecznych potrzebuje rozwijająca się osoba, (5) jakie są zadania osób pełniących rolę opiekuna. Żaden dorosły nie jest w stanie wyeliminować czynników ryzyka, czyhających na dziecko na jego drodze ku samodzielności, ku dorosłości. Może jednak je równoważyć dwojako: poprzez wyposażanie dziecka/nastolatka w kompetencje umożliwiające mu rozpoznawanie tych czynników oraz radzenie sobie ze skutkami ich działania oraz przez rozbudowanie zewnętrznego systemu wsparcia – naturalnego (rodzina, grupy rówieśnicze) i instytucjonalnego (pomoc psychologiczno-pedagogiczna).

Przypisy

¹ Pojęcie homeostazy (z gr. *homoios* – podobny, równy; *stasis* – trwanie) wprowadził Walter B. Cannon (1871–1945) w 1939 r. na podstawie założeń Claude’a Bernarda (1813–1878) dotyczących stabilności środowiska wewnętrznego (w pracy z 1857 r.). Ogólnie homeostazę określa się jako tendencję układów biologicznych do opierania się zmianom środowiska i trwania w stanie równowagi, inaczej – jako utrzymanie stanu funkcjonowania organizmu optymalnego z punktu widzenia dobroci dopasowania genotyp–środowisko.

² Mniej powszechnie znane pojęcie homeorezy (z gr. *homoios* – podobny, równy; *rhexis* – od: poń (*roi*) – przepływ) wprowadził Conrad Hal Waddington (1905–1975) na określenie obserwowanego u żywych organizmów zjawiska stabilizacji dynamiki i kierunku przebiegu procesu rozwoju („przepływu”: ang. *steady/similar flow of developmental trajectory*), czyli tendencji do utrzymywania swojej ścieżki rozwoju. Według Waddingtona (1957) każdy organizm ma przeznaczoną dla siebie przez naturę ścieżkę rozwoju – swoistą trajektorię, określającą jego „rozwojowy rozkład jazdy”, czyli następstwo zmian w czasie. Jest też wyposażony w szczególną zdolność regulacji – *homéorhesis* (homeoreza), która polega na tym, że „w wypadku, gdy rozwijający się organizm odchyła się, na skutek jakiegoś wpływu zewnętrznego, od jednej ze swych dróg, to dąży aktywnie do powrotu do tej drogi, a jeśli to nie jest możliwe, to przyjmuje nową drogę (trajektorię), ale najmniej odchylną od poprzedniej” (cyt. za: Piaget, 1969, s. 517; przeł. A. Szemińska). Zatem homeoreza to utrzymanie przebiegu ścieżki rozwoju (*developmental pathway*) optymalnie dopasowanej do genotypu jednostki.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Marihuana może być alternatywną ofertą terapeutyczną w leczeniu niektórych objawów towarzyszących chorobom somatycznym, szczególnie dla osób, u których dotychczasowe leczenie nie przyniosło pozytywnych rezultatów. Konopie są skuteczne i bezpieczne, kiedy są przyjmowane pod okiem profesjonalistów, a dawka jest powoli dostosowywana do potrzeb chorego.

WYKORZYSTANIE MARIHUANY W LECZENIU SCHORZEŃ SOMATYCZNYCH I ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH. PRZEGLĄD LITERATURY

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

Wprowadzenie¹

W ostatnich dekadach obserwuje się wzrost zainteresowania wykorzystaniem konopi w celach medycznych. Analiza bazy artykułów naukowych PubMed pokazała, że w 1990 roku ukazało się 328 artykułów opisujących wykorzystywanie marihuany do leczenia różnego rodzaju schorzeń. Dwie dekady później, w 2017 roku, ukazało się już 3137 publikacji (Schleider i współ., 2018b).

Marihuana była wykorzystywana do leczenia szeregu zaburzeń somatycznych i psychicznych (Kruger & Kruger, 2019). Badacze uzyskali różne wyniki jej skuteczności. Wykazano, że marihuana jest skuteczna w leczeniu:

- przewlekłego bólu neuropatycznego, w tym bólu wynikającego ze stwardnienia rozsianego, ale nie ma wpływu na leczenie ostrego bólu;
- spastyczności u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym;
- zaburzeń czynności pęcherza u pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane;
- tików u pacjentów z zespołem Tourette'a;
- dyskinez wywołanych lewodopą w chorobie Parkinsona.

Oprócz tego mogą z niej korzystać pacjenci:

- chorujący na nowotwór (łagodzi nudności podczas chemioterapii, może zapobiegać rozprzestrzenianiu się niektórych rodzajów nowotworów);
- z ciężką utratą masy ciała wynikającą z HIV/AIDS;
- ze spastycznością związaną z zaburzeniami neurologicznymi (w tym chorujący na stwardnienie rozsiane i uszkodzenie rdzenia kręgowego);
- z bólem zapalnym;
- z jaskrą;

- z migrenowymi bólami głowy;
- z zaburzeniami, którym towarzyszą napady, np. epilepsja;
- z chorobami autoimmunologicznymi, takimi jak zapalenie stawów (West, 2017).

Jednak istnieje szereg ograniczeń dotyczących prowadzonych badań. Dotychczasowe badania z wykorzystaniem konopi w celach medycznych prowadzone są najczęściej na małych próbach. Istnieje jedynie kilka badań randomizowanych (RCT) (Beauchet, 2018; Schleider i współ., 2018a). Dodatkowo należy pamiętać, że używanie marihuany związane jest z występowaniem wielu objawów niepożądanych, takich jak: zaburzenia psychiczne, senność i zaburzenia poznawcze związane z pamięcią. Tym samym używanie marihuany nie zawsze jest rekomendowaną opcją terapeutyczną (Reddy, Golub, 2016). W badaniach Cooke i współ. (2019) lekarze wyrażali obawy, że długotrwałe przyjmowanie konopi w celach medycznych może przyczynić się do występowania zaburzeń psychicznych charakterystycznych dla użytkowników rekreacyjnych.

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań, w których wykorzystywano marihuanę w leczeniu schorzeń somatycznych i różnych zaburzeń psychicznych.

Przeglądu literatury dokonano z wykorzystaniem bazy artykułów pełnotekstowych EBSCO host w okresie wrzesień–październik 2019 roku. Do wyszukiwania użyto kombinacji słów kluczowych „marihuana” i „treatment”. Zakres wyszukiwania ograniczono do lat 2010–2020, tak aby do przeglądu zakwalifikowały się tylko najnowsze doniesienia naukowe.

Wyniki

Leczenie schorzeń somatycznych

Choroby reumatyczne

Fibromialgia jest zespołem przewlekłego bólu, któremu często towarzyszą zaburzenia snu, zaburzenia poznawcze oraz objawy psychiczne i somatyczne. Sagy i współ. (2019) badali możliwość leczenia objawów fibromialgii z wykorzystaniem konopi, analizując skuteczność oraz bezpieczeństwo ich używania. Pacjenci chorujący na tę chorobę, na początku leczenia przyjmowali niewielkie dawki marihuany, zawierającej 15% THC. Z czasem zwiększali dawkę w zależności od potrzeb wynikających z intensywności objawów. Wyniki pokazały złagodzenie dolegliwości bólowych u uczestników badania. Natężenie bólu spadło w ciągu pół roku od momentu rozpoczęcia przyjmowania marihuany. Na początku badania mediana bólu została oszacowana na poziomie 9,0, a po 6 miesiącach leczenia z wykorzystaniem konopi spadła na 5,0. Wśród 81,1% respondentów dostrzeżono przynajmniej umiarkowaną poprawę bez odnotowania poważnych efektów ubocznych. Najbardziej rozpowszechnionymi objawami ubocznymi były zawroty głowy występujące u niecałych 8% respondentów, suchość w ustach, której doświadczało 6,7% badanych, oraz objawy żołądkowo-jelitowe pojawiające się u 5,4% badanych. Jak konkludują autorzy, marihuana okazała się bezpiecznym i skutecznym środkiem w leczeniu dolegliwości bólowych w fibromialgii. Dodatkowo znaczna frakcja respondentów zmieniła dotychczasowe leczenie na rzecz używania marihuany w celach medycznych. Co piąty respondent (n=28, 22,2%) odstawił bądź ograniczył używanie leków opioidowych. Podobna frakcja pacjentów ograniczyła bądź zrezygnowała z używania benzodiazepin (n=24, 20,3%). Było to związane z większą tolerancją organizmu dla marihuany oraz łagodniejszymi objawami ubocznymi w porównaniu z lekami opioidowymi i benzodiazepinami.

W przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Stetten i współ. (2018) również znalazły się badania potwierdzające pozytywne działanie medycznej marihuany na ograniczenie występowania objawów bólowych charakterystycznych dla fibromialgi.

Dolegliwości onkologiczne

Badania z wykorzystaniem marihuany w leczeniu bólu nowotworowego były realizowane wśród osób chorujących

na nowotwór piersi, płuc, trzustki, jelita grubego (Schleider i współ., 2018a). Konopie okazały się substancjami dobrze tolerowanymi przez chorujących na nowotwory, skutecznymi w łagodzeniu bólu oraz bezpiecznymi, rzadko wywołującymi efekty uboczne. Na początku badania mniej niż 20% respondentów deklarowało dobrą jakość życia. Po pół roku uczestnictwa w badaniu odsetek ten wzrósł do 70%. Poziom bólu mierzony na początku realizacji badania wynosił 8-10 u ponad połowy respondentów. Po 6 miesiącach takie natężenie deklarowało mniej niż 5% badanych. Oprócz uśmierzania bólu, badani odczuli także ograniczenie nudności i wymiotów, zaburzeń snu, nerwowości, niepokoju i depresji, świądu i bólów głowy. Badania wśród chorujących na nowotwór pokazały, że osoby używające marihuany rezygnują z używania innych leków przeciwbólowych, w szczególności zawierających opioidy. Ponad 1/3 respondentów uczestniczących w badaniu deklarowała zmniejszenie ilości spożywanych leków z grupy przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, nasennych i uspokajających, kortykosteroidów. Konopie mogą być alternatywą dla leków opioidowych w leczeniu bólu nowotworowego, które są cały czas lekami pierwszego wyboru. Niestety, w przypadku leczenia przewlekłego bólu opioidami 22% pacjentów przerywa je z uwagi na efekty uboczne.

