



Ministerstwo Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (99) 2022

NR 3

2022

SPIIS TREŚCI

Analiza

UŻYWANIE ALKOHOLU W TRAKCIE PANDEMII COVID-19. DOŚWIADCZENIA POLSKIE

Jan Chodkiewicz 1

Profilaktyka

O CZYM NIE WIEDZĄ RODZICE?

Maja Ruszpel 8

Leczenie, redukcja szkód

30 LAT LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO W POLSCE

Bogusława Bukowska 13

KTO TY JESTEŚ? – CZYLI O SPECYFICE ZAWODU

Joanna Wawerska-Kus 20

Badania, raporty

MOTYWY UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W TRZECH GRUPACH UŻYTKOWNIKÓW: REKREACYJNYCH, ZMARGINALIZOWANYCH I AKTYWNYCH W INTERNECIE

Łukasz Wieczorek, Michał Bujalski, Katarzyna Dąbrowska 26

MŁODZIEŻ A GRY HAZARDOWE I SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Artur Malczewski 33

(NIE)BEZPIECZNA SPRAWA

Magdalena Pachciarek 42

Doniesienia

OSTATNIE KONFERENCJE I SZKOLENIA EKSPERTÓW 48

W prezentowanym badaniu, spośród osób pijących alkohol 19% podało, że pije go obecnie więcej niż przed pandemią. Wynik ten jest zbliżony do danych uzyskanych z badań zagranicznych, przeprowadzonych w tym samym czasie. Wskazują one, iż odsetek osób, które zwiększyły spożycie alkoholu, wynosił od 10,7% we Francji do 34,7% w Niemczech. W pozostałych krajach wynik ten oscylował w granicach 20%. Jednocześnie wszystkie wymienione badania, także polskie, wskazywały, iż większość pijących alkohol badanych nie zmieniła sposobu picia w trakcie pandemii, a część wręcz je zmniejszyła.

UŻYWANIE ALKOHOLU W TRAKCIE PANDEMII COVID-19. DOŚWIADCZENIA POLSKIE

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Trwająca w latach 2020–2022 pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) doczekała się licznych badań dotyczących jej wpływu na funkcjonowanie zdrowotne, społeczne i psychologiczne populacji. Sytuacja związana z wystąpieniem pandemii była bowiem dla ogromnej rzeszy osób sytuacją wysoce stresującą. Wymagała wysiłku przystosowywania się do nieznannej i niepewnej sytuacji oraz konieczności radzenia sobie z wieloma przykrymi emocjami i codziennymi uciążliwościami. Wystąpienie choroby zakaźnej („zarazy”), która rozprzestrzeniła się szybko i „niewidocznie”, zawsze w historii ludzkości budziło i budzi lęk (Ahorsu i in., 2020). Towarzyszą mu niekorzystne zjawiska społeczne, takie jak stygmatyzacja i dyskryminacja chorych, podejrzanych o chorobę, oraz poczucie straty, bezradności i krzywdy. Ludzie, odczuwając wysoko natężony lęk, mają skłonność do nieracjonalnego myślenia i działania, co niejednokrotnie prowadzi do dalszego pogorszenia ich sytuacji życiowej. Wystąpienie tych zjawisk stanowiło ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Od początku pandemii w licznych badaniach w bardzo wielu krajach wykazano jej negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Odnotowano wysoki odsetek zaburzeń depresyjnych, w tym tendencji suicydalnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu oraz zespołu stresu pourazowego.

Wskazują na to systematyczne przeglądy badań i metaanalizy, w których porównywano wyniki badań na bardzo obszernych grupach. Przykładowo:

a) Salari i in. (2020) wskazują średnie rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w 2020 roku na poziomie 31,9% (dane z różnych krajów, na podstawie badań przeprowadzonych na ponad 63 tys. osób), a zaburzeń depresyjnych na 33,7% (dane z badań na łącznej grupie ponad 44 tys. osób).

b) Luo i in. (2020) dokonali analizy badań z udziałem 162 639 uczestników. Łączna częstość występowania lęku i depresji wyniosła odpowiednio 33% (95% przedział ufności: 28–38%) i 28% (23–32%).

c) Nochaiwong i in. (2021) w systematycznym przeglądzie i metaanalizie badań obejmujących 398 771 uczestników wykazali wysoki poziom stresu psychicznego, lęku i depresji, który występował odpowiednio u 50%, 27% i 28% badanych.

d) Badanie przekrojowe opublikowane pod koniec 2021 roku, prowadzone w 17 krajach, wskazuje, że prawie 70% badanych doświadczyło umiarkowanego do bardzo wysokiego poziomu stresu psychicznego. Bycie kobietą, problemy z powodu zmiany zatrudnienia, współwystępowanie chorób psychicznych wiązało się z wyższymi poziomami psychicznego niepokoju (Rahman i in., 2021). Również badania polskie (Talarowska i in., 2020; Chodkiewicz i in., 2021) wskazują na negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne. Badania prowadzone podczas pierwszej fali pandemii wykazały, że ponad

połowa badanych w tym okresie doświadczała wysokiego natężenia stresu i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Około 26% stanowiły osoby, których stan zdrowia psychicznego można uznać za zły. Osoby te doświadczały częściej myśli samobójczych i innych objawów depresyjnych. Z kolei badania prowadzone w trakcie drugiej fali pandemii wskazywały, że 45% osób doświadcza zaburzeń, najczęściej lękowych lub mieszanych, tj. lękowych i depresyjnych. Osoby z wymienionymi zaburzeniami przejawiały bardzo wysoki poziom odczuwanego stresu, lęku przed śmiercią i lęku przed koronawirusem, stosowały bierne i ucieczkowe strategie radzenia sobie, częściej sięgały po alkohol w celu radzenia sobie. Lęk przed śmiercią okazał się ważnym predyktorem depresji, a ów lęk oraz lęk przed wirusem predyktorami zaburzeń lękowych. Ponadto ponad 24% osób zgłaszało występowanie myśli samobójczych (od czasów pandemii).

Wymienione powyżej badania (a także inne z tego obszaru) wskazywały też na osoby najbardziej zagrożone wystąpieniem zaburzeń psychicznych, zwracając uwagę na:

- kobiety (wyższy odsetek zaburzeń w porównaniu z mężczyznami – wszystkie badania),
- osoby w gorszej sytuacji materialnej, bezrobotni,
- młodzi, zwłaszcza z wykształceniem wyższym (osoby do 30 r.ż.),
- osoby z zaburzeniami psychicznymi (próbami samobójczymi) w przeszłości (wszystkie badania),
- personel medyczny (szczególnie kobiety, pielęgniarki, pracownicy pierwszej linii – różne doniesienia, wiele przemawia za wyższym poziomem zaburzeń, np. stres potraumatyczny do 30%),
- poddani kwarantannie, izolacji, ozdrowieńcy i zakażeni,
- chorzy somatycznie (problemy z leczeniem, strach przed zgłoszeniem się do lekarza/szpitala, strach przed rozwojem choroby, brak pomocy, bezczynność),
- rodziny osób, które zmarły.

Dane z piśmiennictwa od lat zgodnie donoszą, iż alkohol oraz inne substancje psychoaktywne stosowane są przez wiele osób do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych, obniżenia odczuwanego stresu, lęku lub depresji. W związku z tym pojawia się uzasadnione pytanie: czy wystąpienie pandemii wraz z jej negatywnymi następstwami jest powiązane ze zmianami używania alkoholu? Pytanie to jest tym bardziej zasad-

ne, iż dane z różnych krajów pokazywały na początku pandemii znaczący wzrost sprzedaży (w tym sprzedaży wysyłkowej) alkoholu w porównaniu z analogicznym okresem sprzed roku. Pośrednio przemawiały za tym również dane wskazujące na wzrost spożycia alkoholu w następstwie innych katastrof, takich jak huragan Katrina, huragan Rita oraz atak na World Trade Center (Jernigan, 2020).

Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na pytanie o używanie alkoholu przez badanych w pierwszym okresie pandemii oraz poznanie czynników powiązanych z tym zjawiskiem, z uwzględnieniem zmiennych socjo-demograficznych i klinicznych. Szczególnie interesujące wydawało się poznanie związków używania alkoholu z poziomem zdrowia psychicznego, stresu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem.

Badania przeprowadzono w dniach 10-22 kwietnia 2020 roku, a więc w czasie pierwszej fali pandemii, gdy od miesiąca obowiązywały związane z nią ograniczenia. Badania, ze względu na sytuację epidemiologiczną, prowadzone były internetowo, a badanych, wyłącznie osoby pełnoletnie, pozyskiwano metodą „kuli śnieżnej”. Przeprowadzono je za pomocą formularza Google, udostępnianego m.in. przez Facebooka. W badaniach wzięły udział 443 osoby – 348 kobiet (78,6%) i 95 mężczyzn (21,4%). Średni wiek badanych wynosił 31,9 roku ($SD=11,31$). Najmłodsza osoba miała lat 18, najstarszy uczestnik 68.

W badaniach zastosowano polskie wersje następujących narzędzi:

1. **Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga** (GHQ-28 – polska adaptacja Makowska, Merecz, 2001). Kwestionariusz zawiera 28 pytań, które tworzą cztery skale (po siedem pytań każda). Pytania dotyczą samopoczucia w ciągu ostatnich kilku tygodni. Metoda mierzy cztery aspekty zdrowia psychicznego: 1) symptomy somatyczne, 2) poziom niepokoju i bezsenność, 3) zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym oraz 4) symptomy depresji. Suma punktów otrzymanych przez badanego we wszystkich skalach stanowi miarę ogólnego stanu zdrowia psychicznego.
2. **Skali Odczuwanego Stresu** (PSS 10) Cohena, Kamarcka i Mermelsteina (adaptacja Juczyński, 2001). Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego mie-

- siąca. Badany, udzielając odpowiedzi, korzysta z 5-stopniowej skali częstotliwości (od 0 do 4), z kategoriami odpowiedzi od „nigdy” do „bardzo często”. Metoda posiada polskie normy stenowe, a wyniki powyżej 20p (7 sten i więcej) uważane są za wysokie.
3. **Kwestionariusza MINI-COPE** Carvera w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Obejmuje 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie (po 2 stwierdzenia w każdej strategii), którymi są: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie. Osoba badana zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia 1 z 4 możliwych odpowiedzi, które są punktowane: „prawie nigdy tak nie postępuję” (0 pkt), „rzadko tak postępuję” (1 pkt), „często tak postępuję” (2 pkt) oraz „prawie zawsze tak postępuję” (3 pkt). Każda z 14 strategii radzenia sobie oceniana jest oddzielnie. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba stosuje daną strategię. Metoda służy do oszacowania radzenia sobie dyspozycyjnego lub sytuacyjnego. W prezentowanych analizach korzystano z drugiej opcji (radzenie sobie w sytuacji pandemii).
 4. **Skali Lęku Przed Śmiercią** Cai i wsp. (2017) w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Goli (2021). Metoda składa się z 17 itemów i bada natężenie lęku przed śmiercią (myśli, emocje, unikanie) występującego w ostatnim miesiącu.
 5. **Skali Specyficznego Radzenia Sobie ze Stressem Epidemii** Poprawy i wsp. (2020, materiał niepublikowany). Metoda została stworzona na potrzeby badań nad stresem w okresie pandemii przez zespół z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Wstępne analizy wskazują na jej zadowalające właściwości psychometryczne, a analiza czynnikowa wyodrębniła trzy czynniki: 1. zabezpieczanie się (zakup środków higienicznych, zakupy, poszukiwanie informacji o pandemii w środkach masowego przekazu), 2. kontynuacja aktywności (pomaganie innym, kontynuacja dotychczasowych aktywności, poszukiwanie nowych), 3. przestrzeganie zasad (przestrzeganie zasad higieny i ochrony antywirusowej, unikanie zachowań, poprzez które można się zarazić).
 6. Do diagnozy możliwości występowania problematycznego używania alkoholu zastosowano opracowany przez Światową Organizację Zdrowia **Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych** (*Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT*) (Babor, de la Fuente, Saunders, Grant, 1992). Test stworzony został jako narzędzie przesiewowe, identyfikujące osoby, których spożywanie alkoholu stało się ryzykowne, szkodliwe bądź wskazuje na uzależnienie. Konstrukcję metody oparto na prowadzonych w wielu krajach badaniach wskazujących, że pewne objawy (np. regularne spożywanie dużych ilości alkoholu, naruszanie pod wpływem alkoholu norm społecznych, doznanie urazów pod wpływem alkoholu) mogą być wczesnymi oznakami problemów z piciem i rozwijającego się uzależnienia. W rezultacie prowadzonych analiz, dążąc do wyodrębnienia objawów, które byłyby wspólne dla różnych krajów i kultur w teście zawarto trzy pytania dotyczące ilości i częstotliwości picia (1-3), trzy pytania dotyczące uzależnienia od alkoholu (4-6) i cztery pytania dotyczące problemów spowodowanych przez alkohol (7-10). Test zawiera więc 10 twierdzeń, a wynik 8-15 pkt wskazuje na prawdopodobne ryzykowne picie, 16-19 na picie szkodliwe, a 20 pkt i więcej na możliwość uzależnienia od alkoholu, co sprawdzono m.in. poprzez porównanie wyników AUDIT uzyskanych w wielu krajach i kulturach oraz z miarami zewnętrznymi, m.in. opiniami specjalistów (Babor i in., 1992).
- Osobom badanym zadano również wiele pytań dotyczących zmiennych socjodemograficznych (m.in. wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci), dotyczących ich zdrowia psychicznego (zaburzenia psychiczne, próby samobójcze, występowanie uzależnienia w rodzinie pochodzenia) oraz powiązanych z pandemią (kwarantanna, aktualne warunki życia). Zadano również pytanie o używanie alkoholu w trakcie pandemii: badani mieli do wyboru 4 możliwe odpowiedzi – (1) używam alkoholu tak jak wcześniej, (2) piję więcej od czasu rozpoczęcia pandemii, (3) piję mniej od czasu rozpoczęcia pandemii oraz (4) nie piję alkoholu.