Konopie były dobrze tolerowane przez osoby chorujące na nowotwór. Jednak łatwo można było sobie z nimi poradzić. Około 30% respondentów badania odczuwało minimum jeden efekt uboczny wynikający z używania marihuany. Wśród nich były: zawroty głowy, suchość w ustach, zwiększony apetyt, senność i działanie psychoaktywne. Mimo występujących efektów ubocznych około 2/3 respondentów było zdania, że negatywne efekty uboczne doświadczane w wyniku używania konopi mają łagodniejszy przebieg niż dotychczasowe leczenie.

Brakuje przekonujących dowodów naukowych na skuteczniejsze działanie kannabinoidów w porównaniu z powszechnie stosowanymi lekami w chemioterapii wpływającymi na ograniczenie nudności i wymiotów wśród osób chorujących na nowotwory. Skuteczność marihuany okazała się podobna do tradycyjnych leków. THC nie przyczyniało się do ograniczenia objawów bardziej niż wykorzystywana w tym celu Prochlorperazyna (Beauchet, 2018).

Choroby neurologiczne

Badania z wykorzystaniem marihuany w leczeniu epilepsji mają najsilniejsze dowody potwierdzające jej skuteczność

w niwelowaniu napadów drgawkowych zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych (Stetten i współ., 2018). Metaanalizy pokazały, że produkty na bazie CBD przynoszą pozytywne rezultaty w leczeniu padaczki lekoopornej. Terapia tą substancją pozwalała na większą kontrolę napadów (Beauchet, 2018). Leczenie z wykorzystaniem konopi pozwala na zmniejszenie częstotliwości i czasu ich trwania. Większość dostępnych w tym obszarze badań sugeruje, że marihuana wywiera przynajmniej częściowy pozytywny wpływ na ograniczenie występowania napadów u pacjentów z rzadkimi postaciami padaczki, takimi jak zespół Draveta i Lennox-Gastauta. W badaniach, w których odnotowano skuteczne działanie konopi, były one substancjami wspomagającymi dotychczasowe leczenie, a nie zastępowały wcześniej zapisane leki. Niektórzy chorzy byli w stanie obniżyć dawki leków, a sporadycznie całkowicie je odstawić, bez zwiększenia częstotliwości występowania napadów w okresie badania (Reddy, Golub, 2016).

Badania z wykorzystaniem marihuany w celach medycznych wśród osób z chorobą Parkinsona pokazały, że u osób ją stosujących nastąpiła znaczna poprawa motoryki. W szczególności marihuana pozytywnie wpłynęła na drżenie, sztywność i bradykinezę. W badaniach randomizowanych (RCT) zauważono, że u osób używających Nabilon (lek zawierający THC i CBD) wystąpiła poprawa objawów ruchowych (Beauchet, 2018).

Kolejne trzy badania, z niewielką liczbą uczestników, prowadzone wśród pacjentów z chorobą Parkinsona pokazały poprawę objawów motorycznych i redukcję bólu. W dwóch badaniach nie odnotowano żadnych efektów ubocznych wynikających z używania konopi, a w jednym pacjenci skarżyli się na splątanie, lęk, halucynacje, krótkotrwałe zaniki pamięci, a u jednej osoby rozwinęła się psychoza (Schleider i współ., 2018b).

Badanie prowadzone w małej grupie chorujących na chorobę Alzheimera pokazało, że leczenie marihuaną w dawce 2,5 mg pozwoliło na ograniczenie występowania zachowań agresywnych. Efekty niepożądane wynikające ze stosowania marihuany w tej grupie osób związane były ze splątaniem, które ustąpiło po dostosowaniu dawki (Schleider i współ., 2018b).

Istnieją dane kliniczne potwierdzające pozytywny wpływ marihuany na objawy behawioralne u pacjentów chorujących na demencję. Respondenci na ogół obserwowali zmniejszenie niepokoju. Jednak ostatnie badania kliniczne przyniosły niejednoznaczne rezultaty (Beauchet, 2018).

W badaniach nad wykorzystaniem marihuany w leczeniu objawów stwardnienia rozsianego wykorzystywano Sativex, który okazał się skuteczny, a większość pacjentów czuła poprawę w spastyczności (napięciu) mięśniowym (Stetten i współ., 2018). Podobnie leczenie marihuaną zespołu górnego neuronu ruchowego (*Upper motor neuron syndrome*, UMNS) przyniosło pozytywne efekty w obszarze zwalczania bólu. Jednak w przypadku redukcji spastyczności nie odnotowano żadnych zmian. Złagodzenie bólu w wyniku używania konopi doprowadziło również do ograniczenia przyjmowania leków opioidowych. Konopie były także skuteczne w leczeniu tików (Stetten i współ., 2018).

Osoby doświadczające bólu, którego źródłem nie była choroba nowotworowa, dostrzegali korzyści z używania marihuany w połączeniu z dotychczasowym leczeniem lekami opioidowymi. Jednak wyrażali również obawy związane z dawkowaniem oraz potencjałem uzależniającym marihuany. Badania jakościowe pokazały, że pacjenci nie mają jasnych instrukcji doboru dawki w zakresie redukcji bólu, co wprawia ich w zakłopotanie (Cooke i współ., 2019). U osób, które doznały urazu rdzenia kręgowego, zaobserwowano, że wyższy poziom THC powodował większą ulgę w objawach swędzenia, pieczenia i silnego bólu. Marihuana była również dobrze tolerowana, pacjenci nie rezygnowali z leczenia tą substancją, nawet jeśli doświadczali jakichś objawów niepożądanych. Były one przez nich określane jako akceptowalne (Stetten i współ., 2018).

Choroby układu gastrologicznego

Badania RCT z wykorzystaniem 0,5 g konopi zawierającego 23% THC, pokazały znaczące zmniejszenie wskaźnika aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej używającymi placebo. Chorzy, będący w grupie eksperymentalnej, odczuwali łagodne skutki uboczne (nudności, senność, pogorszona koncentracja, utrata pamięci, splątanie i zawroty głowy). Z kolei w innym badaniu, podawanie doustne CBD (10 mg dwa razy dziennie) nie przyczyniło się do zmniejszenia wskaźnika aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna (Schleider i współ., 2018b).

Leczenie zaburzeń psychicznych

Black i współ. (2019) dokonali przeglądu i analizy dotychczasowych badań nad skutecznością i bezpieczeństwem używania konopi w celach medycznych w leczeniu zabu-

rzeń psychicznych. Przeanalizowali 83 badania, z czego 40 stanowiły badania kliniczne z losowym doбором respondentów do próby (*Randomised Controlled Trials*, RCT). 42 badania odnosiły się do prób leczenia osób chorujących na depresję, 31 badań prowadzono wśród osób odczuwających niepokój, 8 wśród chorujących na syndrom Tourette'a, 3 wśród chorujących na ADHD, 12 wśród osób doświadczających stresu pourazowego (PTSD) i 11 wśród osób doświadczających psychoz.

Wyniki Black i współ. (2019) pokazały, że istnieje ograniczona liczba dowodów naukowych na pozytywny wpływ marihuany na poprawę zaburzeń depresyjnych, lękowych, zespołu ADHD, zespołu Tourette'a, zespołu stresu pourazowego lub psychozy. Istnieją bardzo niskiej jakości dowody na to, że leki zawierające THC (z lub bez CBD) prowadzą do poprawy zdrowia wśród osób doświadczających niepokojów. Brakuje również dostatecznych dowodów naukowych pozwalających na sformułowanie rekomendacji dla stosowania kannabinoidów w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe

Przegląd 8 badań RCT nad skutecznością używania marihuany w leczeniu schizofrenii pokazał, że nie ma dowodów, aby miała ona antypsychotyczne działanie (Stetten i współ., 2018).

Zaburzenia nastroju (afektywne)

W przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Stetten i współ. (2018) przytoczono badania, z których wynika, że po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia marihuaną znacznie mniej osób chorujących na depresję odczuło poprawę w porównaniu do pacjentów z depresją, którzy nie używali konopi w celach medycznych. Sugeruje to, że marihuana utrudniała chorym poprawę ich samopoczucia.

Używanie marihuany było skorelowane z pozytywnym wpływem na ekspresję emocjonalną oraz z nasileniem objawów maniackalnych i depresyjnych. Badanie pokazało, że medyczna marihuana pogarsza objawy obserwowane w chorobie afektywnej dwubiegunowej i nie jest skuteczną formą leczenia (Stetten i współ., 2018).

Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną

Badania pokazują, że marihuana jest najczęściej stosowana przez osoby doświadczające stresu pourazowego

(*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) w celu poprawy snu. Do innych motywów zaliczają się odprężanie, niepokój, koncentracja i niechęć do wspomnień (Stetten i współ., 2018).

Z przeglądu badań przeprowadzonego przez Orsolini i współ. (2019) wynika, że konopie oraz leki zawierające konopie mają potencjał w terapii stresu pourazowego, np. redukują lęk, poprawiają sen oraz wpływają na procesy związane z pamięcią. Osoby chorujące na PTSD używają tych substancji głównie ze względu na ich działanie przeciwlękowe, uspokajające, nasenne i antypsychotyczne. Weterani wojenni doświadczający PTSD używają konopi do łagodzenia koszmarów. Konopie były skuteczną substancją w łagodzeniu objawów strachu oraz wspomagały proces terapeutyczny związany z konsolidacją emocjonalną wspomnień. Badania z wykorzystaniem Nabilonu, który jest lekiem zawierającym THC i CBD, w leczeniu PTSD pokazały, że pozwala on ograniczyć występowanie koszmarów sennych i pomaga w zaburzeniach snu. Dotychczas nie ma dowodów klinicznych na wykorzystanie Dronabinolu w leczeniu objawów PTSD. W innym badaniu wśród pacjentów z zespołem stresu pourazowego (PTSD) zauważono ograniczenie występowania objawów i poprawę snu po podaniu 5 mg THC. Działania niepożądane zgłoszone przez osoby z PTSD związane były z suchością w ustach, bólem głowy i zawrotami głowy (Schleider i współ., 2018b).

Zaburzenia rozwoju psychologicznego

W badaniach prowadzonych wśród dzieci z syndromem autyzmu wykorzystano olej konopny zawierający 30% CBD oraz 1,5% THC. Wyniki pokazały, że u 28 osób (30,1%) zaobserwowano znaczącą poprawę, wśród 50 respondentów (53,7%) poprawa była średnia, natomiast u 6 osób (6,4%) minimalna. Badani twierdzili, że przyjmowanie konopi przyczynia się do zmniejszenia częstotliwości występowania drgawek, tików, depresji, niepokojów i ataków agresji. Ogólnie około 80% rodziców dzieci doświadczających autyzmu raportowało znaczącą bądź umiarkowaną poprawę funkcjonowania dzieci. Ośiem osób (8,6%) nie zaobserwowało żadnych zmian w swoim zachowaniu po leczeniu z wykorzystaniem konopi. Około jedna czwarta (25,2%) uczestników badania doświadczyła przynajmniej jednego efektu ubocznego związanego z używaniem marihuany. Najbardziej powszechny był niepokój, który pojawił się u niecałych 7% respondentów. Wyniki badania pokazały, że przetwory

konopi były dobrze tolerowanymi, bezpiecznymi i skutecznymi substancjami pozwalającymi na doświadczenie ulgi związanej z zaburzeniami autyzmu (Schleider i współ., 2019).

Zaburzenia z grupy zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Badania pokazują, że wiele osób chorujących na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), używając medycznej marihuany, dostrzegało jej działanie uspokajające, poprawiające ich funkcjonowanie i zdolności do kontaktów społecznych. Respondenci twierdzili również, że marihuana przynosi podobne efekty co Ritalin, nie wywołując skutków ubocznych. Są też badania, w których skuteczność marihuany w leczeniu objawów ADHD była dostrzeżona jedynie przez 25% respondentów (Steten i współ., 2018).

Podsumowanie

Wykorzystanie marihuany w leczeniu różnego rodzaju schorzeń zostało opisane w wielu artykułach naukowych. Szczególne rozpowszechnienie publikacji odnotowano w ostatnich latach. Wykazano w nich, że leczenie różnych schorzeń z wykorzystaniem konopi przynosi pozytywne rezultaty. Badacze zaobserwowali obiecujące wyniki na przykład w leczeniu bólu neuropatycznego, spastyczności, tików, dyskinez, napadów drgawkowych. Z marihuany korzystali chorujący na nowotwór, chcąc załagodzić nudności podczas chemioterapii, z ciężką utratą masy ciała, z jaskrą, migrenami, z chorobami autoimmunologicznymi. Jednak istnieje wiele ograniczeń dotyczących prowadzonych badań. Należy podkreślić, że są to badania prowadzone na małych próbach, rzadko z losowym doбором respondentów do próby (RCT). Oznacza to, że istnieje ograniczona liczba dowodów naukowych na pozytywny wpływ marihuany na leczenie schorzeń somatycznych i psychicznych.

Z prowadzonych analiz wynika, że brakuje badań pokazujących interakcje używania leków opartych na kannabinoidach z innymi lekami. Na przykład wykazano, że Nabilon może powodować addytywne działanie depresyjne podczas stosowania diazepamu w połączeniu z alkoholem i kodeiną. Może on również zmniejszać zapotrzebowanie na przyjmowanie leków opioidowych, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, trócyklicznych

leków przeciwdepresyjnych, Deksametazonu i Ondansetronu, jeśli są stosowane jednocześnie (The Use of Medical Cannabis with Other Medications, 2017).

Podkreślenia również wymaga, że używanie marihuany może mieć liczne działania uboczne lub niepożądane. Zawiera ona wiele takich samych związków jak tytoń, więc ryzyko występowania chorób wynikających z palenia tych dwóch substancji, może być podobne. Efekty uboczne mogą obejmować zmęczenie, zawroty głowy, niedociśnienie ortostatyczne, suchość w ustach, zmniejszone łzawienie, rozluźnienie mięśni, kołatanie serca, ból mięśni, zwiększony apetyt i zaburzone poczucie czasu. Przy bardzo dużych dawkach często występuje ataksja z utratą równowagi. Długotrwałe stosowanie pociąga za sobą ryzyko uzależnienia (West, 2017).

Na koniec należy jeszcze raz zaznaczyć, że marihuana może być alternatywną ofertą terapeutyczną w leczeniu niektórych objawów towarzyszących chorobom somatycznym, szczególnie dla osób, u których dotychczasowe leczenie nie przyniosło pozytywnych rezultatów. Konopie są skuteczne i bezpieczne, kiedy są przyjmowane pod okiem profesjonalistów, a dawka jest powoli dostosowywana do potrzeb chorego. Aby lepiej zrozumieć działanie marihuany należy dalej prowadzić badania randomizowane.

Przypisy

- ¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Bibliografia

- Beauchet O. (2018), Medical cannabis use in older patients: Update on medical knowledge. *Maturitas*, 118, pp. 56-59.
- Black N., Stockings E., Campbell G., Tran L., Zagic D., Hall W., Farrell M., Degenhardt L. (2019), Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 995-1010.
- Cooke A., Knight K.R. & Miaskowski C. (2019), Patients' and clinicians' perspectives of co-use of cannabis and opioids for chronic non-cancer pain management in primary care. *The International Journal on Drug Policy*, 63, 23-28.
- Kruger D.J., & Kruger J.S. (2019), Medical Cannabis Users' Comparisons between Medical Cannabis and Mainstream Medicine. *Journal of psychoactive drugs*, 51 1, 31-36.
- Orsolini L., Chiappini S., Volpe U., De Berardis D., Latini R., Papanti G.D., Corkery J.M. (2019) Use of Medicinal Cannabis and Synthetic Cannabinoids in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review. *Medicina*, 55, 525.
- Reddy D.S. & Golub V.M. (2016), The Pharmacological Basis of Cannabis Therapy for Epilepsy. *The Journal of pharmacology and experimental therapeutics*, 357(1), 45-55. <https://doi.org/10.1124/jpet.115.230151>

Reddy D.S., & Golub V.M. (2016), The Pharmacological Basis of Cannabis Therapy for Epilepsy. The Journal of pharmacology and experimental therapeutics, 357 1, 45-55

Sagy I., Bar-Lev Schleider L., Abu-Shakra M., Novack V. (2019) Safety and Efficacy of Medical Cannabis in Fibromyalgia. Journal of Clinical Medicine, 8, 807.

Schleider L., Mechoulam R., Lederman V., Hilou M., Lencovsky O., Betzalel O., Shbiro L., Novack V. (2018a), Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. European Journal of Internal Medicine, 49, pp. 37-43.

Schleider L.B., Abuhassira R. & Novack V. (2018b), Medical cannabis: aligning use to evidence-based medicine approach. British Journal of Clinical Pharmacology, 84, 2458-2462.

Schleider L.B., Mechoulam R., Saban N. et al., Real life Experience of Medical Cannabis Treatment in Autism: Analysis of Safety and Efficacy. Scientific Reports 9, 200 (2019) doi:10.1038/s41598-018-37570-y

Stetten N., Pomeranz J., Moorhouse M., Yurasek A., Blue A. (2018), The level of evidence of medical marijuana use for treating disabilities: a scoping review, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.1080/09638288.2018.1523952

The Use of Medical Cannabis with Other Medications: A Review of Safety and Guidelines. Ottawa: CADTH; 2017 April. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal).

West J.C. (2017), Medical marijuana: Challenges and risk issues for health care providers. Journal of Healthcare Risk Management, 36, 38-43.

Fenomenem FOMO (ang. Fear of Missing Out) interesuje się coraz więcej Polaków. Można to łatwo zweryfikować, sięgając po Google Trends. Po wpisaniu akronimu w okno wyszukiwarki okazuje się, że skala zaciekawienia zjawiskiem od lat nieustannie się nasila. O FOMO donoszą także media i naukowcy. Liczba akademickich publikacji na jego temat rośnie, a przyczynia się do tego nie tylko cyfryzacja codzienności, podatność ludzi na uzależnienia, ale i trudne czasy, w jakich przyszło nam żyć – w tym pandemia. Niniejszy tekst, łącząc powyższe wątki, prezentuje wybrane wyniki z badań z 2021 roku i skupia się na problemowym spożywaniu alkoholu.

W PUŁAPCE LĘKU PRZED UTRATĄ SATYSFAKCJONUJĄCYCH DOŚWIADCZEŃ

Katarzyna Iwanicka

Anna Jupowicz-Ginalska

Wydział Dziennikarstwa, Informacji i Bibliologii
Uniwersytet Warszawski

FOMO przed pandemią

Warto pamiętać, że pierwotnie FOMO badano przez pryzmat strachu przed utratą relacji społecznych czy niezadowolenia z podejmowanych decyzji, jak też poczucia żalu w kontekście dokonanego wyboru. Prawdziwą naukową popularność zjawisko zyskało dopiero w połączeniu z internetem, zwłaszcza mediami społecznościowymi.

W jednej z najważniejszych prac poświęconych temu fenomenowi nie tylko opracowano narzędzie badawcze do jego pomiaru (*skalę FOMO*), ale i powiązano go ze światem wirtualnym, proponując (wielokrotnie potem przytaczaną) definicję, według której FOMO to „wszechogarniający lęk, że inne osoby w danym momencie przeżywają bardzo satysfakcjonujące doświadczenia, w których ja nie uczestniczę” (Przybylski i in., 2013). Dzisiaj fenomen jest osadzony głównie w zagadnieniach związanych z technologią, siecią, zdigitalizowanym życiem. Analizuje się go

raczej w negatywnym kontekście: uzależnień od internetu, social mediów, komunikatorów (np. Alt, 2017; Sanalan i in., 2017; Bankoglu & Cerkez, 2019; Pivetta i in., 2019), stresu i obniżonej samooceny (Fox & Moreland, 2015; Beyens, Frison & Eggermont, 2016), potrzeby nieustannego i aktywnego podłączenia do profilu społecznościowego (np. Elhai i in., 2016; James i in., 2017). Pojawiają się publikacje łączące FOMO z depryzacją snu, obniżonym nastrojem, zaburzeniami nerwicowymi czy odstawieniami (np. Adams i in., 2017; Hunt i in., 2018; Oberst i in., 2017; Scott & Woods, 2018). Często wskazuje się, że pojęcie to wiąże się z psychologiczną potrzebą przynależności (Scalzo and Martinez, 2017; Xie i in., 2018, Franchina i in., 2018) i wynika z obawy przed „wypadnięciem z obiegu” czy utratą możliwości udziału w przyjemnym doświadczeniu (np. Alt, 2017 i 2018; Barry i in., 2017).