Wyniki

Używanie alkoholu przez badanych

Analiza wyników uzyskanych w teście AUDIT wskazuje, iż badani osiągnęli wynik średni – $M=5,80$ ($SD=4,05$), co jest wynikiem przeciętnym. Jednocześnie bardziej szczegółowa analiza i porównanie wyników osób badanych z wyszczególnionymi w teście normami wskazuje, **że aż 125 osób (28,22%) osiągnęło wyniki wskazujące na prawdopodobne ryzykowne picie**, 3 osoby (0,7%) na picie szkodliwe i 4 osoby (0,9%) na możliwe uzależnienie. Pozostali (311 osób – 70,20%) utrzymywali abstynencję (27%) lub pili według wzoru niskiego ryzyka.

Pandemia a używanie alkoholu

Z uwagi na cel badania, najistotniejsze wydaje się być porównanie osób, które zgłaszają picie w okresie pandemii takie samo jak wcześniej (grupa 1, $N=182$), którzy piją mniej (grupa 2, $N=77$), piją więcej (grupa 3, $N=61$) i nie piją wcale (grupa 4, $N=123$). Jednocześnie uzyskany przez grupę 3 wynik oznacza, że **prawie 14% osób (13,7%) pije od rozpoczęcia pandemii zwiększone ilości alkoholu. Biorąc jednak pod uwagę tylko osoby pijące, wynik ten wzrasta do 19%**.

Porównania grup dokonano w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych i klinicznych oraz wyników zastosowanych narzędzi. W pierwszym przypadku użyto testu zgodności chi kwadrat (χ^2), a w drugim analizy wariancji (ANOVA).

W przypadku analizy związków zmiennych socjodemograficznych i klinicznych z przynależnością do grup o zróżnicowanym podejściu do picia alkoholu w trakcie pandemii okazało się, że płeć nie różnicuje istotnie przynależności do grup osób o różnym podejściu do alkoholu ($p=0,15$). Spośród osób pozostających w stałych związkach (203 osoby badane), aż 34 osoby (7,74%) deklaruje, że obecnie piją więcej alkoholu, podczas gdy wśród osób samotnych ($N=209$) zjawisko to dotyczy jedynie 21 osób (4,78%). 19 osób spośród pozostających w związkach pije mniej (4,33%), 94 osoby – tyle samo co przed pandemią (21,41%). Przy czym, aż 56 osób samotnych (12,76%) – pije obecnie mniej. Różnice te są istotne statystycznie ($p<0,001$), **co oznacza, że więcej osób pozostających w związku niż samotnych pije obecnie intensywniej niż przed pandemią**. Wyjaśnie-

niem tego zjawiska może być wiek – w badanej grupie osoby samotne najczęściej mają poniżej 25. roku życia. Piją mniej, bo np. przebywają w domach, nie mają kontaktów z rówieśnikami, nie chodzą do pubów i klubów, nie przebywają w akademikach.

Spośród osób posiadających dzieci ($N=301$ badanych) – 39 osób (8,88%) deklaruje, że pije więcej niż przed pandemią, podczas gdy 69 osób (15,72%) – spożywa mniej alkoholu niż wcześniej. W grupie osób nieposiadających dzieci ($N=138$) tylko niespełna 5% badanych pije więcej niż przed pandemią. Różnice te również osiągnęły istotność statystyczną ($p<0,05$). W tym przypadku również jedną z możliwych zmiennych wyjaśniających może być wiek – osoby nieposiadające dzieci są młodsze.

Większość badanych osób stanowiły osoby z wykształceniem wyższym i średnim ($N=427$). Poziom wykształcenia nie różnicował istotnie badanych osób. Spośród osób z wyższym wykształceniem ($N=259$) – więcej alkoholu w ostatnim czasie spożywa 38 badanych (8,66% wszystkich badanych osób), a spośród osób z wykształceniem średnim – 21 osób (4,78% wszystkich badanych). Niedoszacowana jest niestety w badanej próbie grupa osób z najniższym poziomem wykształcenia (podstawowe, gimnazjalne, zawodowe).

Mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców stanowili większość badanych osób ($N=273$). Analizując dane, nieco większy ich odsetek pije w obecnym czasie więcej niż mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, chociaż różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p=0,818$).

Fakt pozostawania w obecnym czasie zatrudnionym w różnych formach nie różnicował badanych osób pod względem ilości spożywanego alkoholu ($p=0,277$). Jednak ponownie – grupa osób pozostających obecnie bez stałej pracy jest dość mała w badanej próbie ($N=24$ osoby). Oceniając sposób codziennego funkcjonowania spowodowany pandemią, różnice między osobami, które nie wychodziły z domu w ogóle lub sporadycznie (zakupy, spacer z psem), a tymi, które pracowały przez cały obecny czas również nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p=0,262$).

Sam fakt przebywania na kwarantannie także nie zwiększał ilości spożywanego alkoholu ($p=0,104$).

134 osoby z badanej grupy (30,52%) leczyło się przed pandemią z powodu zaburzeń psychicznych, z czego 49 osób stosuje obecnie farmakoterapię, a 41 badanych deklaruje stałe korzystanie z psychoterapii. Sam fakt

leczenia z powodu wymienionych chorób nie jest powiązany ze wzrostem/spadkiem ilości spożywanego alkoholu ($p=0,284$).

Aż 47 osób spośród badanych (10,71%) deklaruje obecność **myśli samobójczych**. Osoby te, w porównaniu do osób zaprzeczających takim tendencjom, częściej piją obecnie większe ilości alkoholu niż przed pandemią ($p=0,024$). 50 badanych osób (11,39% z całości grupy) **leczy się z powodu chorób somatycznych**. Osoby te częściej piją obecnie mniej w porównaniu ze zdrowymi ($p=0,006$). Aż 222 osoby badane (50,57%) deklarują, iż w ich rodzinach występowało uzależnienie od alkoholu. Co ciekawe – większy odestek tych osób spożywa obecnie istotnie

mniej alkoholu, niż to jest u badanych pochodzących z rodzin bez problemu alkoholowego ($p=0,04$).

Różnice w obrębie wieku oraz wyników zastosowanych narzędzi psychometrycznych w wyodrębnionych grupach przedstawia tabela 1.

Jak pokazuje tabela, szereg zmiennych różnicuje wyróżnione ze względu na spożywanie alkoholu grupy. Osoby, które deklarują mniejsze spożycie alkoholu, są znacząco młodsze niż pozostali (średnia około 26 lat, pozostali – średnia powyżej 30 lat). Z kolei osoby, które przyznają się do aktualnego większego spożycia, charakteryzują się wyższym średnim wynikiem w skali AUDIT, co oznacza, że jeszcze przed rozpoczęciem pandemii pili

Tabela 1. Porównanie osób z różnymi wzorcami picia w okresie pandemii.

	Grupa 1 N=182		Grupa 2 N=77		Grupa 3 N=61		Grupa 4 N=123		F	post-hoc test
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Wiek	32,39	10,43	26,77	8,92	31,54	11,45	34,61	12,80	8,02	2<1,3,4
Lęk przed śmiercią	36,49	14,33	39,38	14,23	39,51	15,04	35,80	12,22	1,77	-
Radzenie sobie ze stresem epidemii										
Zabezpieczanie się	11,26	2,74	11,44	2,61	11,06	2,83	11,66	2,64	0,86	-
Przestrzeganie zaleceń	10,30	1,68	10,42	1,52	9,98	1,88	10,25	1,90	0,74	-
Aktywność własna	9,02	1,95	8,90	1,95	8,65	1,95	8,96	1,93	0,74	-
Test AUDIT	4,83	3,62	5,70	3,67	7,04	4,85	5,520	4,272	4,77	3>1,4
Skala PSS 10	18,45	6,93	18,77	6,782	20,64	6,463	19,03	6,09	1,65	-
Kwestionariusz MINI COPE										
Aktywne radzenie sobie	3,28	1,68	3,06	1,51	2,79	1,71	3,41	1,70	2,36	-
Planowanie	3,91	1,56	3,47	1,52	3,62	1,59	3,90	1,53	1,93	-
Pozytywne przewartościowanie	3,75	1,74	3,32	1,69	2,97	1,90	3,77	1,67	4,13	3<1,4
Akceptacja	4,76	1,24	4,68	1,13	4,44	1,69	4,65	1,29	0,90	-
Humor	2,50	1,31	2,42	1,22	2,54	1,35	2,00	1,28	4,12	1, 3>4
Zwrot ku religii	1,42	1,79	1,10	1,56	1,03	1,67	2,14	2,13	7,53	4>1,2,3
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,96	1,69	3,44	2,06	4,02	1,73	3,56	1,76	2,49	-
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,40	1,68	3,16	1,90	3,44	1,87	3,17	1,71	0,73	-
Odwracanie uwagi	3,92	1,43	3,84	1,30	3,48	1,58	3,80	1,36	1,51	-
Zaprzeczanie	0,65	1,08	0,78	1,23	0,80	1,34	1,03	1,35	2,43	4>1
Wyładowanie	3,23	1,55	3,21	1,73	3,48	1,51	3,05	1,49	1,03	-
Zażywanie substancji	0,83	1,27	0,27	0,72	2,39	1,79	0,20	0,89	51,59	3>1,2,3; 1>2,4
Zaprzestanie działań	1,33	1,52	1,53	1,60	1,56	1,59	1,48	1,49	0,57	-
Obwinianie siebie	1,56	1,48	1,52	1,44	1,92	1,84	1,52	1,61	1,04	-
Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-28)										
GHQ somatyczne	8,97	4,84	9,55	4,51	9,85	4,69	8,71	4,91	1,03	-
GHQ lęk	8,9	5,91	9,1	6,05	10,4	6,03	8,6	5,53	1,39	-
GHQ zaburzenia funkcjonowania	9,0	4,03	9,4	5,08	11,2	5,20	8,8	4,05	4,55	3>1,2,4
GHQ depresja	4,94	4,79	5,96	5,88	7,03	6,03	4,40	4,78	4,21	3>1,4
GHQ SUMA	31,7	16,2	34,0	18,0	38,5	17,7	30,5	16,3	3,43	3>1,4

1-2; 1-3; 1-4, 2-3, 2-4 – istotne różnice ($p<0,05$) między grupami.

bardziej intensywnie i częściej alkohol niż osoby pijące aktualnie bez zmian i obecnie nie pijące wcale.

W przypadku strategii radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii osoby pijące obecnie więcej istotnie rzadziej potrafią znaleźć pozytywne aspekty sytuacji stresowej (pozytywne przewartościowanie). W świetle analizowanych zmiennych nie dziwią różnice w obrębie zmiennej stosowanie substancji psychoaktywnych. Osoby pijące aktualnie więcej, osiągnęły w obrębie tej strategii wyniki istotnie wyższe ($p < 0,001$) niż pijący podobnie jak wcześniej oraz pijący mniej. Może to oznaczać sytuację, w której osoby te akceptują picie alkoholu jako strategię radzenia sobie ogólnie w trudnych sytuacjach, nie tylko obecnej. Pozostałe różnice nie dotyczyły specyfiki osób pijących więcej, a w większości różnic między abstynentami a pijącymi alkohol – zarówno w sposób podobny do poprzedniego, jak i zmieniony.

Osoby pijące obecnie więcej niż przed pandemią charakteryzują się również istotnie **gorszym stanem zdrowia psychicznego** – gorzej radzą sobie z codziennym funkcjonowaniem, z codziennymi obowiązkami i są mniej zadowolone z wykonywania aktywności oraz charakteryzują się istotnie wyższym poziomem depresji (poczucie beznadziejności życia, własnej bezwartościowości, myśli samobójcze).

Pozostałe zmienne, w tym stosowanie się do zaleceń epidemiologicznych (radzenie sobie ze stresem pandemii), nie różnicowały wyróżnionych grup.

Kończąc analizy, porównano sposób używania alkoholu w grupie osób, które uzyskały bardzo wysokie wyniki w GHQ, przemawiające za możliwością występowania poważnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego ($N=116$, 26,2%). W grupie tej, w porównaniu z osobami z niższymi wynikami, znacząco więcej badanych piło obecnie alkohol intensywniej niż przed terapią ($p=0,003$).

Dyskusja i wnioski

W odniesieniu do picia alkoholu prezentowane badanie wykazało, iż ponad 28% badanych pije w sposób ryzykowny, a prawie taka sama ich liczba utrzymuje abstynencję. Wynik ten (dotyczący picia ryzykownego) jest wyższy niż w badaniach populacyjnych, zarówno polskich, jak i np. amerykańskich (www.parpa.pl; Delker, Brown, Hasin, 2016). Na obecnym etapie trudno stwierdzić, czy odpowiadała za to sytuacja stresowa związana z pandemią, czy też specyfika badanej grupy była właśnie taka.

Warto jednak zauważyć, że AUDIT jest jedyną metodą z zastosowanych w niniejszym badaniu, która pyta osoby badane o ich funkcjonowanie (w tym wypadku picie) w przeciągu ostatniego roku, a nie ostatniego miesiąca, jego wynik powinien być więc względnie niezależny od sytuacji ostatniego czasu.

W prezentowanym badaniu, spośród osób pijących alkohol 19% podało, iż pije go obecnie więcej niż przed pandemią. Wynik ten jest zbliżony do danych uzyskanych z badań zagranicznych, przeprowadzonych w tym samym czasie. Wskazują one, iż odsetek osób, które zwiększyły spożycie alkoholu, wynosił od 10,7% we Francji (Guignard i in., 2021) do 34,7% w Niemczech (Koopmann i in., 2020). W pozostałych krajach wynik ten oscylował w granicach 20%, np. w Belgii było to 26,4% (Schmits, Glowacz, 2021), w Wielkiej Brytanii 17% (Jakob i in., 2021), w Grecji 20,7% (Panagiotidis i in., 2020), a w Australii 25% (Calina i in., 2021). Jednocześnie wszystkie wymienione badania, podobnie jak niniejsze, wskazywały, iż większość pijących alkohol badanych nie zmieniła sposobu picia w trakcie pandemii, a część wręcz je zmniejszyła.