W literaturze przedmiotu można znaleźć też pojęcie „fonsumera”, czyli osoby odczuwającej nieodpartą chęć

konsumpcji napędzanej lękiem przed tym, że coś ważnego może ją ominąć (Argan & Tokay-Argan, 2018). „Fonsumerzy” skupiają się na zaspokajaniu potrzeb wynikających raczej z porównań społecznych niż realności ich świata wewnętrznego. Z drugiej strony FOMO pojawia się w kontekście kompulsywnego kupowania i zaangażowania w zakupy, co przekłada się na wyższy poziom lojalności wobec konkretnej marki czy firmy (Osemeahon i in., 2020). Jak dowodzi Seale (2015), blisko 3/4 respondentów przyznało, że kupowanie było dla nich sposobem radzenia sobie z wysokim FOMO. To nie tylko realnie powiększało ich finansowe długi (według nich tylko produkty luksusowe mogły podtrzymać ich status społeczny), ale także w dalszej perspektywie mogło negatywnie wpływać na wypracowanie przez nich innych, bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami (a na poziomie behawioralnym – skutkować upośledzeniem zdolności hamowania reakcji). Część badaczy skupia się jeszcze na powiązaniach FOMO z zaburzeniami używania alkoholu, ale do tego wątku przejdziemy za moment.

FOMO podczas pandemii

Rozumienie zjawiska, zaproponowane przez Przybylskiego i in. (2013), nadal powtarza się w kolejnych badaniach (np. Gioia i in., 2021; Song i in., 2021).

Na tym tle wyróżnia się opracowanie Yu i in. (2020), gdzie FOMO definiowane jest jako lęk pojawiający się w odniesieniu do kontrolowania informacji o COVID-19. Z kolei na kanwie zagrożeń psychologicznych wyrasta nowa konceptualizacja FOMO (Zhang, Jiménez & Cicala, 2020), rozumianego jako reakcja emocjonalna na utratę doświadczenia wiążącego się z obrazem siebie, co w efekcie może prowadzić do m.in. indywidualnej albo społecznej izolacji.

Warto też wspomnieć o skali do pomiaru pandemicznej postaci *Fear of Missing Out*, czyli *COVID-19 Information FOMO* (Yu i in., 2020). Badacze wykazują, że – po pierwsze – podczas lockdownów FOMO najsilniej zagrażało dobrze wykształconym mężczyznom, a po drugie – łączyło się z intensywnym rozpowszechnieniem informacji o pandemii. Temat wzmożonej, nadmiarowej komunikacji online pojawia się także u Gioia i in. (2021) oraz Hayran & Anik (2021) – w tym ostatnim badaniu w kontekście obniżenia samopoczucia, zaburzenia koncentracji uwagi i problemów zdrowotnych, np. braku snu.

Pojawiają się opracowania, których autorzy analizują FOMO w powiązaniu z różnymi aspektami współczesności, np. poczuciem przynależności, korzystaniem z social mediów i zmęczeniem pandemią lub mediami oraz poczuciem osamotnienia podczas izolacji (Wegmann, Brandtner & Brand, 2021; Song i in., 2021; Liu i in., 2021; Fumagalli, Dolmatzian & Shrum, 2021).

Nasze badania

Reprezentatywne badania polskich internautów powyżej 15. roku życia nad *Fear of Missing Out* w Polsce prowadzimy od 2018 roku (od początku naszym partnerem jest Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, w 2018 i 2019 roku wsparło nas Google Poland, a od 2021 współpracujemy z PIB-NASK). Projekt jest unikatowy w skali globalnej: po pierwsze, liczba badań FOMO przeprowadzanych na próbie reprezentatywnej jest znikoma (por. A.K. Przybylski i in., 2013; Hampton, Lu & Shin, 2016; Reinecke i in., 2017; Bright & Logan, 2018). Po drugie, nie istnieje – według naszej wiedzy – przedsięwzięcie, które analizowałoby FOMO cyklicznie, w dodatku uwzględniając zjawiska mu towarzyszące.

Wśród niezmiennych celów badawczych pozostają pomiar, monitorowanie, opisywanie specyfiki i skali występowania fenomenu w Polsce, analiza i charakterystyka powiązań między FOMO a zbliżonymi do niego zjawiskami, działalność popularyzatorska i edukowanie w obszarze dobrostanu cyfrowego.

W 2021 roku zrealizowaliśmy badania, dodając jedynie kontekst pandemiczny. Jak zwykle w celu pomiaru skali FOMO wybraliśmy metodę sondażu ankietowego z wykorzystaniem techniki CAWI (*Computer Assisted Web Interview*) przy użyciu kwestionariusza ankietowego. W opracowaniu narzędzia badawczego podtrzymaliśmy zasadę, że ma się ono oprzeć na modułach: jednym niezmiennym i wielu ruchomych, zmieniających w zależności od cyklu badania.

Niezmienny moduł to wspomniana skala FOMO Przybylskiego i in. (2013). Z kolei wśród modułów ruchomych w 2021 roku znalazły się: korzystanie z mediów w trakcie pandemii; ogóle refleksje dotyczące pandemii; pandemia a informacje; „Skala przeciążenia informacyjnego” (*The Information Overload Scale, IOS*) Williamsona, Eakera & Lounsbury’ego (2012); „Skala info-pandemicznego FOMO” (*COVID-19 Information Fear of missing out scale – CIFS*) Yu i in. (2020); „Kwestionariusz zaangażowania w media

społecznościowe” (*Social Media Engagement Questionnaire, SMEQ*) Przybylskiego i in. (2013); „Dzień fomersa”; „Skala uzależnienia od telefonu komórkowego” (*Mobile Phone Usage Addiction Scale*) Karadaga i in. (2015); „Skala nomofobii” (*No mobile phobia Questionnaire, NMP-Q*) Yildirima & Correia (2015); „Utrzymywanie zdrowych nawyków technologicznych w trakcie pandemii”; „Kwestionariusz CAGE” Ewinga (1984) oraz „Strategie radzenia sobie ze stresem (wg Kwestionariusza mini-COPE)” (*The Brief Coping Orientations to Problems Experiences, Brief COPE*) Carver, Scheier i Weintraub (1989).

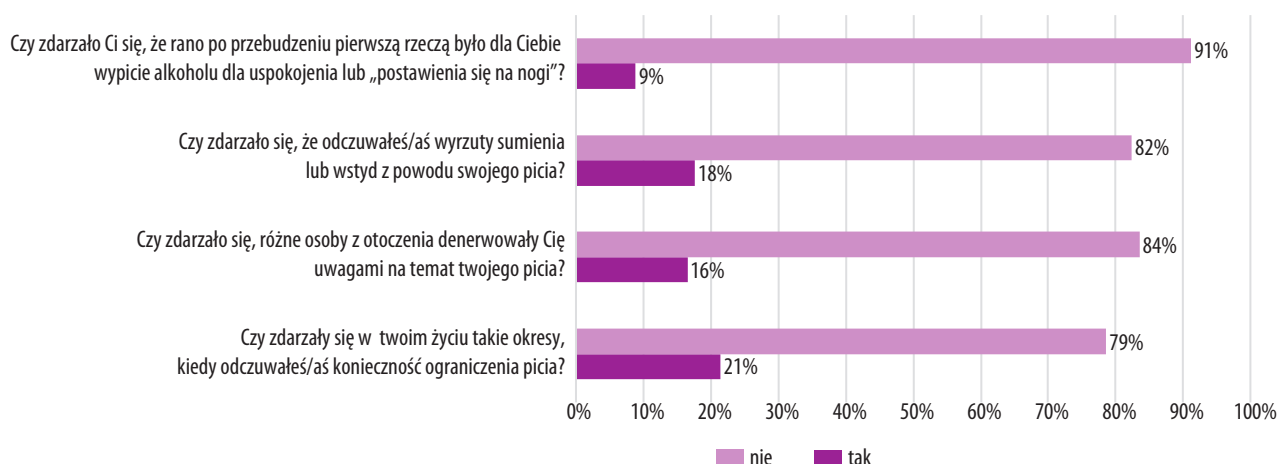
Oczywiście kwestionariusz poddaliśmy pretestowi, dzięki któremu wprowadziliśmy potrzebne zmiany. Po realizacji badań przez Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, przystąpiliśmy do analizy statystycznej, dzięki której dookreśliliśmy poziomy „sfomowania” internautów: niski (-1 SD), średni i wysoki (+1 SD). Cały proces – łącznie z omówieniem analizy korelacji między stopniem FOMO a innymi zjawiskami – szczegółowo opisujemy w naszych publikacjach (np. Jupowicz-Ginalska i in., 2018, 2021). Pozyskane dane wyselekcjonowaliśmy pod kątem ich przedstawienia w raporcie popularyzatorsko-edukacyjnym pt. „FOMO 2021: Polacy a lęk przed odłączeniem podczas pandemii”. Ukazał się on w grudniu 2021 roku i ponownie wzbudził zainteresowanie mediów, edukatorów oraz odbiorców (WDIB UW, 2021). Warto dodać, że w 2021 roku projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Rektor-skiej ds. Etyki Badań Naukowych z Udziałem Człowieka

(Uniwersytet Warszawski), a rzetelność (alfa Cronbacha) wykorzystanej przez nas skali FOMO wyniosła $\alpha = 0,92$.

Wybrane wyniki badań

W 2021 roku po raz pierwszy sięgnęliśmy po zagadnienie spożywania alkoholu, ponieważ już wcześniej wykazywano istniejące związki między FOMO a konsumpcją napojów alkoholowych (Riordan i in., 2015). Dowodzono, że wysoko sfomowani studenci nie tylko piją średnio 1,5 razy więcej aniżeli ci o niskim poziomie FOMO, ale także towarzyszy temu więcej negatywnych konsekwencji, np. mówienie rzeczy, których następnego dnia badani się wstydzieli czy utrata przytomności w wyniku intoksykacji (tamże). Można to tłumaczyć tym, iż „fomersi” częściej korzystają z mediów społecznościowych, doświadczając tam silniejszej ekspozycji na bodźce związane z konsumpcją alkoholu (np. podczas relacji z koncertów czy imprez). Dodatkowo mają większą potrzebę gratyfikujących doświadczeń społecznych, stąd częstsze angażowanie się ich w ryzykowne zachowania, jak choćby udział w „grach alkoholowych” czy spożywanie alkoholu w miejscach niebezpiecznych (Riordan i in., 2021). Nie bez znaczenia jest też to, że osoby o wysokim poziomie FOMO silniej odczuwają presję rówieśników w kontekście zachęty do spożywania alkoholu (a z uwagi na mniejszą autonomię trudniej przychodzi im odmawianie; por. Grigorian, 2022). Warto nadmienić, że powstało narzędzie do bada-

Wykres 1. Rozkład odpowiedzi na pytania „Kwestionariusza CAGE” Ewinga (1984).



Źródło: Opracowanie własne. Kwoty dobrane według reprezentacji w populacji polskich internautów, na próbie ogólnopolskiej dla osób od 15+, $n=1067$, dla płci, wieku, wykształcenia i wielkości miejscowości zamieszkania.

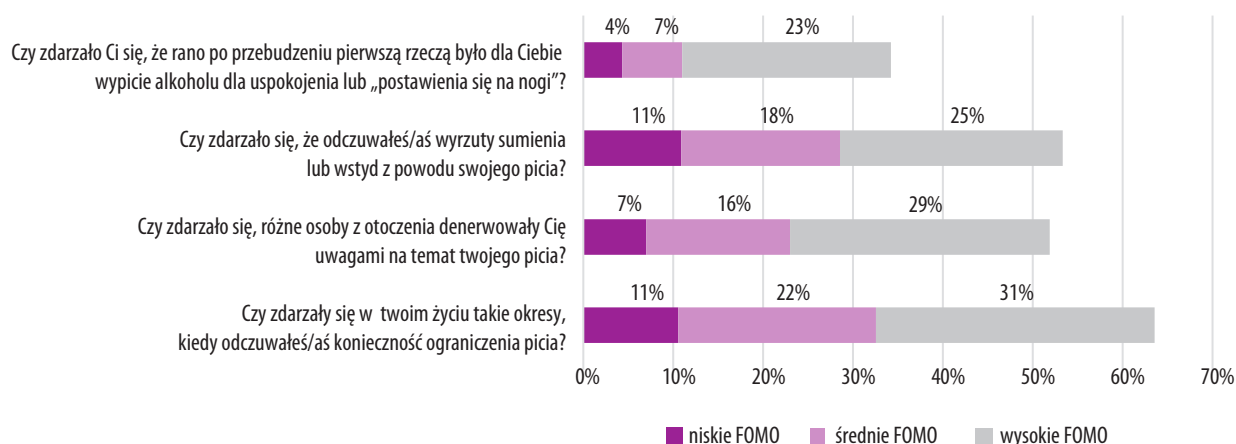
nia FOMO przez pryzmat lęku przed tym, że badanych mogą ominąć doświadczenia wspólnego imprezowania i picia – ALFOMO (Al Abri, 2017).

Należy pamiętać, że omawiane dane zebraliśmy podczas pandemii, kiedy to zmieniały się wzorce konsumpcji alkoholu (Pollard, 2020; Ramalho, 2020). Jak wynika z innych publikacji, w tym czasie częściej spożywano alkohol w samotności lub z partnerem życiowym, aniżeli ze znajomymi. Tłumaczono to izolacją, zmianą nawyków i trudnościami z radzeniem sobie z lękiem i obniżonym nastrojem (Schmits & Glowacz, 2021; Murthy & Narasimha, 2021). Wzrosła też sprzedaż i konsumpcja

napojów alkoholowych, czemu sprzyjało m.in. czasowe bezrobocie wynikające z uwarunkowań pandemicznych (Calina i in., 2021).

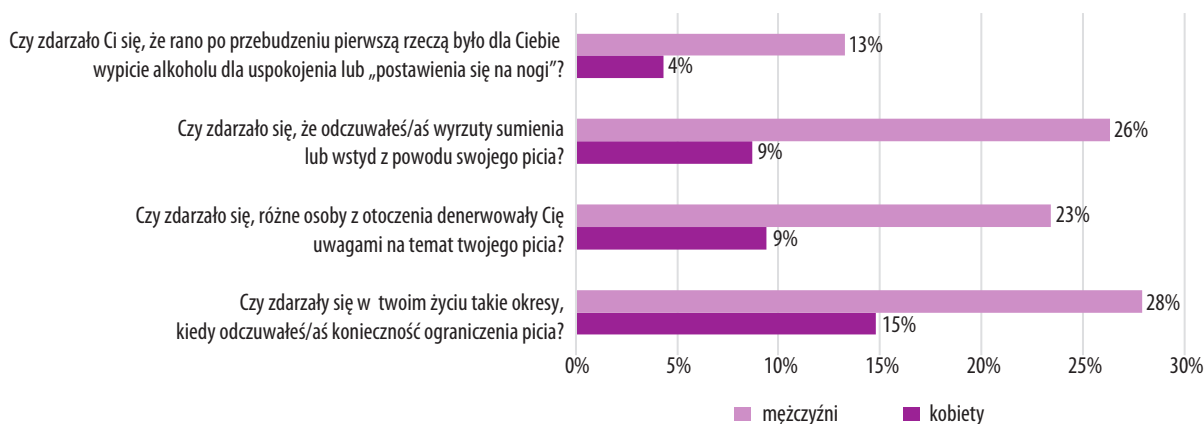
W naszym projekcie sięgnęliśmy po kwestionariusz CAGE – narzędzie krótkie, ale dość czułe i trafne. Wcześniejsze badania pokazują, że twierdząca odpowiedź na minimum 2 z 4 zawartych tam pytań u 81% badanych potwierdza diagnozę zespołu zależności alkoholowej (Saunders & Kershaw, 1980), a w doniesieniach polskich ten odsetek jest jeszcze wyższy i sięga nieco ponad 90% (Kroch i in., 2001). Oczywiście, aby móc postawić diagnozę, konieczny jest obszerny wywiad kliniczny. Jednak dla nas istotniejsze

Wykres 2. Kwestionariusz CAGE (Ewing, 1984) a poziomy FOMO (odpowiedzi tak).



Źródło: Opracowanie własne. Kwoty dobrane według reprezentacji w populacji polskich internautów, na próbie ogólnopolskiej dla osób od 15+, n=1067, dla płci, wieku, wykształcenia i wielkości miejscowości zamieszkania.

Wykres 3. Rozkład odpowiedzi na pytania kwestionariusza CAGE (1984) – płeć badanych (odpowiedzi tak).



Źródło: Opracowanie własne. Kwoty dobrane według reprezentacji w populacji polskich internautów, na próbie ogólnopolskiej dla osób od 15+, n=1067, dla płci, wieku, wykształcenia i wielkości miejscowości zamieszkania.

było oszacowanie skali zjawiska i zbadanie relacji pomiędzy konsumpcją alkoholu a poziomem FOMO.

Podstawowe dane dla kwestionariusza przedstawia wykres 1, zaś dla kwestionariusza ujętego w kontekście FOMO – wykres 2.

Wyniki uwzględniające płeć badanych obrazuje wykres 3. Jak widać, problem częściej występuje u mężczyzn niż kobiet, podobnie jak wśród osób wysoko sfomowanych aniżeli tych o niskim poziomie FOMO.

W pytaniu o to, czy różne osoby z otoczenia badanych denerwowały ich uwagami na temat ich picia, twierdząco odpowiedziało 16% ankietowanych (23% mężczyzn versus 9% kobiet). W tym przypadku także prym wiedli „fomersi”, czterokrotnie częściej przyznając, że otoczenie niepokoiło się ich sposobem używania alkoholu. Interesujące jest to, iż najliczniejszą grupę (23%) stanowili respondenci w wieku 55-64 lat. Można więc przypuszczać, że ludzie młodszy częściej przyzwalają na spożywanie alkoholu, nawet jeśli wzorce jego konsumpcji odbiegają od przyjętej normy społecznej.

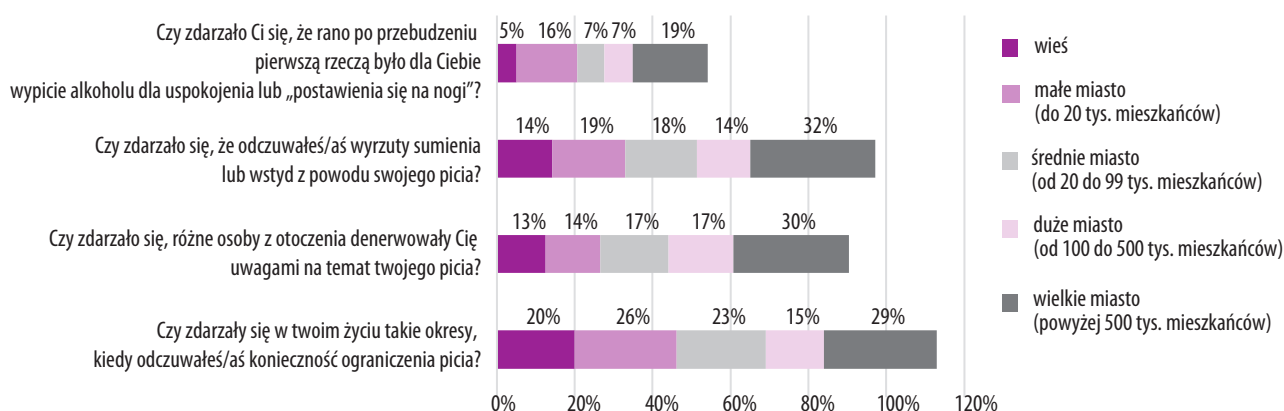
Idąc dalej, co czwarty „fomers” deklaruje, że odczuwał wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu swojego picia (dla porównania wśród osób o niskim FOMO ten odsetek wyniósł 11%). W grupie ogólnej twierdząco na to pytanie odpowiedziało 18% badanych (26% mężczyzn i 9% kobiet). Częściej deklaruowały to osoby będące w związkach (nieformalnym – 25% i małżeńskim – 18%) aniżeli te stanu wolnego (single i rozwiedzeni – 14%, a wdowcy – 3%). Możemy zaryzykować hipotezę, że będąc w związku łatwiej niż w pojedynkę o doświadczanie wstydu. Znaczące mogą też być trudne informacje zwrotne otrzymane od

partnera na temat własnego wzorca picia, intensyfikujące odczuwane emocje.