W przedstawianym badaniu w okresie pandemii spożycie alkoholu zmniejszyły osoby młode, niepozostające w związkach i nieposiadające dzieci (te zmienne łączą się ze sobą). Wynik ten można tłumaczyć okresem lockdownu, w którym zamknięte były puby, restauracje i kluby, a młodzież spędzała czas głównie w domach (nauczanie zdalne, zamknięcie akademików). Wydaje się więc, że to właśnie brak tak ważnych dla młodych ludzi kontaktów społecznych i wspólnie spędzanego czasu wpłynął na taki wynik.

Specyfiką okresu pandemii i problemów służby zdrowia można również tłumaczyć zmniejszenie picia alkoholu przez osoby chore somatycznie, które być może obawiając się, że nie otrzymają odpowiedniej pomocy w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia, wołały ograniczyć zachowania potencjalnie ryzykowne.

Grupą najbardziej narażoną na rozwój problemów z używaniem alkoholu, a także innych problemów są osoby, które zgłaszają większe spożycie alkoholu od momentu rozpoczęcia pandemii (niespełna 14% ogółu, 19% spośród pijących). Jak pokazały przeprowadzone analizy, są to osoby, które:

- intensywniej piły alkohol jeszcze przed rozpoczęciem pandemii (wyższy wynik w AUDIT);
- rzadziej obecnie (a być może i w ogóle) stosują strategię radzenia sobie opartą na pozytywnym przewar-

tościowaniu, znajdowaniu potencjalnych korzyści w trudnych sytuacjach;

- akceptują używanie substancji psychoaktywnych w reakcji na sytuacje trudne i stresowe;
- charakteryzują się gorszym stanem zdrowia psychicznego, trudnościami w radzeniu sobie z codziennymi aktywnościami, obniżeniem nastroju, a szczególnie objawami depresyjnymi oraz występowaniem myśli samobójczych.

Osoby spełniające te kryteria wydają się być narażone na rozwój problemów dotyczących używania alkoholu (a także innych dotyczących zdrowia psychicznego), gdyż prawdopodobnie używają one alkoholu do „samoleczenia” problemów psychicznych, a od dawna wiadomo, że takie używanie alkoholu jest wysoce niebezpieczne. Co ważne, pochodzące z różnych krajów, a cytowane powyżej wszystkie badania, również wskazują na stan zdrowia psychicznego, a zwłaszcza poziom depresji jako podstawową cechę wyróżniającą osoby, które zwiększyły spożycie alkoholu w trakcie pandemii. Warto zwrócić też uwagę, iż analizowane także we wprowadzeniu do niniejszego artykułu metaanalizy zwracają uwagę na osoby z gorszym stanem zdrowia psychicznego jako zagrożone jego dalszym pogarszaniem w okresie pandemii.

Bibliografia

Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D., Pakpour, A.H. (2020), „The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J.B., Grant, M. (1992), „AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care”, Genewa: WHO.

Cai, W., Tang, Y.L., Wu, S., Li, H. (2017), „Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation”, *Frontiers in Psychology*. 31;8:858. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00858. eCollection 2017.

Calina, D., Hartung, T., Mardare, I., Mitroi, M., Poulas, K., Tsatsakis, A. et al (2021), „COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections”, *Toxicology Report* 8:529–535. doi: 10.1016/j.toxrep.2021.03.005.

Chodkiewicz, J., Gola, M. (2021), „Fear of COVID-19 and death anxiety: Polish adaptations of scales”, *Advances Psychiatry & Neurology*; 30 (2): 61–72 DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.108471>.

Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Krajewska, E., Bilinski, P. (2021), „Mental Health during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic-Polish Studies”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3423. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073423>.

Delker, E., Brown, Q., Hasin, D.S. (2016), „Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview”, *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 7–15.

Guignard, R., Andler, R., Quatremère, G., Pasquereau, A., du Roscoät, E., Arwidso, P. et al (2021), „Changes in smoking and alcohol con-

sumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France”, *European Journal of Public Health*, 31, 1076–1083, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab054>.

Jacob, L., Smith, L., Armstrong, N.C., Yakkundi, A., Barnett, Y., Butler, L., et al. (2021), „Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults”, *Drug and Alcohol Dependence*, 1;219:108488. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488. Epub 2020 Dec 28.

Jernigan, D.H. (2020), „America is drinking its way through the coronavirus crisis – that means more health woes ahead”, available online: <https://theconversation.com/america-is-drinking-its-way-ugh-the-coronavirus-crisis-that-means-more-health-woes-ahead-135532> [accessed on 26-04-2020].

Juczyński, Z. (2001), „Narzędzia pomiaru w promocji psychologii zdrowia”, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009), „Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem”, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Koopmann, A., Georgiadou, E., Kiefer, F., Hillemecher, T. (2020), „Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown?”, *Alcohol and Alcoholism*, 20;55(6):698–699. doi: 10.1093/alcalc/agaa058. PMID: 32556079; PMCID: PMC7337704.

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., Wang, H. (2020), „The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis”, *Psychiatry Research*, 291:113190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32563745.

Makowska, Z., Merecz, D. (2001), „Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga”, Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C. et al. (2021), „Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis”, *Scientific Reports*, 11(1):10173.

Panagiotidis, P., Rantis, K., Holeva, V., Parlapani, E., Diakogiannis, I. (2020), „Changes in alcohol use habits in the general population, during the COVID-19 lockdown in Greece”, *Alcohol and Alcoholism* 55, 702–704.

Poprawa, R., Rokosz, M., Tabiś, K., Barański, M. (2020), „Skala Specyficznego Radzenia Sobie ze Stresiem Epidemii” (materiał niepublikowany).

Rahman, M.A., Islam, S.M., Tungpunkom, P. et al. COVID-19 (2021), „Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries”, *Global Health* 17, 117.

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M. et al. (2020), „Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis”, *Global Health*, 6;16 (1):57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.

Schmits, E., Glowacz, F. (2021), „Changes in Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Impact of the Lockdown Conditions and Mental Health Factors”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–12. 4 Jan. 2021, doi:10.1007/s11469-020-00432-8.

Talarowska, M., Chodkiewicz, J., Nawrocka, N., Miniszewska, J., Biliński, P. (2020), „Mental health and the SARS-CoV-2 epidemic – Polish research study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (19), 7015.

Prawo mówi o tym, że treści pornograficzne mogą oglądać osoby dorosłe, czyli te, które ukończyły 18 lat. A dzieci nie powinny mieć z nią kontaktu. Ale jest tak tylko w teorii. Kiedy prowadzę zajęcia edukacyjno-profilaktyczne dla rodziców dzieci i nastolatków, pytam, czy dorośli mają świadomość, że w Polsce czasem już 9-letnie dzieci mają pierwszy kontakt z pornografią – słyszę wówczas krępującą, pełną napięcia ciszę. Po chwili pada informacja, że nawet nie wiedzą, jak z dziećmi o tym rozmawiać...

O CZYM NIE WIEDZĄ RODZICE?

Maja Ruszpel

Specjalista terapii uzależnień

Fundacja Inspiratornia

Możliwości ochrony

Kilka lat temu rząd Nowej Zelandii przeprowadził kampanię społeczną „Keep it real online”, poświęconą zagrożeniom związanym ze zbyt wczesnym kontaktem dzieci i młodzieży z filmami pornograficznymi¹. Osoby odpowiadające za jej kreację idealnie wstrzeliły się w potrzeby współczesnych rodziców – spot bowiem został zrobiony w sposób humorystyczny, wręcz absurdalny, co łagodziło zarówno wstyd, jak i lęk dotyczący podjęcia przez opiekunów tego tematu. Na czym polegał ten absurd? Oto do domku jednorodzinnego zawitali niespodziewani i oryginalni goście – para aktorów filmu porno, oczywiście nago. Przyszli powiadomić mamę 11-letniego chłopca, że ten ciągle ogląda to, co oni robią. Ich wizyta miała cel profilaktyczny – przyszli z prośbą, by mama wpłynęła na chłopca, ponieważ, jak mówili, on jest jeszcze za mały, a poza tym przecież to, co oni robią w tych filmach, w żaden sposób nie przekłada się na ich życie seksualne poza planem². Kampania miała miliony odsłon na kanale You Tube oraz tysiące polubień – pisały o niej także wszystkie ważne media na całym świecie.

Inną akcję w tym temacie podjęły kraje anglosaskie, niemieckojęzyczne oraz Chiny, wydając publikacje poświęcone tej problematyce. Jest nią seria książeczek pt. „Good pictures. Bad pictures”, czyli opowieść o mamie i tacie, którzy uczą swoje dziecko, czym jest pornografia, dlaczego jest niebezpieczna i jak dziecko ma sobie radzić, jeśli miało z nią kontakt. Czemu jedna i druga kampania skierowana była do rodziców? Przede wszystkim dlatego, że nie ma sposobu na to, by za pomocą oprogramowania na komputerze i smartfonie skutecznie zablokować wszelkie strony w pornografią. Stąd także na całym

świecie pojawiają się akcje protestacyjne dotyczące tego problemu, jak na przykład kampania #ProtectChildrenNotPorn. Jej autorzy mówią wprost: „Domagamy się weryfikacji wieku, z dowodem tożsamości, na wszystkich stronach zawierających pornografię, aby dzieci na całym świecie mogły być chronione przed zmieniającymi życie konsekwencjami narażenia nieletnich na kontakt z pornografią”. Kampania #ProtectChildrenNotPorn rozpoczęła się w sierpniu 2021 roku od opublikowania petycji skierowanej m.in. do Apple, Twittera i Google’a, w której twórcy apelowali przede wszystkim o to, by wszystkie witryny zawierające treści pornograficzne wymagały od odwiedzających, po pierwsze – zweryfikowania ich wieku za pomocą dowodu tożsamości; po drugie – potwierdzenia tej tożsamości przez inną stronę prowadzoną przez zaufaną firmę (np. banku, w którym osoba pełnoletnia ma konto).

Helen Taylor, wiceprezes Impact w Exodus Cry³, powiedziała wówczas: „Ta kampania skupia się na fakcie, że strony pornograficzne mają zerowe bariery weryfikacji wieku, więc każde pięcio-, sześć- lub siedmioletnie dziecko z dostępem do smartfona... ma dostęp do tego rodzaju hardcorowych treści pornograficznych. Mówimy, że rozwiązaniem są zasady weryfikacji wieku, podobnie jak np. w przypadku zakupu tytoniu – aby go kupić, musisz pokazać dowód tożsamości”⁴.

Wróćmy do książeczki „Good pictures. Bad pictures” – jej autorzy mówią wprost: aby zachować bezpieczeństwo w erze cyfrowej, dzieci muszą zainstalować wewnętrzny filtr we własnym mózgu. I pokazują im, jak to zrobić. Bo niestety, wiele małych dzieci jest narażonych na kontakt z pornografią bez świadomości, że może to wpływać na ich rozwijającą się psychikę.

Żeby pokazać powagę problemu, warto odpowiedzieć na pytanie: z jakimi treściami mogą się spotkać na takich stronach? Jak mówią autorzy kampanii #ProtectChildrenNotPorn, jedno z badań⁵ wykazało, że 45% scen na Pornhub zawierało co najmniej jeden akt agresji fizycznej, podczas gdy 35% scen z Xvideos zawierało agresję. Klapsy, knebłowanie, poklepywanie, ciągnięcie za włosy i dławienie to pięć najczęstszych form agresji fizycznej. Kobiety były celem agresji w 97% scen, a ich reakcja na agresję była neutralna lub pozytywna, a rzadko negatywna. Ale przecież to nie wszystko. Jest też seks grupowy, BDSM i wiele, wiele innych.

Wczesny kontakt

Jak już wspomniałam, badania mówią, że pierwszy kontakt dziecka w Polsce z pornografią ma miejsce wówczas, gdy kończy ono 8-9 lat. Najczęściej wówczas, gdy dostaje w prezencie swój pierwszy smartfon, ze swobodnym dostępem do internetu.

W podsumowaniu raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę⁶ na temat pornografii dziecięcej znajdziemy m.in. informacje dotyczące poszczególnych podziałów wiekowych:

Dzieci w wieku 11–14 lat

- Na pornografię przypadkiem trafiają przede wszystkim młodsze dzieci, w wieku 11–12 lat – 69%, one też istotnie rzadziej niż inne grupy wiekowe szukają takich treści (18%).
- Niemal dwie trzecie dzieci w wieku 11–12 lat (61%) i 43% w wieku 13–14 lat, które zetknęły się z pornografią, było tym zaniepokojone. Spośród nich 32% z kimś o tym rozmawiało, istotnie częściej niż inne grupy wiekowe 11–12-latkowie rozmawiali o tym z mamą (39%).
- Rodzice co czwartego dziecka w wieku 11–14 lat (24%) nie wprowadzili żadnych zasad korzystania z internetu, natomiast co trzecie dziecko (34%) obowiązuje zasada, że nie może wchodzić na strony dla dorosłych.

Młodzież w wieku 15–18 lat

- Kontakt z materiałami pornograficznymi i seksualizującymi miało 55% 15–16-latków i 63% 17–18-latków.
- Najstarsi respondenci (17–18 lat) istotnie częściej niż inne grupy wiekowe mają kontakt z pornografią w internecie (94%).

- Celowo materiałów pornograficznych szuka najczęściej starsza młodzież (17–18 lat – 40%).
- Rodzice 66% młodych ludzi w wieku 15–18 lat nie wprowadzili żadnych zasad korzystania z internetu, a zakaz wchodzenia na strony dla dorosłych obowiązywał jedynie 9% młodzieży.

Ale, jak już wiemy, jest to problem nie tylko polski. Przykładowo, w Szwecji wykazano, że 70% uczniów szkół średnich, którzy często oglądali pornografię, w tym przemoc i wykorzystywanie seksualne dzieci i zwierząt, zgłosiło, że pornografia sprawiła, że chcieli wypróbować to, co widzieli, w realu.

Szukanie przyczyn

Żeby dobrze zrozumieć zjawisko pornografii i związane z nim ryzyka oraz jego podłoże, zastanówmy się, po co dzieci i nastolatki wchodzi na te strony i jaka towarzyszy temu motywacja.