Najbardziej diagnostyczne w opinii specjalistów (Skogen i in., 2011) jest pytanie o to, czy badanym zdarzyło się, że rano po przebudzeniu pierwszą rzeczą było dla nich wypicie alkoholu dla uspokojenia się lub „postawienia na nogi”. Odnosi się ono bezpośrednio do jednego z kryteriów uzależnienia w klasyfikacji ICD-10, jakim jest alkoholowy zespół abstynencyjny, do którego dochodzi u osób uzależnionych w wyniku odstawienia alkoholu lub znaczącego ograniczenia spożywanych ilości.

W grupie osób wysoko sfomowanych aż 23% badanych odpowiedziało twierdząco, podczas gdy w grupie osób nisko sfomowanych ten odsetek wyniósł tylko 4%. Ponad trzykrotnie częściej dotyczyło to mężczyzn niż kobiet (13% vs 4%). Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły tu osoby między 20. a 24. rokiem życia (17%), a najrzadziej deklarowano to w przedziale osób 55-64 lata. To dość zaskakujące, gdyż zdawać by się mogło, że ten objaw rozwija się wraz ze „stażem” picia i dlatego istnieje ryzyko, że do tego będą częściej się przyznawały raczej osoby starsze. Być może jednak kluczowy tu jest nie czas spożywania alkoholu mierzony w latach, ale raczej jego intensywność. Co ciekawe, we wszystkich czterech pytaniach mieszkańcy wielkich miast (powyżej 500 tys. mieszkańców) kilkakrotnie częściej twierdząc odpowiadali na pytania. Wyniki dotyczące miejsca zamieszkania badanych ilustruje wykres 4. Jest to w zgodzie z innymi publikacjami, mówiącymi, iż to właśnie osoby zamieszkujące na wsi częściej deklarują abstynencję (Dixon & Chartier, 2016). Tłumaczyć to można większą ekspozycją na bodźce

Wykres 4. Rozkład odpowiedzi na pytania kwestionariusza CAGE (1984) – miejsce zamieszkania (odpowiedzi tak).



Źródło: Opracowanie własne. Kwoty dobrane według reprezentacji w populacji polskich internautów, na próbie ogólnopolskiej dla osób od 15+, n=1067, dla płci, wieku, wykształcenia i wielkości miejscowości zamieszkania.

związane z konsumpcją alkoholu przez mieszkańców metropolii. Nie bez znaczenia jest fakt, że duże miasta przyciągają studentów, mających większą tendencję do eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi niż osoby w okresie średniej dorosłości.

FOMO, pandemia i alkohol – co dalej?

Czy po zapoznaniu się z danymi, mimowolnie nie nasuwa się nam skojarzenie z „testem Marshmallow” Waltera Mischela? Badacze przyglądali się w nim zdolności do odraczania gratyfikacji przez dzieci w wieku przedszkolnym. Maluchy mogły zdecydować, czy chcą zjeść jedną słodką piankę teraz, czy dwie po jakimś czasie. Miały także wpływ na to, kiedy wezwą eksperymentatora, który pojawi się z dodatkową porcją słodkości.

Warto zaznaczyć, że u przedszkolaków funkcje wykonawcze, odpowiedzialne za hamowanie reakcji, nie są jeszcze należycie rozwinięte, ale wiemy przecież, że wśród różnych grup klinicznych – m.in. osób uzależnionych – funkcjonowanie kory przedczołowej jest zakłócone, a jej zdolności regulacyjne zmniejszone (co potwierdzają doniesienia z badań neuroobrazowania). U podłoża uzależnienia leżą jeszcze dwa mechanizmy neuronalne: zwiększona reaktywność ciała migdałowatego na bodźce lękowe i mniejsza wrażliwość układu nagrody na wzmocnienia (Gola, 2016).

Dla klinicystów, terapeutów uzależnień i specjalistów zajmujących się profilaktyką zachowań ryzykownych wniosek zdaje się być jasny – warto pracować nad metaumiejętnościami i ćwiczeniem wyższych funkcji poznawczych nie tylko wśród dzieci, ale i osób, które mają tendencję do kompulsywnych zachowań, w tym picia alkoholu.

Rozwijanie tego obszaru pozwala na lepsze radzenie sobie z wyzwaczami, wybieranie bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie z napięciem, podejmowanie trafniejszych decyzji, jak również świadome stawianie granic. Wspomniane umiejętności zdają się jeszcze bardziej zyskiwać na znaczeniu w przypadku adolescentów i młodych dorosłych wychowanych w kulturze natychmiastowej gratyfikacji. Warto pamiętać, że mają oni za sobą okres dwóch lat pandemii, gdzie – przebywając w izolacji – byli pozbawieni wielu naturalnych sytuacji społecznych, w których mogliby ćwiczyć funkcje wykonawcze poprzez planowanie działania, hamowanie aktywności, kontrolę uwagową czy monitorowanie swego zachowania. W su-

kurs mogą przyjść tu np. programy i aplikacje zdalne, usprawniające funkcjonowanie poznawcze (Gamito i in., 2014). Badania w grupie osób uzależnionych dowiodły, iż intensywny, czterotygodniowy trening kognitywny za pomocą aplikacji na telefon komórkowy znacząco poprawił ich kontrolę uwagową i elastyczność poznawczą (Gamito i in., 2013).

Biorąc pod uwagę alarmujące dane, możemy być pewni, że CAGE na stałe zagości w naszych badaniach. Interesujące może być zarówno porównanie dynamiki korelacji między poziomami FOMO a używaniem alkoholu, jak również poszerzenie analiz o kontakty badanych z innymi substancjami psychoaktywnymi. Ze względu na to, że osoby sfomowane wpadają w pułapkę różnych kompulsywnych zachowań, monitorowanie tego procesu wydaje się niezbędne. Pozwoli ono na lepsze zrozumienie codziennego funkcjonowania „fomersów”, a także wypracowanie zaleceń i sposobów pracy w tym obszarze.

Bibliografia. Wybrane pozycje

- Ewing J.A. (1984), Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 252(12):1905-1907. doi:10.1001/jama.1984.03350140051025
- Gola M. (2016), Neuronalne mechanizmy zachowań nałogowych. W: Habrat B red. Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii s. 54-70.
- Kroch S., Radomska M., Krzyżanowska-Kierepka E., Szkolnicka B., Kamenczak A. & Rakus A. (2001), Rozpoznawanie uzależnienia alkoholowego przy pomocy kwestionariuszy CAGE i SAAST w wybranych populacjach terapeutycznych. *Przegląd Lekarski*, 58(4).
- Przybylski A.K., Murayama K., DeHaan C.R., & Gladwell V. (2013), Motivational, emotional, and behavioral correlates of Fear of Missing Out. *Computers in Human Behavior*, 29, 1814-1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>
- Ramalho R. (2020), Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 524-526.
- Riordan B. C., Flett J. A., Hunter J. A., Scarf D. & Conner T. S. (2015), Fear of missing out (FoMO): The relationship between FoMO, alcohol use, and alcohol-related consequences in college students. *Annals of Neuroscience and Psychology*, 2(7), 1-7.

Zapraszamy do zapoznania się z raportem „FOMO 2021. Polacy a lęk przed odłączeniem podczas pandemii” na stronie internetowej: <https://www.wdib.uw.edu.pl/images/fomo2021.pdf>

Pełna bibliografia dostępna jest w wersji internetowej artykułu i bezpośrednio w redakcji.

W 2022 roku weszły w życie nowe zmiany prawne w obszarze uzależnień i 31 marca był ostatnim dniem, kiedy obowiązywały dotychczasowe gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom. Nowe wojewódzkie i gminne programy przeciwdziałania uzależnieniom obejmują przeciwdziałanie narkomanii, rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz uzależnienia behawioralne.

GMINNE I WOJEWÓDZKIE PROGRAMY PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM – W KIERUNKU INTEGRACJI DZIAŁAŃ

Artur Malczewski

*Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom*

Narodowy Program Zdrowia – nowy obszar

W Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025 w celu operacyjnym nr 2 znalazł się obszar, który nie koncentruje się na konkretnych substancjach, jak to było we wcześniejszych NPZ w celu drugim. Po raz pierwszy umieszczono część dotyczącą wszystkich substancji, niezależnie od ich sytuacji prawnej, pt. Zintegrowane podejście do uzależnień. Warto zwrócić uwagę, że wszystkie zadania w tym obszarze są wskazane do realizacji dla jednostek samorządu terytorialnego (JST). Znajdują się w nim następujące zadania:

1. Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom.
2. Monitorowanie i badanie problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu).
3. Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.
4. Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności,

w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

5. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin.
6. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie.
7. Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich.