Przed wszystkim wchodzi tam przypadkowo, szukając czegoś w internecie. Część z nich robi to także za namową kolegów, jeszcze inni szukają niejako na własną rękę edukacji seksualnej, ponieważ ani w domu, ani w szkole nikt z nimi o seksualności nie rozmawia. A jaki wpływ może to mieć na młodego człowieka? Tego jeszcze w pełni nie wiemy. Ale musimy stawiać hipotezy i przewidywać konsekwencje, bo jak mówi prof. Mateusz Gola: „Trudno jest je jednoznacznie sformułować, ale podejrzewam, że tak wczesne korzystanie z pornografii sprawi: po pierwsze, że układ nagrody w mózgu tych dzieci w przyszłości będzie się habituował na bodźce erotyczne – czyli z czasem te dzieci będą potrzebowały coraz silniejszych bodźców i doświadczeń. Po drugie, wydaje mi się, że będzie to mieć wpływ na naturalny proces uczenia się: doświadczenie oglądania pornografii jest przecież doświadczeniem bardzo pobudzającym. A tu pobudzenie seksualne wynika tylko z bodźca wzrokowego – patrzę na ekran, widzę atrakcyjny seksualnie obraz, on mnie pobudza seksualnie, ale jednocześnie nie doświadczam innych bodźców: dotyku, zapachu, czułości, emocji. Tego nie ma. W związku z tym ta seksualność dzieciaków wychowanych na pornografii może się kształtować wokół warstwy wizualnej. Uczą się one doświadczenia seksualnego opartego tylko na tym wąskim aspekcie. Na pewno może mieć to także wpływ na formę zachowań seksualnych – na to, jak w przyszłości będą wyglądały

relacje seksualne. Niektóre z tych zmian pokazują bardzo ciekawe badania australijskie z 2016 roku, w których przeprowadzono wywiady z nastolatkami właśnie na ten temat. Pojawiają się w nich choćby korelacje pokazujące, że im więcej pornografii ktoś ogląda, tym mniej atrakcyjnie się czuje potem ze swoim ciałem (...). Dziewczyny, które oglądają więcej porno, mają większą otwartość na wiele różnorodnych form seksu, na przykład seks analny. Z wywiadów wynika też, że wiele dzieciaków nie ma już problemu z podejmowaniem przypadkowej aktywności seksualnej typu: uprawianie na imprezie – z osobą nieznaną – seksu oralnego. Zatem widzimy, że ta seksualność odrywa się coraz bardziej od aspektu budowania relacji”⁷.

Dodatkowo z badań, które do tej pory zostały przeprowadzone, wiemy, że obrazy oglądane na stronach pornograficznych silnie działają na dzieci i nastolatki i że oglądając je, dzieci się masturbują. Jeśli stanie się to nawykiem, może przerodzić się z czasem w kompulsywne zachowania seksualne, gdzie młody człowiek już nawykowo będzie regulował sobie trudne emocje za pomocą oglądania porno i masturbacji. Polskie programy profilaktyczne znajdujące się w Bazie Programów Rekomendowanych nie obejmują wspomnianych tematów. Tymczasem istnieje potrzeba, by zająć się tymi obszarami – zarówno planując działania adresowane do małych dzieci, jak i nastolatków czy młodych dorosłych. Oczywiście kwestią jest bowiem, że innego języka i innych informacji będziemy udzielać dziecku, która ma lat 9, które jest przed pierwszym kontaktem z pornografią, a zupełnie innego temu, które ma lat 15. Co do tej starszej grupy wiekowej – jak trudne jest to zadanie, ilustruje jeden z dowcipów: ojciec mówi do syna: „Czas byśmy porozmawiali o seksie”, na co syn odpowiada: „Okej tato, czego byś chciał się nauczyć i dowiedzieć?”.

By nie zostawić czytelników i czytelniczek z informacją o tym, że jest problem, ale na razie brak rozwiązań, dodam, że w Polsce jedną z organizacji, która czynnie podejmuje dialog na ten temat jest Stowarzyszenie Twoja Sprawa (STS), które powstało w 2008 roku, aby chronić przestrzeń publiczną przed wulgarnością, obscenicznością, seksualizacją i uprzedmiotowieniem kobiet oraz szeroko rozumia-

nymi naruszeniami dobrych obyczajów w reklamie i mediach. Od 2013 roku w centrum ich zainteresowań znalazło się zagrożenie dzieci przez pornografią. Na stronie www.opornografii.pl można więc znaleźć informacje o tym, jak rozmawiać z dziećmi na ten temat oraz o czym warto wiedzieć, przygotowując się do rozmowy z dzieckiem lub nastolatkiem.

Hazard a niepełnoletni

W Polsce istnieje ustawowy zakaz sprzedaży gier hazardowych osobom, które nie ukończyły 18. roku życia. Podobnie jest z kwestią korzystania z gier hazardowych opublikowanych na stronach nieposiadających zgody polskiego ustawodawcy na jego prowadzenie.

Jeden i drugi zapis niestety w praktyce nie działa. Po pierwsze, dlatego, że na nielegalne strony z hazardem online może wejść każdy, kto jedynie potwierdzi, że jest pełnoletni. Po drugie – choć w roku 2016 ustawa o grach hazardowych wprowadziła nowelizację obojętne blokowanie takich nielegalnych stron przez operatorów sprzedających usługi internetowe, to de facto nic i nikogo nie chroni przed tym zagrożeniem. Jeśli bowiem spojrzymy na Rejestr Domen Służących do Oferowania Gier Hazardowych Niezgodnie z Ustawą, zobaczymy, po pierwsze – że znajduje się tam ponad 26 400 zablokowanych adresów; po drugie zaś – że są proste sposoby, za pomocą których nielegalni operatorzy obchodzą polskie prawo. Należy do nich choćby nieznaczne zmienianie nazwy strony z www.casino1.com na np. www.casino2.com. Zatem jest to przysłowiowa zabawa w kotka i myszkę, ponieważ zablokowana strona za chwilę ma swojego klona.

Tymczasem, jak wiemy z badań zarówno brytyjskich, jak i polskich – hazard online łatwiej, szybciej i silniej uzależnia. Według badania⁸ Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego „e-Games. Gry komputerowe i P2W, dane empiryczne, analiza rynku uzależnienia, profile graczy. Badania wielonarodowe”, zrealizowanego pod kierunkiem dr B. Lelonek-Kulety blisko 27% osób grających online wykazywało objawy problemowego grania. A jak pisze dr Magdalena Rowicka, „Griffiths i Barnes (2008) przeanalizowali podobieństwa i różnice pomiędzy graczami internetowymi i konwencjonalnymi (czyli grającymi w sposób tradycyjny

– poza internetem) i wykazali, że gracze problemowi dużo częściej grają w internecie (77%). Badacze sugerują, że odpowiedzialne są za to charakterystyki internetu, tj. wygoda, dostęp (24 godziny na dobę), ciągle wzmocnienia i natychmiastowa sposobność do odegrania się⁹.

Co to ma wspólnego z dziećmi? To, że w internecie bez problemu natkną się one na reklamy wirtualnych kasyn i z ciekawości... mogą zacząć z nich korzystać. Przestrzegali przed tym jeszcze w 2018 roku badacze Fundacji CBOS – w badaniu pt. „Nastolatki w sieci hazardu – pogłębiona analiza zjawiska hazardu online”.

Jak się okazuje, osoba niepełnoletnia zwykle natyka się na kasyno online przypadkiem, np. na portalach społecznościowych. A sama przygoda z hazardem zaczyna się najczęściej od tzw. wersji demo i – jak dowodzą wspomniane badania – przynajmniej dla części nastolatków gra w darmowe gry w wirtualnym kasynie stanowi naturalny wstęp do gry za pieniądze. Co więcej, szereg stron kasyn online swoją grafiką nie przypomina obrazów znanych nam kasyn z filmów sensacyjnych czy obrazów widzianych przy okazji wizyt w kasynie. Nie znajdziemy więc zdjęć lub symboli automatów do gry tzw. jednorękić bandytów czy choćby ruletki albo pokera. Nie pojawi się nic charakterystycznego, co jednoznacznie wskazywałoby na gry hazardowe. A przede wszystkim, że jest to strona dla dorosłych. I nic nie ostrzeże dziecka o tym, że ta strona nie jest dla niego.

By wejść na taką stronę, wystarczy wpisać do wyszukiwarki hasło „kasyno online”. Wyników jest setki, ale już w pierwszej dwudziestce znajdziemy na przykład kasyno o nazwie Cookie. Grafika tej strony jest grafiką, jaką znamy raczej z kreskówek dla dzieci – na ekranie pojawiają się narysowane symbole słodczy. Kolory, uśmiechnięte buźki ciasteczek – pierniczków, babeczek, tortu – przypominają swoją różnorodnością i barwnością bajkę dla dzieci. Inne kasyno, o nazwie Malina, jeszcze dwa lata temu swoją grafikę adresowało także do dzieci, ale już starszych – raczej chłopców, nastolatków: na ekranie widniał bowiem narysowany kowboj, reszta ilustracji także przypominała komiks ilustrujący przygody na Dzikim Zachodzie.

W przypadku obu adresów wystarczyło tylko – by grać – nadać sobie login i hasło oraz zarejestrować

kartę kredytową. Podczas rejestracji nie pojawiają się żadne informacje na temat profilaktyki czy zakazu grania przez osoby niepełnoletnie, nie ma żadnych ograniczeń dotyczących gry, a operator nie wymaga weryfikacji wieku.

Powody grania

Co wiemy o graniu w hazard online przez osoby niepełnoletnie? Znowu warto odnieść się do wspomnianych badań Fundacji CBOS. Jak piszą badacze: „Wiekem podwyższonego ryzyka, jeśli chodzi o hazard w internecie, jest 16 lat; symptomy zainteresowania wirtualnymi kasynami pojawiają się jednak znacznie wcześniej, już około 13.–14. roku życia. Zainteresowanie grami darmowymi wzrasta stopniowo wraz z wiekiem, natomiast w przypadku gier za pieniądze ma charakter skokowy – »wybuch« niejako wśród 16-latków, osiągając wówczas swoje apogeum¹⁰”.

Jednocześnie dane z badania wskazują na obniżanie się wieku „inicjacji hazardowej”: inicjacja hazardowa obecnych nastolatków grających w kasynach internetowych jest wczesna – prawie co piąty spośród nich przeżył to doświadczenie nie później niż jako 10-latek. Dlaczego grają? Z bardzo wielu powodów. Oczywiście jest nim chęć zdobycia pieniędzy, ale nie tylko. Oddajmy głos samym zainteresowanym:

- *interesowała mnie gra, bo moje ziomki w to grały i spodobało mi się to – zacząłem grać z przyjaciółmi – oni mnie do tego zachęcili,*
- *bo to są najpopularniejsze wirtualne kasyna wśród moich znajomych i od nich zacząłem i gram w nich z przyzwyczajenia,*
- *nudziłem się, to stwierdziłem, że poszukam sobie jakiegoś zajęcia,*
- *byłem chory w domu i szukałem w internecie jakiejś rozrywki, zobaczyłem stronę – kolega powiedział, że to fajne i nie trzeba mieć 18 lat.*

Oferta wirtualnych kasyn internetowych dostępnych dla nastolatków wydaje się bardzo duża: w odpowiedzi na pytanie o kasyno, w którym zazwyczaj grają w darmowe gry, respondenci wymienili ponad 40 nazw portali internetowych poświęconych grom o charakterze hazardowym.

Jak sobie z tym radzić?

Niestety, nie ma na to dobrej recepty. Dlatego tak ważna jest edukacja społeczna – przede wszystkim uświadamianie opiekunów osób niepełnoletnich: rodziców, nauczycieli i pedagogów. Wczesny kontakt z hazardem może bowiem wyrabiać niezdrowe nawyki i jest czynnikiem ryzyka uzależnienia się od hazardu w życiu dorosłym. Jeśli zaś będzie to gra, w której udział będzie odpłatny – może też dojść ryzyko dużych strat finansowych (wystarczy przecież, że dziecko użyje karty kredytowej zapisanej w laptopie rodzica). Kolejną kwestią są mechanizmy znane z gier hazardowych wykorzystywane w grach komputerowych off i online. Mowa o lootboxach, czyli skrzyniach z niespodzianką, zawierających losowe, wirtualne przedmioty. W zależności od producenta i jego koncepcji lootbox można otrzymać za postęp w grze lub kupując go za wirtualne (zdobywane w grze) lub realne pieniądze za pomocą mikropłatności. Do czego można przyrównać ten mechanizm działania i oddziaływania na psychikę? Najbliżej tego zjawiska są automaty tzw. jednoręcy bandyci – w grze komputerowej mamy przecież do czynienia z bodźcami dźwiękowymi, zmianą obrazów, barw, intensyfikacją. Lootbox nie pojawia się, ot tak – pojawia się zazwyczaj w silnie emocjonującym momencie gry, wtedy, kiedy coś od zakupu lootboxa może zależeć: otrzymamy na przykład ekstra zbroję, dodatkowy miecz albo możliwość przejścia szybciej danego etapu gry. Problem w tym, że także możemy tego wszystkiego... nie otrzymać, ponieważ lootboxy działają w sposób losowy.

Problem połączenia elementów gry komputerowej z elementami hazardu jest tematem zainteresowań wielu badaczy. W Polsce zajęli się nim między innymi dr Łukasz Wieczorek i dr Katarzyna Dąbrowska z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w swoim badaniu pt. „Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń hazardowych wśród graczy w gry komputerowe online i offline (w tym gry typu Pay2Win)”. Na zakończenie więc posłużę się ich rekomendacją na przyszłość: „Należy opracować strategię profilaktyczną podnoszącą świadomość, informującą i edukującą na temat hazardu i zaburzeń hazardowych oraz związków z graniem w gry wideo. Strategia powinna uwzględniać objawy występowania zaburzeń hazardowych oraz wynikające z grania w gry wideo. (...) Operatorzy gier muszą położyć większy nacisk na odpowiedzialność społeczną

za strategię marketingowe, których celem jest sprzedaż gier oraz zachęty do zakupów w grze. W przypadku gier społecznościowych należy wprowadzić bardziej rygorystyczne środki weryfikacji wieku, szczególnie tam, gdzie młodzież ma dostęp do gier zawierających elementy hazardu, nawet jeśli te gry wykorzystują jedynie wirtualną walutę. Rodzice muszą również wziąć na siebie odpowiedzialność za umożliwienie dzieciom grania w gry społecznościowe lub instalowania gier na telefon. Rodzice powinni nadzorować wszystkie aplikacje instalowane na telefonach dzieci, nie udostępniać haseł do sklepów internetowych, usuwać zachowane w historii telefonu numery kart kredytowych i debetowych oraz rozmawiać z dziećmi o zakupach dodatków w grach”¹¹.

Jest to ważne także z uwagi na fakt, że z deklaracji badanych, które analizował we wspomnianych badaniach CBOS, wynika, że zdecydowana większość (68,0%) rodziców nastoletnich graczy nie ma świadomości, że ich dzieci grają za prawdziwe pieniądze w wirtualnych kasynach. Jeżeli o fakcie tym wie jedno z rodziców, to jest to częściej ojciec (8,0%) niż matka (5,3%).

Problem z nielegalnym hazardem ma cały świat. Nikt jeszcze nie znalazł skutecznego sposobu zlikwidowania stron, które działają poza prawem. Większość państw jest tym żywo zainteresowana, ponieważ dla nich jest to również problem finansowy – podatki od hazardu są bowiem odprowadzane nie w Polsce, ale na Malcie czy Cyprze.

Przypisy

- ¹ <https://www.keepitrealonline.govt.nz/>
- ² <https://www.youtube.com/watch?v=f29mh5ntlw4>
- ³ Amerykańska organizacja pozarządowa działająca na rzecz zniesienia legalnego komercyjnego przemysłu erotycznego, w tym pornografii, klubów ze striptizem i usług seksualnych, a także nielegalnego handlu seksem.
- ⁴ <https://www.empirestatetribune.com/est/5/13/2022/train-ride-to-nowhere-facing-homelessness-in-nyc-after-aging-out-of-the-foster-care-system-pa8nf>
- ⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32661813/>
- ⁶ <https://fdps.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2017/kontakt-dzieci-i-mlodziezy-z-pornografia-2017.html>
- ⁷ <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/seksoholizm/to-nie-je-st-kwestia-przyjemnosci/>
- ⁸ https://kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=9904730
- ⁹ M. Rowicka, „Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka”, Fundacja Preaesterno, Warszawa 2015.
- ¹⁰ „Nastolatki w sieci hazardu – pogłębiona analiza zjawiska hazardu online z perspektywy grających nastolatków jako grupy szczególnie narażonej na zagrożenia będące jego skutkiem”, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2017.
- ¹¹ „Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń hazardowych wśród graczy w gry komputerowe online i offline” – Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2020.

Polska była pierwszym krajem Europy Środkowo-Wschodniej, który wprowadził do praktyki klinicznej leczenie substytucyjne, przede wszystkim w związku z szybkim rozpowszechnieniem zakażeń HIV. Według danych PZH w 1991 roku osoby uzależnione od opiatów stanowiły 74,1% wszystkich osób zakażonych HIV. W 1992 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii uruchomiono pierwszy, eksperymentalny program leczenia substytucyjnego.

30 LAT LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO W POLSCE

*Bogusława Bukowska
Zastępca Dyrektora
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom*

Wprowadzenie

Systematyczne badania nad możliwością wykorzystania metadonu w terapii osób uzależnionych od opioidów zostały zapoczątkowane przez Vincenta Dole'a i Marie Nyswander z Instytutu Rockefellera w Nowym Jorku już w latach 60. ubiegłego stulecia (Kreek, 1973). Stwierdzili oni, że po ustabilizowaniu dawki, metadon nie wywołuje efektu euforii i sedacji oraz nie upośledza funkcji poznawczych. W przypadku długotrwałego stosowania, metadon charakteryzuje się długim biologicznym okresem półtrwania, utrzymującym się powyżej 24 godzin. W terapii podtrzymującej poziom metadonu pozostaje względnie stały dzięki kontrolowanemu uwalnianiu do krwi z komórek wątroby. Mechanizm utrzymywania stałego poziomu leku we krwi powoduje, że receptory, z którymi wiąże się metadon, pozostają stale wysyczone, a pacjent może normalnie funkcjonować (Dole, 1988). Metadon uwalnia także od poczucia „głodu” substancji i eliminuje objawy zespołu abstynencyjnego, co ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu nawrotom choroby i utrzymywaniu abstynencji od innych, niezleconych w terapii opioidów. Pacjenci z ustabilizowaną dawką leku mogą pozostawać na tej samej dawce przez wiele lat (Krantz & Mehler, 2004).

Początki leczenia substytucyjnego w Polsce

Polska była pierwszym krajem Europy Środkowo-Wschodniej, który wprowadził do praktyki klinicznej leczenie substytucyjne, przede wszystkim w związku z szybkim rozpowszechnieniem zakażeń HIV. We-

dług danych PZH w 1991 roku osoby uzależnione od opiatów stanowiły 74,1% wszystkich osób zakażonych HIV (Szata, 1993). Najpopularniejszym opiatem był tzw. kompot (wyciąg ze słomy makowej, produkowany domowym sposobem), stosowany dożylnie. W 1992 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) uruchomiono pierwszy, eksperymentalny program leczenia substytucyjnego. Lekarkami, które od początku były zaangażowane w uruchomienie tego programu była dr Celina Godwod-Sikorska i jej współpracownik Janusz Sierosławski, dr Karina Steinbarth-Chmielewska oraz dr Helena Furga-Baran. Program miał charakter projektu naukowo-badawczego, który zaplanowany był na pół roku: od czerwca 1992 do grudnia 1992 roku. W tym czasie program był finansowany przez Fundację Nauki Polskiej. Pod koniec 1992 roku zapadła decyzja o kontynuowaniu programu przez kolejny rok. Finansowanie na kontynuację zapewniło Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (Godwod-Sikorska, 1994).

W zachodniej Europie pierwsze programy leczenia substytucyjnego powstały w latach 60. i 70. Do prekursorów należała m.in. Szwecja, Niderlandy, Wielka Brytania, Dania, Włochy. Znacznie później, bo w 1987 roku, terapia substytucyjna została zainicjowana w Niemczech i w Austrii. Lata 90. XX wieku to czas, w którym leczenie substytucyjne weszło do praktyki klinicznej w Chorwacji (1991 rok). W Grecji, Norwegii, Francji, Czechach i na Węgrzech leczenie substytucyjne wprowadzono później niż w Polsce, bo w drugiej połowie lat 90.

We wszystkich wymienionych krajach, wpływ na podjęcie decyzji o udostępnieniu terapii substytu-

cyjnej miały niepokojące doniesienia o wysokim rozpowszechnieniu używania opioidów, znaczna liczba osób od nich uzależniona, ale przede wszystkim narastająca od lat 80. XX wieku epidemia HIV/AIDS.

Spory i dyskusje wokół leczenia substytucyjnego

Przygotowania do uruchomienia programu leczenia substytucyjnego w IPiN i pierwsze miesiące jego realizacji wiązały się z ogromnymi emocjami. Przede wszystkim projekt budził liczne kontrowersje w środowisku lekarzy psychiatrów, terapeutów uzależnień i wielu innych specjalistów zajmujących się osobami uzależnionymi. Przeciwnicy zarzucali leczeniu substytucyjnemu, że nie prowadzi do pełnej i trwałej abstynencji od opioidów i podtrzymuje uzależnienie. Oceniali leczenie substytucyjne jako etycznie wątpliwe. Zadawali pytanie, czy można kierować do terapii substytucyjnej „na rzecz utrzymania pacjenta w sytuacji mniejszego zła” (Karaczyńska & Sękiewicz, 1994). Szukając odpowiedzi na to pytanie, konstatawali, że nie można, bo kierując pacjenta do terapii substytucyjnej, dajemy mu co najwyżej szansę na „godne umieranie” (Karaczyńska & Sękiewicz, 1994). Z kolei zwolennicy leczenia substytucyjnego zwracali uwagę, że nieetyczne jest narażanie osób uzależnionych od opiatów na zakażenie wieloma chorobami i ryzyko przedwczesnego zgonu w sytuacji, gdy znane są metody terapii minimalizujące te ryzyka (Habrat i in., 1995), (WHO, 2004). Zwracano uwagę, że pacjenci uzależnieni od „kompotu” bardzo często przerywali leczenie w tradycyjnych ośrodkach terapii uzależnień i szybko wracali do destrukcyjnego, zagrażającego ich życiu nałogu.

Ta dychotomia w postrzeganiu i ocenie terapii substytucyjnej prowadziła do gorących sporów i dyskusji podczas konferencji czy na łamach prasy i czasopism naukowych, polaryzując środowisko. Po 30 latach prowadzenia leczenia substytucyjnego w Polsce intensywność tych sporów jest mniejsza, a niegdyś przeciwnicy tej metody leczenia stali się często jej orędownikami. Dysponujemy obecnie bardzo wieloma wynikami badań naukowych, które jednoznacznie wskazują na korzyści i efekty leczenia substytucyjnego. Jednak nadal zbyt optymistycznym byłoby stwierdzenie, że leczenie substytucyjne

uzyskało pełną akceptację wszystkich potencjalnych interesariuszy.

Leczenie substytucyjne z perspektywy personelu medycznego i pacjentów

W pamięci dr K. Steinbarth-Chmielewskiej i dr H. Furgii-Baran pierwsze tygodnie i miesiące programu leczenia substytucyjnego to przede wszystkim wielka satysfakcja, że po latach bezradnego przyglądania się wielokrotnym powrotom pacjentów uzależnionych od „kompotu” na oddział detoksykacyjny mogą obserwować, jak ich funkcjonowanie ulega systematycznej poprawie. Wielu z nich zrezygnowało z kradzieży i dealowania. Podejmowali bardziej systematyczną pracę, powracali do pełnienia ról społecznych, bardziej dbali o swoje zdrowie, prawie nie zakażali się HIV i innymi chorobami, jak HCV czy gruźlica. A przede wszystkim nie umierali z powodu przedawkowania. Personel medyczny opiekujący się pacjentami pierwszego programu substytucyjnego poczuł, że ta terapia przynosi efekty, których nigdy do tej pory nie udało się osiągnąć w tradycyjnych modelach terapii i po detoksykacji wobec tak dużej liczby pacjentów.

Z perspektywy pacjentów udział w programie był nobilitacją, wiedzieli, że na ich oczach dokonuje się wielka zmiana w dostępnych metodach terapii. Na pytanie, czy nie bali się poddać działaniu leku, który nie był stosowany do tej pory w Polsce, ci z którymi mogłam porozmawiać, odpowiadali, że nie. Słyszeli, że taka forma leczenia stosowana jest w innych krajach, np. w Holandii. Wiedzieli, że znosi głód narkotyku i umożliwia uwolnienie się od obsesyjnej myśli przyjęcia kolejnej dawki „kompotu”. U wielu z nich pojawił się promyk nadziei, że mogą mieć swoje życie pod większą kontrolą. Pacjenci, z którymi rozmawiałam, mówili też o wielkim lęku i niezadowoleniu, gdy po czterech miesiącach leczenia substytucyjnego lekarze zaczęli im stopniowo zmniejszać dawki metadonu, co było zgodne z pierwotnym założeniem, że program będzie trwał tylko pół roku. Zarówno lekarze, pacjenci i ich rodziny rozpoczęli walkę o przedłużenie programu. Zwrócono się do ówczesnego ministra zdrowia i opieki społecznej o przeznaczenie środków finansowych na kontynuowanie programu leczenia substytucyjnego. Lekarze odwoływali się do spektakularnych efektów,

które uzyskano w czasie kilkumiesięcznej terapii metadonem i argumentowali, że leczenie, które jest skuteczne, zgodnie z podstawową zasadą w naukach medycznych, powinno być kontynuowane. Ostatecznie MZiOS podjęło decyzje o przeznaczeniu dodatkowych funduszy i tak program został przedłużony, a pacjenci, ich rodziny i personel odetchnęli z ulgą.

Założenia pierwszego programu leczenia metadonem

Do pierwszego programu leczenia substytucyjnego byli kwalifikowani pacjenci, którzy spełniali bardzo wygórowane kryteria:

1. byli mieszkańcami Warszawy lub bliskich okolic,
2. w wieku od 25 do 40 lat,
3. uzależnieni od opiatów co najmniej 5 lat,
4. wielokrotnie i bezskutecznie podejmujący leczenie (detoksykacja, rehabilitacja ukierunkowana na abstynencję) bez efektów,
5. bez zaburzeń psychiatrycznych,
6. bez zaburzeń psychoorganicznych,
7. wyrazili zgodę na leczenie z zastosowaniem metadonu.

Do programu nie były przyjmowane kobiety w ciąży i osoby ze znacznymi zaburzeniami adaptacyjnymi oraz z tendencją do zachowań agresywnych (Godwod-Sikorska, 1994).

Od 1992 do 1997 roku leczenie substytucyjne prowadzone było na podstawie zezwolenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Jego losy nie były pewne aż do 1997 roku, kiedy to w Ustawie z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 15 ust. 1 stwierdzano, że „osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego”. 6 września 1999 roku po raz pierwszy minister zdrowia i opieki społecznej wydał rozporządzenie w sprawie leczenia substytucyjnego.

Co dziś wiemy o skuteczności leczenia substytucyjnego?