Diagnoza – punkt wyjścia do opracowania i wdrażania działań

Diagnoza skali problemów oraz podejmowanych działań przeprowadzona przez JST umożliwia wdrażanie programu w oparciu o wyniki analiz i badań. Tym samym pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb oraz bardziej efektywną alokację środków finansowych, których często jest za mało. Takie podejście opiera się na założeniu, że reakcja społeczna i instytucjonalna powinna być adekwatna do skali problemów oraz zagrożeń związanych z używaniem substancji oraz, że istotne jest uwzględnianie terytorialnego zróżnicowania problemów. Planowanie działań podejmowanych w odpowiedzi na dynamikę zjawiska umożliwia elastyczne i efektywne radzenie sobie z lokalnymi problemami. Diagnoza, która będzie powtarzalna, czyli monitorowanie, dostarcza też

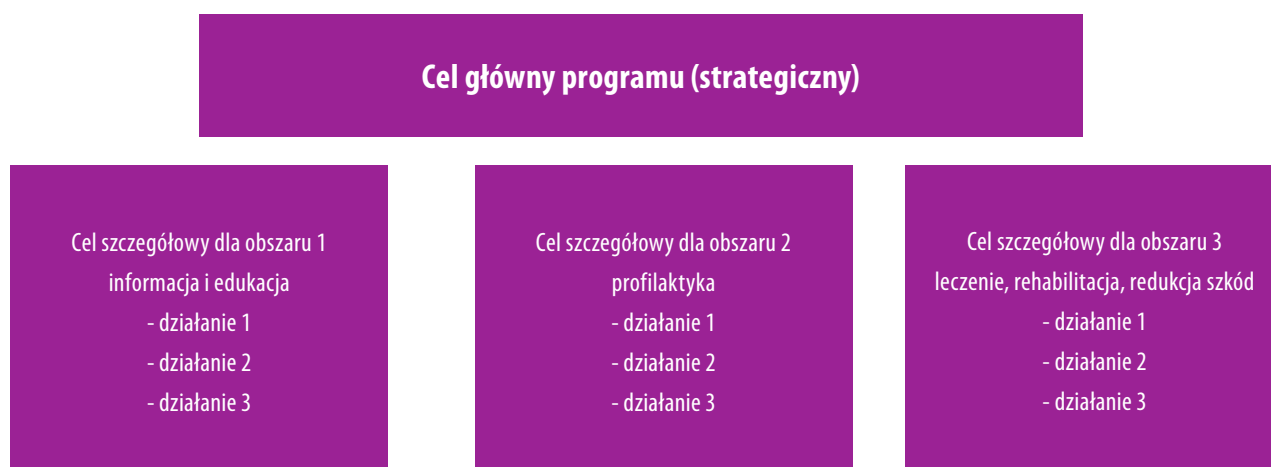
danych stanowiących podstawę do ewentualnych modyfikacji gminnych i wojewódzkich programów przeciwdziałania uzależnieniom. Jako praktyczny cel diagnozy określa się dostarczenie wniosków i rekomendacji użytecznych praktycznie dla osób zajmujących się problemem uzależnień. Diagnoza jest przeprowadzona przede wszystkim w dwóch głównych obszarach. Pierwszy to rozmiary i charakter problemu uzależnień, np. rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych, wzory używania substancji, liczba problemowych użytkowników substancji, choroby zakaźne związane z narkotykami, przedawkowania substancji psychoaktywnych, w tym ze skutkiem śmiertelnym, poziom dostępności substancji itp. Zinstytucjonalizowane reakcje społeczne obejmują m.in. ocenę zasięgu, różnorodności i kompleksowości działań profilaktycznych, jakość programów profilaktycznych, ofertę pomocy (lecznictwo, rehabilitacja, reintegracja społeczna, redukcja szkód), zasoby ludzkie oraz środki finansowe. Lokalny kontekst kulturowy, społeczny i ekonomiczny, czyli np. poziom wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, postawy społeczne wobec substancji, ocena ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, stopień przyzwolenia – potępienia dla używania różnych substancji, może być również elementem diagnozy. W tym przypadku otrzymujemy m.in. informacje na temat potencjalnego wsparcia lub jego braku przy wyborze różnych strategii, z których np. wdrożenie działań dotyczących redukcji szkód może wymagać dodatkowych działań informacyjno-promocyjnych.

Diagnoza problemu uzależnień na poziomie lokalnym zakłada zbieranie danych i współpracę w tym zakresie z różnymi instytucjami m.in. z: placówkami leczenia uzależnień i leczenia ogólnego, policją, ośrodkami pomocy społecznej, placówkami oświaty, organizacjami pozarządowymi, prokuraturą, sądami, urzędami.

Dane statystyczne z instytucji reagujących na problem czy również wyniki badań warto przedyskutować w ramach działających w gminie grup np. gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (GKRPA), a efekty przedstawić w gminnym czy wojewódzkim programie w formie podsumowania i rekomendacji. W tym celu zebrane informacje można przedstawić w formie SWOT. Tabela SWOT będzie stanowić część programu. Celem wykonania analizy SWOT jest uporządkowanie informacji i przekonań na temat analizowanego obszaru po to, aby w sposób możliwie obiektywny ocenić, jaka jest obecna sytuacja i jakim potencjałem dysponujemy.

W ramach przeciwdziałania narkomanii od wielu lat promowany jest monitoring, który jest de facto powtarzalną diagnozą. Powtarzanie diagnozy stanowi dobry punkt wyjścia, co zostało wspomniane przy modyfikacji podejmowanych działań w ramach gminnego i wojewódzkiego programu, jak również do jego ewaluacji. Przyjęcie przez ustawodawcę możliwości uchwalenia czteroletniego programu pozwala na przygotowanie na jego zakończenie ewaluacji. Co więcej, dotychczasowa kwestia, kiedy przeprowadzać diagnozę przy rocznych progra-

Wykres 1. Struktura gminnego programu – przykład.



mach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych nie jest już problemem. Obecnie warto przeprowadzić diagnozę w ramach przygotowywania nowego programu. W przypadku działań z zakresu ograniczania problemu uzależnień behawioralnych można rozważyć zapisanie diagnozy w tym obszarze jako zadanie do realizacji w pierwszym roku wdrażania programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. W przypadku problemu narkotyków i alkoholu JST w mniejszym i większym stopniu przygotowywały diagnozy w ramach opracowania programów. W odniesieniu do uzależnień behawioralnych jest to nowy obszar do realizacji przez JST, który pojawił się na bazie nowych rozwiązań prawnych z 1 stycznia 2022 roku. Można zatem przypuszczać, że wiele samorządów nie ma diagnoz w obszarze tych problemów.

Osoby zainteresowane diagnozą problemów alkoholowych oraz monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii można odesłać do publikacji książkowych na ten temat. W 2017 roku miałem przyjemność opracować publikację dotyczącą diagnozy problemów alkoholowych, która została wysłana przez PARPA do wszystkich gmin w Polsce. Książka dotycząca monitorowania problemu narkotyków i narkomanii wydana przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej dostępna jest w internecie.

Warto zwrócić uwagę, że w 2021 roku PARPA po raz pierwszy w swoich rekomendacjach umieściła informację dotyczącą przeprowadzania diagnozy problemów alkoholowych. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od wielu lat z kolei promowało monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii, czyli powtarzalną diagnozę.

Nowe programy JST powinny obejmować szeroki zakres działań dotyczących profilaktyki, rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Oprócz wspomnianych działań z obszaru Zintegrowane podejście do uzależnień, istotne znaczenie mają zadania dotyczące FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) w obszarze pt. Uzależnienie od alkoholu, czyli:

1. Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

2. Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD.

W obszarze Uzależnienie od narkotyków jest jedno zadanie dla JST: „Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP”. JST mają również wyznaczone zadanie w obszarze uzależnień behawioralnych: „Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii społecznych, strony i poradni internetowej oraz telefonu zaufania”.

Program JST dotyczący uzależnień

Warto zatem zastanowić się nad takim celem głównym programu, który pozwoli odnieść się do substancji legalnych (alkohol), substancji nielegalnych (narkotyki) oraz uzależnień od zachowań (uzależnienia behawioralne). Przy tworzeniu zadań oraz celów szczegółowych warto koncertować się na problemach i rozwiązaniach, jakie wynikają z lokalnych potrzeb. Przy tworzeniu celów programu warto zastosować podejście oparte na SMART.

Spójrzmy, jaka mogłaby być przykładowa struktura nowego programu. W przypadku braku materiałów edukacyjnych i potrzeby prowadzenia działań informacyjnych wyodrębnić można oddzielny obszar w gminnym programie (obszar nr 1 na wykresie 1), który będzie dotyczył tego zadania. Jego celem będzie np. podniesienie poziomu wiedzy na temat problemów uzależnień. W każdym gminnym programie jednym z ważniejszych zadań będzie opóźnianie inicjacji alkoholowej i przeciwdziałanie sięganiu po narkotyki oraz np. udziałowi w grach hazardowych. Dlatego też znajdzie się w nim obszar dotyczący profilaktyki (obszar nr 2 na wykresie 1). W tym miejscu warto położyć nacisk na programy rekomendowane. Jeżeli nie są one wdrażane, to w tym obszarze można zaplanować działania mające na celu ich implementację. W przypadku osób uzależnionych należy zastanowić się nad formami pomocy dla nich i ich bliskich, to może być oddzielny obszar w lokalnej strategii (obszar nr 3). Dla każdego z tych obszarów warto sformułować cel, który będzie de facto celem szczegółowym, którego

osiągnięcie wraz z innymi celami szczegółowymi pozwoli na zrealizowanie celu głównego. Wykres 1 przedstawia przykładowy, teoretyczny model lokalnej strategii, która może obejmować przeciwdziałanie różnego rodzaju uzależnieniom. Oczywiście struktura, zakresy i rodzaj działań, ich liczba zależą od skali problemów oraz zasobów, jakie posiada JST. Być może warto wyodrębnić oddzielny obszar dotyczący współpracy międzyinstytucjonalnej czy prowadzenia diagnozy.

Osoby zainteresowane przygotowaniem programu mogą skorzystać z publikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pt. „Zapobieganie narkomanii w gminie, zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii”, która jest dostępna na stronie internetowej KCPU.

Podręcznik ten przeznaczony jest dla przedstawicieli samorządów i lokalnych społeczności. Wiedza w nim zawarta, przykłady dobrych programów oraz niezbędne narzędzia pozwolą na samodzielne przygotowanie i wdrażanie gminnych programów. Poniżej przedstawiam wybrane kwestie z tej publikacji dotyczące tworzenia programu, które można wykorzystać przy budowaniu gminnego lub wojewódzkiego programu.