Ograniczenie zakażeń HIV

Podtrzymujące leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów odznacza się dużą skutecznością w zakresie minimalizowania ryzyka zakażenia HIV

w przypadku osób niezakażonych. Osoby uczestniczące w terapii substytucyjnej co najmniej trzy miesiące i przyjmujące odpowiednio wysoką dawkę środka substytucyjnego zmniejszają liczbę iniekcji oraz rzadziej dzielą się sprzętem do iniekcji (Chmielewska i in., 1998), (WHO, 2003). Oszacowano, że udział w terapii substytucyjnej jest związany średnio z 54-procentową redukcją ryzyka zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników opioidów (MacArthur i in., 2012). Ponadto z badań wynika, że uczestnictwo w podtrzymującej terapii substytucyjnej iniekcyjnych użytkowników narkotyków już zakażonych HIV poprawia adherencję i wirologiczną odpowiedź na terapię antyretrowirusową, co może redukować ryzyko dalszej transmisji wirusa na populację użytkowników narkotyków i pozostałą część populacji (MacArthur i in., 2012). Wyniki niektórych badań sugerują, że połączenie podtrzymującego leczenia substytucyjnego z programem wymiany igieł i strzykawek może jeszcze w większym stopniu przyczynić się do ograniczenia ryzyka transmisji zakażenia HIV (Degenhardt i in., 2010).

Udział w podtrzymującej terapii substytucyjnej wpływa także na ograniczenie zachowań seksualnych wysokiego ryzyka, takich jak duża liczba partnerów seksualnych i sprzedawanie usług seksualnych za pieniądze, co z kolei przekłada się na ograniczenie ryzyka zakażenia HIV.

Ograniczenie zakażeń HCV i innych chorób zakaźnych

Terapia substytucyjna w istotny sposób przyczynia się do ograniczenia ryzyka zakażenia HCV, HBV oraz gruźlicy. Podobnie jak w przypadku ograniczenia zakażeń HIV, kluczowe znaczenie ma ograniczenie liczby przyjęć nielegalnych opioidów i zmniejszenie zachowań ryzykownych związanych z dzieleniem się sprzętem do iniekcji w trakcie leczenia substytucyjnego (Baran-Furga, 2001), (UNODC, 2015). Udział w terapii substytucyjnej ogranicza także ryzyko zakażenia żółtaczką typu B. W badaniach przeprowadzonych w programie leczenia substytucyjnego IPiN w Warszawie, wśród pacjentów uczestniczących rok w terapii substytucyjnej nie stwierdzono nowych przypadków zakażenia HBV (Baran-Furga, 2001).

Ograniczenie liczby zgonów

Podtrzymujące leczenie substytucyjne istotnie ogranicza umieralność wśród użytkowników opioidów (National Institutes of Health, 1997) (Mathers i in., 2013). W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii na dużej próbie pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym z użyciem metadonu i buprenorfiny w latach 1999–2005 (6252 pacjentów w wieku od 16 do 59 lat) wykazano, że współczynnik umieralności ogólnie był dwukrotnie wyższy wśród użytkowników opioidów pozostających poza leczeniem substytucyjnym w porównaniu z tymi, którzy uczestniczyli w terapii substytucyjnej (Cornish i in., 2010). Wpływ leczenia substytucyjnego na ograniczenie ryzyka zgonu wśród iniekcyjnych użytkowników opioidów udokumentowano także we Francji, gdzie po wprowadzeniu w 1995 roku buprenorfiny w podtrzymującej terapii substytucyjnej przepisanej przez lekarzy pierwszego kontaktu, stwierdzono, że liczba zgonów z przedawkowania zmniejszyła się o 79% (Auriacombe i in., 2004).

Ogólna poprawa stanu zdrowia somatycznego i psychicznego

Pacjenci używający opioidów dożylnie zgłaszają się do programów leczenia substytucyjnego z wieloma problemami zdrowotnymi, wśród nich szczególnie częste są stany zapalne układu żylnego związane z częstymi iniekcjami dokonywanymi bez przestrzegania podstawowych zasad higieny. W badaniu przeprowadzonym w programie leczenia substytucyjnego IPiN stwierdzono występowanie u 19% pacjentów przy przyjęciu do programu zapalenie żył, owrzodzenia podudzi, ropnie na skórze. Po rocznej terapii substytucyjnej te zmiany chorobowe utrzymywały się tylko u 1% leczonych pacjentów. Nie stwierdzono także świeżego procesu zapalnego z tej przyczyny (Baran-Furga, 2001).

Poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia

Udział w terapii substytucyjnej ma pozytywny i znaczący wpływ na ograniczenie zachowań przestępczych przez użytkowników opioidów (Ward i in., 1999). Kwestię przestępczości osób uczestniczących w terapii

substytucyjnej poddano badaniom m.in. w Polsce. Wyniki niepublikowanej pracy doktorskiej wskazują, że po rocznym okresie terapii substytucyjnej tylko niewielka liczba pacjentów leczonych w programie substytucyjnym kontynuowała działalność przestępczą – przed terapią było to 87% pacjentów, po roku terapii substytucyjnej – 7% pacjentów. Wraz ze zmniejszeniem się odsetka osób dokonujących przestępstw zwiększył się odsetek pacjentów korzystających z legalnych źródeł dochodu, takich jak praca dorywcza (odpowiednio z 11% do 27%) oraz renta lub zasiłek społeczny (odpowiednio z 43% do 74%) (Baran-Furga, 2001).

Istotnym kryterium oceny programów leczenia substytucyjnego może być subiektywnie postrzegana przez pacjentów jakość ich życia. Kwestia ta została poddana ocenie w programie leczenia substytucyjnego w IPiN i Centrum Profilaktyki Uzależnień w Poznaniu. Po roku uczestniczenia w terapii substytucyjnej pacjenci raportowali znaczącą poprawę w takich wymiarach, jak funkcjonowanie społeczne, ograniczenia spowodowane stanem somatycznym, zdrowie psychiczne oraz energia i witalność (Habrat i in., 2002).

Cytowane wyniki znajdują odzwierciedlenie w wielu innych analizach, w tym w badaniu zatytułowanym *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS), przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii. Stwierdzono w nim, że po co najmniej rocznym udziale w terapii substytucyjnej nastąpiło zmniejszenie liczby popełnianych przestępstw przez osoby uczestniczące w niej o około 75 punktów procentowych. Uzyskane wskaźniki poprawy utrzymywały się w kolejnych pomiarach po 2, 4 i 5 latach uczestniczenia w terapii substytucyjnej. Podobne rezultaty uzyskano dla terapii stacjonarnej ukierunkowanej na utrzymanie abstynencji (Gossop, 2015), co wskazuje, że opłacalne jest inwestowanie w każdą z tych form leczenia. Każda z tych form terapii adresowana jest bowiem do innych grup pacjentów, charakteryzujących się różną motywacją do zmiany.

Polski model leczenia substytucyjnego i rozwiązywania w innych krajach

Leczenie substytucyjne w Polsce od 30 lat opiera się na programach leczenia substytucyjnego prowadzo-

nych w poradniach leczenia uzależnień. Warunkiem uruchomienia nowego programu jest uzyskanie pozytywnej opinii o programie od Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (wcześniej od Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii) oraz uzyskanie zgody marszałka województwa właściwego ze względu na miejsce realizacji programu.

Wymagania, które musi spełnić pacjent kwalifikowany do podtrzymującego leczenia substytucyjnego, kilkakrotnie ulegały modyfikacjom w okresie 30 lat, adekwatnie do aktualnego stanu wiedzy i rekomendacji WHO. Obecnie pacjent powinien spełniać następujące wymagania:

1. uzależnienie od opioidów,
2. ukończenie 18. roku życia,
3. wyrażenie zgody na podjęcie leczenia w ramach programu i przestrzeganie jego wymagań.

Kobiety w ciąży są przyjmowane w pierwszej kolejności do leczenia substytucyjnego, nie ma także wymogu dokumentowania wcześniejszych prób leczenia ukierunkowanych na abstynencję. Zaburzenia psychiatryczne i psychoorganiczne nie stanowią już przeszkody do podjęcia terapii substytucyjnej. Pacjentowi może być wydawany lek do domu, jeśli ten uczestniczy w terapii co najmniej sześć miesięcy.

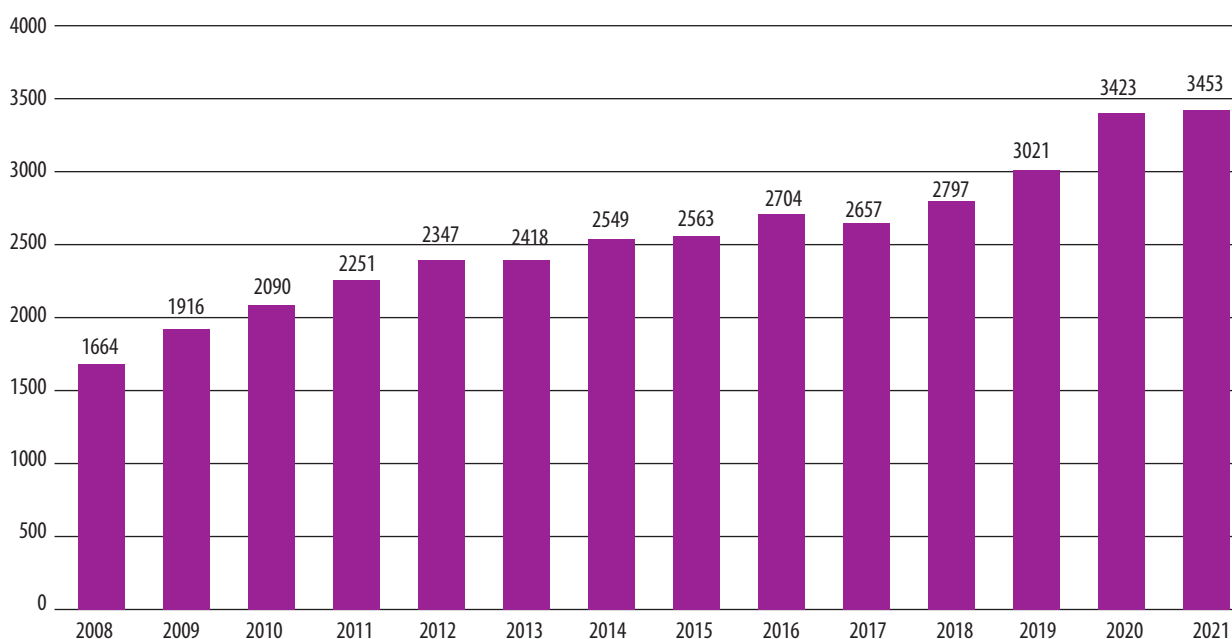
Przepisy przewidują także możliwość wcześniejszego wydawania pacjentowi leku do domu, jeśli przemawia za tym stan psychofizyczny pacjenta. Na przestrzeni lat liczba pacjentów w programach substytucyjnych systematycznie rosła, choć nigdy nie osiągnęła wskaźników rekomendowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

Biorąc pod uwagę ostatnie oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce, można przyjąć, że liczba ta mieści się w szerokim przedziale 11 420–17 869. Środkowy punkt przedziału przypada na wartość 14 644 osób (Sierosławski, 2019), co oznacza że podtrzymującą terapią substytucyjną objętych było w 2021 roku między 19 a 30% osób uzależnionych od opioidów, najczęściej od heroiny.

Do chwili obecnej metadon jest najczęściej ordynowanym lekiem w terapii substytucyjnej. Przyjmuje go ok. 96% pacjentów leczonych substytucyjnie w naszym kraju. Buprenorfinę oraz morfinę o kontrolowanym uwalnianiu przyjmuje zaledwie około 4% leczonych osób (dane Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom).

Pacjenci leczeni substytucyjnie nie ponoszą z tego tytułu żadnych opłat. Leczenie substytucyjne

Ryc. 1. Liczba pacjentów leczonych substytucyjnie w latach 2008–2021.



znajduje się bowiem w katalogu świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Pacjenci otrzymują bezpłatnie lek w podmiocie leczniczym. Leczenie substytucyjne jest bezpłatne zarówno dla pacjentów objętych składką ubezpieczenia zdrowotnego, jak i osób nieubezpieczonych. Kwestię osób nieubezpieczonych i ich prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnienia regulują przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obecnie w Polsce funkcjonują 23 programy leczenia substytucyjnego, głównie zlokalizowane w dużych ośrodkach miejskich. W województwie podkarpackim i podlaskim przez 30 lat nie utworzono programów leczenia substytucyjnego.

Model leczenia substytucyjnego wdrażany w naszym kraju już wiele lat temu przestał być adekwatny do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Ogranicza on dostęp do leczenia substytucyjnego oraz utrudnia proces reintegracji społecznej pacjentów (O Merrill, 2002).

W alternatywnych modelach leczenia substytucyjnego główny ciężar prowadzenia terapii przypada na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy w ramach ordynacji lekarskiej przepisują pacjentowi leki, w szczególności zawierające w swoim składzie buprenorfinę. W Austrii, Chorwacji, Francji i w Niemczech od 60 do 80% pacjentów leczonych jest substytucyjnie w ramach praktyk prowadzonych przez lekarzy ogólnych. Z wielu badań wynika, że takie rozwiązanie sprzyja dobrej dostępności leczenia substytucyjnego, w szczególności w mniejszych miejscowościach (Binder i in., 2016).

Rezultaty terapii prowadzonej w specjalistycznych poradniach leczenia uzależnień oraz przez lekarzy ogólnych są podobne (WHO, 2009).

Perspektywy rozwoju leczenia substytucyjnego w Polsce

W Polsce od lat trwa dyskusja nad wprowadzeniem zmian do organizacji leczenia substytucyjnego. Wskaźniki dostępności tej formy terapii w naszym kraju kształtują się na niskim poziomie. W większości krajów europejskich osiągnięto wysokie, bo co najmniej 50-procentowe, wskaźniki dostępności. We Francji wskaźnik ten jest najwyższy i kształtuje

się na poziomie 70-80% osób problemowo używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym przy szacowanej liczbie problemowych użytkowników opioidów około 220 tys. osób. Niższą wartość wskaźnik ten osiągnął we Włoszech – około 60% i w Niemczech – około 50%, przy szacowanych populacjach problemowych użytkowników heroiny około 170 tys. w każdym z tych krajów. W Austrii, Grecji i Chorwacji szacuje się, że około 60% użytkowników opioidów objętych jest leczeniem substytucyjnym, natomiast populacje osób uzależnionych są nieporównanie mniejsze.

Już w 2017 roku ówczesne Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przygotowało projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który zakładał umożliwienie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej prowadzenie leczenia substytucyjnego produktami leczniczymi zawierającymi w swoim składzie buprenorfinę. Z tego projektu szybko się wycofano, głównie z powodu obaw, że liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w polskim systemie opieki i leczenia jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb systemu opieki zdrowotnej. Krytycy włączenia podstawowej opieki zdrowotnej w krąg podmiotów odpowiedzialnych za leczenie substytucyjne zwracali także uwagę na brak wystarczającego przygotowania lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego. W związku z powyższym przygotowano nowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który zakłada możliwość wystawiania recept na leki substytucyjne w ramach ordynacji lekarskiej zawierających substancję czynną buprenorfinę. Receptę na leki, zawierające w swoim składzie buprenorfinę, będzie mógł, zgodnie z projektem ustawy, wystawiać lekarz będący świadczeniodawcą albo lekarz zatrudniony lub wykonujący zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Stworzenie przepisów, które stwarzają realną szansę na wprowadzenie do leczenia substytucyjnego buprenorfiny, wpisuje się w rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, która od wielu lat wyjaśnia, że stosowanie w terapii substytucyjnej więcej niż jednego leku umożliwia pacjentom, u których występują skutki uboczne

stosowania jednego leku lub, którzy nie utrzymują się w terapii z zastosowaniem określonego leku, skorzystanie z leku alternatywnego. Zapewnienie możliwości wyboru leku może przyczyniać się do zwiększenia liczby osób pozostających w terapii substytucyjnej oraz podniesienia jej skuteczności poprzez lepsze dopasowanie leku do indywidualnych potrzeb pacjenta (WHO, 2001).

W przypadku wypisywania recepty do samodzielnej realizacji przez pacjenta nie bez znaczenia jest, że buprenorfina to lek o wyższym niż metadon profilu bezpieczeństwa (Bonhomme i in., 2012).

Projekt ustawy znosi także obowiązek uzyskiwania pozytywnej opinii Dyrektora Krajowego Centrum i zgody marszałka województwa na prowadzenie leczenia substytucyjnego w ramach ordynacji lekarskiej. Obowiązek ten nadal będzie spoczywał na poradniach leczenia uzależnień prowadzących programy leczenia substytucyjnego.

W celu wykluczenia udziału pacjenta w tym samym czasie w więcej niż jednym programie leczenia substytucyjnego oraz w leczeniu substytucyjnym w ramach ordynacji lekarskiej prowadzonej przez lekarza, projekt ustawy podtrzymuje obowiązek prowadzenia przez świadczeniodawcę Rejestru Pacjentów Objętych Leczeniem Substytucyjnym. Ponadto świadczeniodawca ma obowiązek zgłaszania pacjentów leczonych substytucyjnie do Ewidencji Zanonimizowanych Kodów Pacjentów Objętych Leczeniem Substytucyjnym prowadzonym przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Zarysowany powyżej projekt ustawy został zarekomendowany w październiku przez Komitet Stały Rady Ministrów. Projekt musi jeszcze zostać zaopiniowany przez Komisję Prawniczą, zaakceptowany przez Radę Ministrów, a następnie przyjęty przez parlament. Choć wydaje się, że to jeszcze długa droga, to mimo to nigdy dotąd zmiany organizacji leczenia substytucyjnego nie były tak bliskie realizacji.

Bibliografia

Auriacombe, M. i in. (2004), „French Field Experience with Buprenorphine”, *The American Journal on Addictions*, 13(S1), pp. S17-S28.

Baran-Furga, H. (2001), „Picie alkoholu przez pacjentów uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie metadonem”, niepublikowana praca doktorska. IPiN, Warszawa.

Bonhomme, J. i in. (2012), „Opioid Addiction and Abuse in Primary Care Practice: A comparison of methadone and Buprenorphine as Treatment Options”, *Journal of Natl Medical Association*, 104(0), pp. 342-350.

Chmielewska, K., Baran, H., Dąbrowski, S. & Habrat, B. (1999), „Kontynuowanie terapii w programie substytucyjnego leczenia metadonem przez pacjentów uzależnionych od opiatów”, *Alkoholizm i Narkomania*, 32(3).

Cornish, R. i in. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Databas”, *BMJ*, 26 10., Volume 341.

Degenhardt, L. i in. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: Why individual, structural, and combination of approaches are needed”, *Lancet*, pp. 285-301.

Dole, V.P. (1988), „Implications of Methadone Maintenance for Theories of Narcotic Addiction”, *JAMA*, Volume 260, pp. 3025-3029.

Godwod-Sikorska, C. (1994), „Ocena wdrażania terapii metadonem w zapobieganiu HIV/AIDS wśród narkomanów opiatowych”, *Alkoholizm i Narkomania*, 1(15), pp. 19-24.

Gossop, M. (2015), „The National Treatment Outcomes Research Study (NTORS) and its influence on addiction treatment policy in the United Kingdom”, *Addiction. Supplement Article*, Volume 110, pp. 50-53.

Habrat, B., Steinbarth-Chmielewska, K. & Baran-Furga, H. (1995), „Programy metadonowe-niektóre mity i fakty”, *Problemy Alkoholizmu*, Issue 1, pp. 9-10.

Karaczyńska, B. & Sękiewicz, J. (1994), „Przeciw metadonowi. In: Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS”, Warszawa: Biuro ds. Narkomanii.

Kreek, M.J. (1973), „Medical Safety and Side Effects of Methadone in Tolerant Individuals”, *The Journal of the American Medical Association*, 223(6), pp. 665-668.

Krantz, M.J. & Mehler, P. S. (2004), „Treating Opioid Dependence. Growing Implications for Primary Care”, *Arch Intern Med*, 164(3), pp. 277-288.

Mathers, B.M. i in. (2013), „Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis”, *Bull World Health Organ.*, 1 February, 91(2), pp. 102-123.

MacArthur, G.J. i in. (2012), „Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis”, *BMJ*.

Sierosławski, J. (2019), „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków”, Dokument nieopublikowany.

Szata, W. (1993), „Zakażenia HIV i zachorowania AIDS w Polsce w latach 1985-1992”, *Alkoholizm i Narkomania*, Volume Wydanie specjalne: Zagrożenia AIDS, pp. 89-101.

Szukalski, B. (1997), „Opiaty naturalne i syntetyczne”, *Alkoholizm i Narkomania*, 29(4), pp. 529-548.

UNODC, 2015. World Drug Report, Wiena: UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC).

WHO, 2004. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. s.l.:World Health Organization, Geneva.

WHO, 2001. Zapewnienie równowagi polityk krajowych dotyczących substancji kontrolowanych, Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.

Potocznie mówi się o nas terapeuci uzależnień, ale wśród nas jest specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, instruktor terapii uzależnień oraz psychoterapeuta. To właściwie kim jesteśmy?

KTO TY JESTEŚ? – CZYLI O SPECYFICE ZAWODU

Joanna Wawerska-Kus

Certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień i współuzależnienia

Superwizorka Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień

Psychoterapeutka pracująca w podejściu integracyjnym

O terapiach

Od wielu lat w ministerstwie właściwym do spraw pracy (na przestrzeni lat ministerstwa te zmieniały nie tylko swoje nazwy, ale także zakresy kompetencji, na dziś są to dwa departamenty w Ministerstwie Rozwoju i Technologii) trwają prace nad uporządkowaniem i opisem standardów kompetencji zawodowych. W opisach tych zawodów psychoterapeuty uwzględniany jest od 2007 roku (początek prac w tym obszarze), zawód specjalisty terapii uzależnień – od 2013 roku, a zawód specjalisty psychoterapii uzależnień od 2018 roku. Instruktor terapii uzależnień został po raz pierwszy opisany w 2013 roku, ale opis jest nieadekwatny do rzeczywistej roli i kompetencji instruktorów – raczej przypomina opis pracy pielęgniarki/pracownicy w oddziale stacjonarnym lub psychiatrycznym¹. Zestawiłam ze sobą cztery nazwy zawodów – dwa pierwsze powinny być ze sobą tożsame, trzeci może aspirować (nie musi) do dwóch pierwszych, zaś czwarty można uznać za cel aspiracji dwóch pierwszych. Przy czym instruktor przypisany jest tylko do obszaru uzależnień, psychoterapeuta zajmuje się zdrowiem psychicznym także poza tym obszarem. Skomplikowane? A przecież to dopiero początek komplikacji, ponieważ powyższy opis dotyczy stanu na rok 2018. Po tym roku, a dokładnie w kwietniu 2019 roku w życie weszło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Do tego momentu w obszarze pracy z osobami uzależnionymi funkcjonowały dwie odrębne ścieżki kształcenia i dwa rodzaje certyfikatów poświadczających prawo do wy-

konywania zawodu specjalisty psychoterapii i terapii uzależnień. Instytucją, która patronowała kształceniu specjalistów psychoterapii była Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a specjalistów terapii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Odrębność ścieżek to nie tylko dwa różne certyfikaty – to także różne treści kształcenia, praktykowanie różnych metod pracy, zatrudnienie w różnych placówkach. Tak było.

Pierwszą instytucją, która zatarła podział, był NFZ, który kilka lat temu zmodyfikował za pomocą rozporządzenia o warunkach udzielania świadczeń ten stan rzeczy – uznał, że oba rodzaje specjalistów (psychoterapii i terapii) mogą być zatrudniane w placówkach leczących osoby uzależnione, bez względu na to, od jakich substancji są one uzależnione. Na logikę – decyzja słuszna. W dodatku odzwierciedlała ówczesne tendencje władzy do połączenia w jedną instytucję PARPA i KBPN. Mimo że wtedy jeszcze do połączenia nie doszło, w placówkach z „nurtu alkoholowego” zaczęto jednak zatrudniać specjalistów z „nurtu narkotykowego”, co moim zdaniem wpłynęło ożywczo i mobilizująco, jeśli chodzi o przełamanie rutyny. O ile w oddziałach stacjonarnych i dziennych połączenie dobrze się sprawdza, o tyle w ambulatoriach, gdzie przyjmowani są pacjenci tzw. współuzależnieni i dda, przysporzyło to pewnych trudności. Specjaliści terapii nie uczyli się bowiem w procesie kształcenia akredytowanym przez Krajowe Biuro pracy z rodzinami, a dokładnie rzecz ujmując uczyli się pracy systemowej z rodziną pacjenta uzależnionego, szczególnie w odniesieniu do pacjentów małoletnich. Specjaliści psychoterapii uczą się chociaż trochę, a rzeczywi-

stość placówek zmusza ich do szybkiego nabierania doświadczenia.

17 sierpnia 2018 roku w życie weszła Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Medialnie nagłaśniana była ta część nowelizacji, która mówi o zmianie statusu dopalaczy, które można zacząć na mocy tej ustawy, traktować jako narkotyki. Ale nie tylko tego ta ustawa dotyczyła – wprowadzała ona także ujednolicenie certyfikatów specjalistów (obie ścieżki kształcenia kończyć się miały wydaniem certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień) oraz ograniczenie liczby kierunków studiów wyższych, po ukończeniu których można podjąć szkolenie w zakresie specjalisty. Niemniej ścieżki pozostawały wówczas jeszcze odrębne – rozpoczęcie szkolenia w placówce akredytowanej przez PARPA implikowało ukończenie szkolenia w tej samej akredytacji (niekoniecznie w tej samej szkole) i zdania egzaminu przed komisją PARPA. I ten model kształcenia nazywamy obecnie starą ścieżką. Egzamin certyfikacyjny dla osób, które ukończyły w tym modelu wszystkie etapy szkolenia (szkoła, superwizja, staż), będą trwały do końca 2024 roku.

Ale skoro istnieje „stara ścieżka”, to jak się łatwo domyślić, istnieje też jakaś nowa – podstawą prawną dla niej jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Dotyczy ona szkoleń rozpoczętych od 2020 roku, akredytowanych (rekomendowanych) przez Biuro, ale wywodzących się z obu nurtów (PARPA i KBPN), poszerzonych o te treści, które były odrębne lub specyficzne dla jednego z nurtów, ze zwiększonym o 10 godz. wymiarem superwizji szkoleniowej i kończących się egzaminem certyfikacyjnym organizowanym przez nową instytucję, która w międzyczasie została powołana do życia. Egzamin dla „nowej ścieżki” będą prowadzone do końca 2025 roku, a ich organizatorem będzie (już

jest, bo pierwszy egzamin jest właśnie organizowany) Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), które powstało 1 stycznia 2022 roku na mocy Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, z połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Moją intencją nie jest krytyka tego stanu rzeczy ani analiza i interpretacja aktów prawnych – próbuję tylko ten stan nazwać na tyle, na ile ma on konsekwencje dla osób będących w procesie szkolenia. A konsekwencją

tego stanu rzeczy jest choćby to, że egzamin certyfikacyjny dla specjalistów i instruktorów prowadzone są aktualnie w trzech różnych formach, zakresach tematycznych i trzech (de facto dwóch) instytucjach, choć w ich wyniku otrzymuje się jednolity certyfikat, sygnowany przez KCPU. Same osoby uczestniczące w procesie certyfikacji, gubią się, do której ze ścieżek przynależą, do którego superwizora mają się zgłaszać na superwizję szkoleniową i do jakiej placówki aplikować na staż. A są jeszcze tacy, którzy chcieliby dopiero

Nie oszukujmy się – specjalista psychoterapii uzależnień nie jest psychoterapeutą. I nie w teorii, liczbie odbytych przez specjalistę szkoleń i jego osobistej kreatywności tkwi tajemnica, ale w tych elementach szkolenia, których w procesie certyfikacji specjalisty nie ma, lub jest za mało. Ten element, którego brakuje – to własne doświadczenie terapeutyczne.

podjąć szkolenie w zakresie uzależnień i oni na dziś, nie mają takiej możliwości. Ponieważ i nowa, i stara ścieżka to już zjawiska historyczne, zamknięte, a nowy paradygmat specjalizacyjny to na razie concept, a nie konkretny plan (choć powoli się krystalizujący). Wiemy, że z nowych szkoleń wypadną instruktorzy, i to tłumaczy gremialne nabory w ostatnich procesach rekrutacyjnych Studiów Terapii Uzależnień w całym kraju (obecnie to 13 podmiotów).