Budowa programu – faza analizy

Jedną z metod budowy programu jest rozpoczęcie jego tworzenia od identyfikacji kluczowych problemów występujących w gminie lub województwie dotyczących tematyki uzależnień. Można w tym celu wykorzystać np. przygotowaną wcześniej tabelę SWOT. Wypisane problemy należy zapisać i uporządkować poprzez wyjaśnienie, precyzowanie oraz wykreślanie powtarzających się problemów, np. na oddzielnych karteczkach. W efekcie powstaje lista kluczowych problemów w zakresie uzależnień. W następnym kroku dokonuje się oceny każdego ze zgłoszonych problemów pod kątem tego, który z nich jest pierwotny, a który wtórny. Jeżeli stanowi przyczynę, wtedy umieszczany jest niżej, tworząc zarys tzw. systemu korzeniowego drzewa. Jeżeli stanowi skutek, wtedy umieszczany jest na górze, tworząc konar drzewa. W przypadku gdy mamy trudny do zakwalifikowania problem do jednej z tych kategorii, pozostawiamy go na tym samym poziomie. W trakcie tego etapu analizy następuje rozbudowywanie drzewa poprzez

poszukiwanie przyczyn problemów oraz ich źródeł. Pod koniec należy przeprowadzić porządkowanie drzewa problemów. Warto zwrócić uwagę, że w trakcie fazy analizy zajmujemy się tylko tymi problemami, które są ważne, rzeczywiste i aktualne, a nie przyszłe i wyimaginowane. Na tym etapie nie należy traktować jako problemu niedostatecznej ilości środków finansowych.

Następna faza prac nad programem to zmiana problemów w cele, np. duża liczba wypadków drogowych pod wpływem alkoholu (problem). Można go zmienić na następujący cel: Ograniczenie liczby wypadków drogowych pod wpływem alkoholu (cel). W kolejnym kroku przeprowadza się selekcję celów poprzez agregację celów tożsamyh oraz identyfikację celów konkurencyjnych. Podjęcie decyzji, które cele zostaną włączone do programu, a które pozostaną poza jego zakresem, to następny krok pracy nad programem. Ta decyzja powinna być wynikiem porozumienia co do priorytetów, które cele są najważniejsze, możliwe do osiągnięcia oraz które z podejmowanych aktywności będą najbardziej efektywne. Po opracowaniu struktury celów programu należy zaplanować działania, których realizacja będzie służyć ich osiągnięciu.

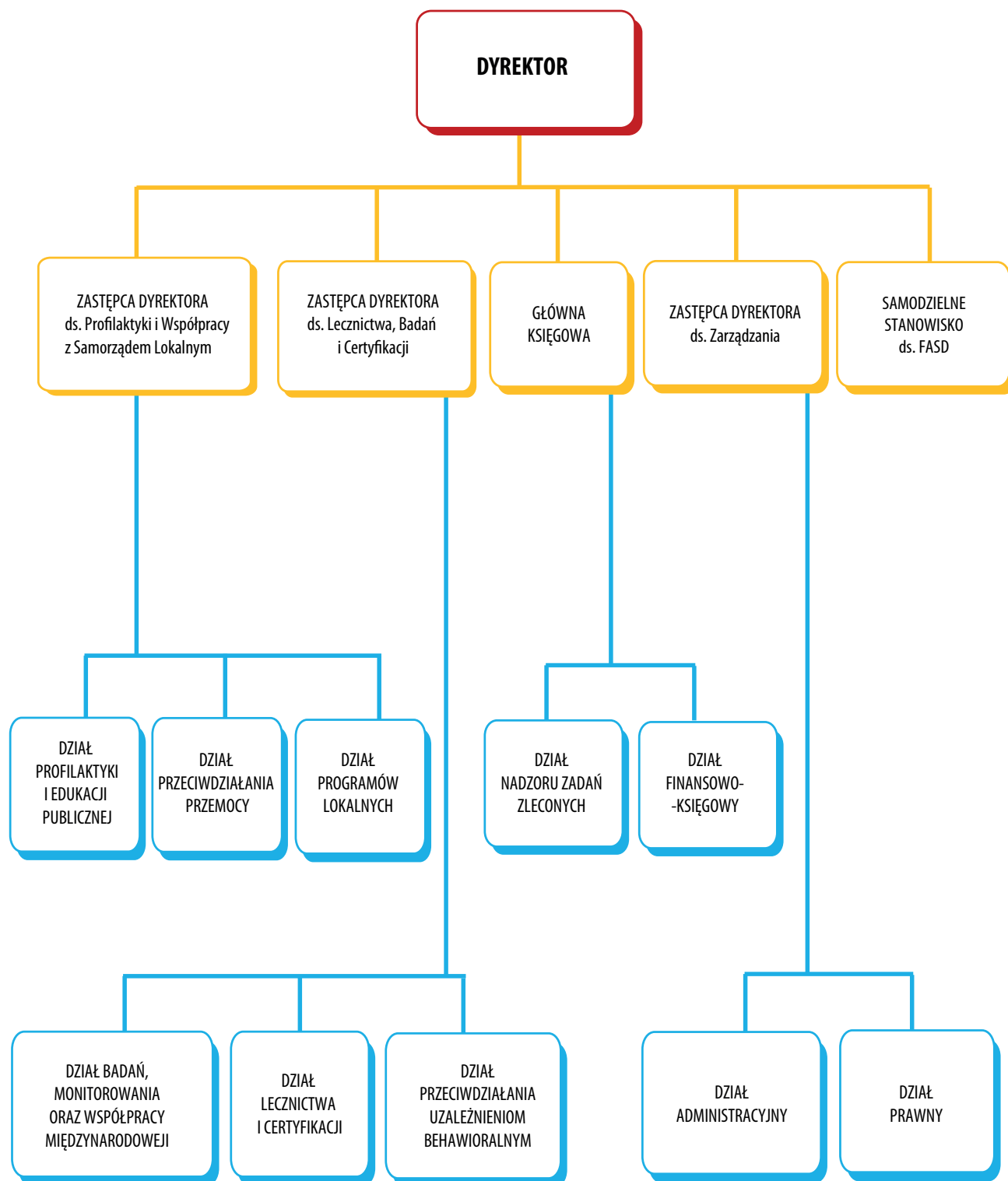
Warto zadbać, aby działania miały wskaźniki, które pozwolą monitorować wdrażanie programu. Wskaźniki można również uwzględnić przy celach szczegółowych oraz celu głównym. Jednakże bardzo trudno będzie nam w tym przypadku ocenić, na ile podjęcie zaplanowanych działań zmniejszy np. odsetek osób używających narkotyków.

Najlepszym rozwiązaniem w zakresie określania wskaźników jest zapisanie ich w formie liczbowej, np. liczba odbiorców programów profilaktycznych..., liczba działań... itd.

W niektórych JST zastosowane będzie inne podejście, ponieważ pod koniec 2021 roku wiele z nich uchwaliło oddzielne (jeden „narkotykowy”, a drugi „alkoholowy” program) programy, które de facto obowiązywały tylko jeden kwartał w bieżącym roku. W takim przypadku podjęta praca nad nowym programem będzie dotyczyć przede wszystkim integracji tych programów i uwzględnienia tematyki uzależnień behawioralnych. Zamiast analizy problemów zostanie zatem przeprowadzona analiza istniejących celów, zadań, wskaźników itd., mająca za zadanie integrację działań i stworzenie jednej wspólnej strategii.

STRUKTURA KRAJOWEGO CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM (KCPU)

Z dniem 1 stycznia 2022 r. na mocy Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zostają przekształcone w **Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU)**. Poniżej przedstawiamy strukturę KCPU.



ZDALNA POMOC PSYCHOLOGICZNA DLA OSÓB Z UKRAINY

Pomoc e-mailowa w związku z problemem z narkotykami (dla siebie lub bliskiej osoby) jest dostępna na stronie **www.narkomania.org.pl**, prowadzonej przez Fundację Praesterno. Pytanie mailowe można skierować do lekarza, prawnika, psychologa lub terapeuty uzależnień. Pomoc jest bezpłatna, a pytania całkowicie anonimowe. Pytania można zadawać w języku ukraińskim, rosyjskim, angielskim, polskim.

PORADNIA NARKOTYKOWA ON-LINE

Bezpłatne porady ekspertów przez e-mail i czat



Безкоштовна консультація по електронній пошті

Ми заохочуємо вас задавати питання електронною поштою – ви можете направити їх до лікаря, юриста, психолога чи нарколога. Допомога **безкоштовна**, а запитання повністю **анонімні**; для статистичних цілей заповнюйте лише коротку форму з демографічними даними (стать, вік, воєводство тощо).

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom uruchomiło telefon zaufania. Dzwoniąc na numer **800 11 08 11** (bezpłatny) lub numer **22 290 70 00** (opłata wg taryfy operatora), można uzyskać pomoc w zakresie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Dyżurujący mają doświadczenie w udzielaniu pomocy psychologicznej i również udzielają wsparcia osobom z Ukrainy, które z powodu wojny znalazły się w Polsce i mają potrzebę porozmawiania oraz podzielenia się swoimi doświadczeniami, przeżyciami. Rozmowy w Telefonie Zaufania są prowadzone zarówno w języku ukraińskim, jak i rosyjskim, codziennie w godzinach 16:00 – 21:00.

Inne wybrane numery telefonów pomocowych i informacyjnych dla osób z Ukrainy:

Polskie Forum Migracyjne:

669 981 038; poniedziałek, 16.00-20.00; środa, 10.00-14.00; piątek, 14.00-18.00

Bezpłatny telefon kryzysowy. Pomoc psychologiczna w języku ukraińskim i rosyjskim.

Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka:

800 12 12 12; codziennie, 15.00-22.00

Dyżury psychologa w języku ukraińskim i rosyjskim.

Centrum Medyczne Damiana:

22 566 22 27; poniedziałek – piątek; 8.00-12.00 i 16.00-20.00

Telefoniczne wsparcie psychologiczne w języku ukraińskim.

22 566 22 20; poniedziałek – piątek; 7.00-21.00

Infolinia w języku ukraińskim, która ma na celu pomóc odnaleźć się w polskim systemie zdrowia.

Telefon Zaufania dla Osób z Ukrainy

800 11 08 11

bezpłatny

22 290 7000

płatny według taryfy operatora



czynny codziennie w godzinach 16.00-21.00

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kcpu@kcpu.gov.pl
www.kcpu.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl,
Katarzyna Łukowska, Artur Malczewski, Danuta Muszyńska,
Anna Radomska

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom 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