A jeśli do tego stanu rzeczy dodamy kwestie statusu prawnego zawodu, które zaczęły być nagłaśniane w związku z ustawowymi podwyżkami płac dla pracowników służby zdrowia, to okazuje się, że pracujemy w zawodzie, który mimo wielu lat aktywnej i użytecznej obecności na rynku pracy, obecnie znalazł się w stanie walki o obronę własnych praw i przetrwanie. I miejmy nadzieję, że to stan uspoijniający

status zawodu, formacyjny, a nie dezintegrujący dla środowiska.

Wcześniej napisałam, że zawód specjalisty psychoterapii uzależnień może aspirować do zawodu psychoterapeuty. Na ogół o tym, czy specjalista zostanie psychoterapeutą, decyduje osobista potrzeba aktualizacji wiedzy, dyskomfort stanu świadomej niekompetencji. Uczymy się pewnych technologii i ustrukturyzowanych koncepcji pomocy osobom uzależnionym, bardzo przydatnych w pracy oddziałów stacjonarnych i dziennych, ale ambulatoryjne placówki terapii uzależnienia i współuzależnienia, w których zaczynają przeważać pacjenci z tzw. populacji dda i osoby tzw. współuzależnione, a pacjenci uzależnieni pracują na tzw. etapie pogłębionym, wymagają umiejętności psychoterapeutycznych i szerszej bazy wiedzy teoretycznej o człowieku. Kłopot, zarówno teoretyczny, jak i praktyczny sprawiają obie populacje pacjentów, które zaliczamy do grupy rodzin osób uzależnionych – w większości ustrukturyzowane oddziaływania oparte na koncepcji zaburzeń adaptacyjnych są dla tej grupy niewystarczające, czasami wręcz nieadekwatne do ich problemów.

Nie oszukujmy się – specjalista psychoterapii uzależnień nie jest psychoterapeutą. I nie w teorii, liczbie odbytych przez specjalistę szkoleń i jego osobistej kreatywności tkwi tajemnica, ale w tych elementach szkolenia, których w procesie certyfikacji specjalisty nie ma, lub jest za mało. Ten element, którego brakuje – to własne doświadczenie terapeutyczne. Szkoły psychoterapii wymagają go w dość dużym wymiarze – przykładowo, szkoła, którą kończyłam wymaga „250 godz. zajęć – doświadczeń osobistych, w tym: zalicza się 140 godz. ww. doświadczeń osobistych realizowanych w ramach Szkoły (dotyczy treningów i warsztatów, np. trening interpersonalny, trening terapeutyczny itp.), co najmniej 60 godz. indywidualnej terapii własnej (Szkoła rekomenduje psychoterapeutów pracujących w tych samych lub pokrewnych podejściach), oraz pozostałe wymagane 50 godz. zajęć rozwoju osobistego do zrealizowania we własnym zakresie (np. psychoterapia grupowa lub indywidualna, lub inne formy rozwoju osobistego)”. Dlaczego to takie ważne? Żeby w pracy – nie mieszały się wątki własne z wątkami pacjenta, żeby terapeuta w pracy był skoncentrowany na pacjencie, a nie na sobie. Korzystanie z terapii własnej i praca pod stałą

superwizją pozwala na zwiększanie świadomości siebie – „pracując sobą” warto wiedzieć, kim się jest. I zdecydowanie bezpieczniej jest się dowiadywać tego w trakcie własnej psychoterapii niż w reakcji na to, co pokazuje nam pacjent. W szkoleniu psychoterapeutycznym jest zawsze co najmniej 150 godz. superwizji, zazwyczaj rozłożonych na dwa lata. Nie chodzi tu tylko o nadzór nad początkującym psychoterapeutą, ale także o dojrzewanie do zawodu, tworzenie nawyku korzystania z superwizji, nabywanie umiejętności syntezy i analizy w opisie pracy z pacjentem. W naszym procesie certyfikacji obowiązuje 70 godz. superwizji w starej ścieżce i 80 w nowej (to od pół roku do 10 miesięcy pracy). Niektórzy na tym poprzestają, ale wielu, całe szczęście – nie. Z satysfakcją obserwuję wyraźną tendencję wśród osób w procesie certyfikacji i już certyfikowanych podejmowania psychoterapii własnej i pracy pod stałą superwizją, choć to i kosztowne, i czasochłonne. Myślę też, że jedyny pozytywny aspekt pandemii, jaki zauważam, czyli praca zdalna, poszerzyła możliwości korzystania zarówno z terapii własnej, jak i superwizji. Przede wszystkim pozwala dokonać wyboru psychoterapeuty i superwizora nie tylko wg kryterium terytorialnego. Największe znaczenie ma to dla osób z małych miejscowości, w których trudno jest znaleźć zaufanego psychoterapeuty, który nie jest naszym znajomym, nie zna osobiście naszych rodziców, dzieci lub innych bliskich osób. Mit, że zdalnie znaczy gorzej, został urealniony przez pandemię i moim zdaniem obalony. Zarówno w odniesieniu do procesu psychoterapeutycznego, jak i (szczególnie) superwizyjnego. Zdalnie często oznacza bezpieczniej, uważniej, bez konieczności odwoływania spotkań (choroby, wyjazdy) i w większej dyscyplinie czasowej. Pewnie to rozważania na osobny tekst, ale tu chociaż wspominam.

O pacjencie

Aspirując do bycia psychoterapeutą, czasami zapominamy o pacjencie, z którym pracujemy. Jagoda Fudała w artykule „Bo zawsze tak było... Zmiany paradygmatów w obszarze leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu” (TUiW nr 3, 2018) zmierzyła się z diagnozą, że w zasadzie ostatnie lata wniosły dużo nowego w rozumienie samego uzależnienia, że pojawiło się dużo nowych spo-

sobów praktycznych, opartych na sprawdzonych teoriach, pracy z osobami uzależnionymi, a mimo to w środowisku jest jakiś opór, jakaś „niechęć do zmiany”, która powoduje, że praca idzie po staremu. W artykule Jagoda Fudała próbuje odpowiedzieć na pytanie: dlaczego tak się dzieje, że bardzo wielu specjalistów ma za sobą szkoły psychoterapii, szkolenia z dialogu motywującego, z terapii par, a mimo to nie korzystają z tej wiedzy i umiejętności w pracy z osobami uzależnionymi i pracują „po staremu” – czyli dyrektywnie i strukturalnie, żeby nie powiedzieć – technologicznie.

Wydaje mi się, że odpowiedź na pytanie, dlaczego tak jest, po części zawiera się w odpowiedzi – z kim tak jest. Spora część uzależnionych pacjentów w pełni rezonuje na dialog motywujący, na interwencje psychotherapeutyczne, buduje prawidłową relację z terapeutą. Ale bardzo duża część naszych pacjentów nie jest w stanie odnaleźć się w takich warunkach.

Choć to może brzmieć elitarystycznie, ale oferta psychoterapii nie jest ofertą o charakterze ludowym. Zdolność do pogłębionej autorefleksji, wglądu, brania odpowiedzialności za własne wybory – to nie są umiejętności, do których dostęp ma każdy. Ich brak jest bardzo powszechnym deficytem – czasami moi pacjenci zgłaszają, jakże słuszne rozżalenie, że ich wrażliwość, zdolność do krytycznego przyglądania się sobie i światu, na ogół utrudnia im życie, nie zaś ułatwia.

Ostatnio uczestniczyłam w dyskusji, której konkluzją było stwierdzenie, że każdy prawdopodobnie boi się śmierci, ale nie każdy przeżywa lęk egzystencjalny. A psychoterapia jest dla tych drugich. W mojej praktyce psychotherapeutycznej zdarzali się i tacy pacjenci, którzy bardzo chcieli uczestniczyć w psychoterapii – bo słyszeli, że jest rozwijająca, inni z ich środowiska uczestniczą w niej, więc jest to „trendy”, modny rodzaj aktywności, jak bieganie w maratonach czy trenowanie triathlonu. Niestety, okazywało się, że mimo chęci i determinacji pacjenta, psychoterapia była raczej wsparciem i pracą nad powierzchowną zmianą zachowania czy trybu życia – brakowało umiejętności pogłębionej autorefleksji, pewnego poziomu myślenia abstrakcyjnego, emocjonalnej mapy własnego świata czy umiejętności i potrzeby nadawania osobistego znaczenia doświadczeniom. A do takich zasobów odwołuje się psychoterapia.

Jaki odsetek pacjentów uzależnionych to osoby zdolne do pogłębionej autorefleksji? 30% wydaje się być optymistycznym wariantem. Pacjenci uzależnieni nie zgłaszają się na ogół na terapię dlatego, że odkryli, jak trudno im się żyje – a w takim momencie (faza kontemplacji) zgłaszają się pacjenci na psychotherapię. W większości osoby uzależnione, leczące się na oddziałach stacjonarnych, pochodzą ze środowisk zagrożonych i dotkniętych wykluczeniem społecznym, zaprzeczają problemowi (faza prekontemplacji), bo nadużywanie alkoholu, jest wpisane w ich styl życia, w przekaz transgeneracyjny. Łatwiej jest to sobie wytłumaczyć działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia, niż uznać, że terapeuta jest intruzem w świecie pacjenta, że psychotherapia uzależnienia jest swoistą kolonizacją – z narzuconym, obcym językiem, z postawą wyższości wynikającą z lepszego wykształcenia, lepszej pozycji społecznej niż pacjent. Nawet jeśli sam terapeuta nie prezentuje takiej postawy, stara się dbać o podmiotowość pacjenta, to przecież sam pacjent w spotkaniu z terapeutą ma prawo czuć się gorszy, słabszy, niezrozumiany. Bardzo często udajemy, że tak nie jest, że rozumiemy przecież, poprzez empatię i wiedzę, świat pacjenta, i udając, zamykamy się na prawdziwe rozumienie – nie słuchamy, nie pytamy, nie jesteśmy ciekawi.

Oprócz pacjentów uzależnionych mamy także pacjentki tzw. współuzależnione i populację pacjentów dda – musimy pamiętać, że oba te pojęcia są pewnymi konstruktami teoretycznymi, nie potwierdzonymi badaniami. Wszystkie znane mi badania dotyczące osób, które uznajemy za współuzależnione, publikowane w Polsce, były prowadzone wśród pacjentek zgłaszających się na terapię w związku z nadużywaniem bądź uzależnieniem od alkoholu swojego męża lub partnera. Nie porównywano ich z kobietami, które mają innych mężów lub partnerów, które są niezamężne, które są nieheteronormatywne – nie porównywano ich z grupą kontrolną, reprezentatywną, spoza placówek leczenia uzależnień. A przecież nietrudno zauważyć, że kobiety nie tylko w Polsce, choć w naszym kraju szczególnie, wychowywane są do postawy będącej fundamentem tego, co nazywamy współuzależnieniem – mają być grzeczne, podporządkowane, o ich wartości ma świadczyć obecność w ich życiu mężczyzny, mają poświęcać się dla dobra dzieci, mają nie prowokować sprawców przemocy, także seksualnej itd. Zwykliśmy cały ten

bagaż pokoleniowego przekazu o roli kobiety w patriarchalnym świecie, nazywać współuzależnieniem i traktować go jako specyficzne zaburzenie, choć nie ma na nie określenia w klasyfikacji ICD-10. Tak dalece przywykliśmy do tego stanu rzeczy, że absolutna większość terapeutów, wpisując w dokumentacji rozpoznanie F43.2, nie zdaje sobie sprawy z tego, że dokonuje swoistego nadużycia diagnostycznego.

W przypadku pacjentów dda jest analogicznie, a czasami jeszcze gorzej. Bo o ile u pacjentek, które uważamy za współuzależnione, na ogół coś z tych zaburzeń adaptacyjnych da się nozologicznie potwierdzić, o tyle już u osób zgłaszających się na terapię jako dda – rzadko, a najczęściej w ogóle. A mimo to, wpisujemy diagnozę, bądź co bądź psychiatryczną, która kiedyś naszemu pacjentowi może utrudnić lub uniemożliwić dostęp do danych niejawnych, adopcję, karierę w wojsku czy policji. Kiedy mówię o tym podczas supervizji, zazwyczaj słyszę pytanie – to co, mamy ich nie przyjmować? Czasami, kiedy słyszę, jaką ofertę terapeutyczną proponuje się osobom współuzależnionym i dda, myślę, że tak – lepiej ich nie przyjmować. Ale przede wszystkim mamy obowiązek udzielania rzetelnej informacji naszym pacjentom – o diagnozie, jaką wpisujemy w dokumentację, o możliwych konsekwencjach tego wpisu, o tym, kto ma dostęp do dokumentacji i w jakim zakresie obowiązuje nas tajemnica zawodowa. Nasz pacjent (także uzależniony) ma prawo podjąć autonomiczną decyzję i nie skorzystać z naszych usług.

Jedno z testowych pytań egzaminacyjnych starej ścieżki PARPA dotyczy potwierdzenia badaniami syndromu dda. Kiedy osoby przygotowujące się do egzaminu odkrywają, że prawidłowa odpowiedź brzmi „nie został potwierdzony żadnymi badaniami” – są niebywale zaskoczone. To jedno z pytań budzących najwięcej wątpliwości.

Zauważyłam także, że bardzo wiele niejasności pojawia się wokół kontraktów terapeutycznych. Specjaliści psychoterapii uzależnień przyzwyczajeni są, zgodnie

z praktyką większości placówek, do zawierania kontraktów, szczególnie z pacjentami uzależnionymi, na piśmie. Jednak kontrakty te bardzo rzadko odnoszą się do celów, jakie na poszczególnych etapach terapii ma osiągnąć pacjent, a jeśli już, to są to cele uniwersalne dla wszystkich pacjentów. W wyniku stosowania tak rozumianych kontraktów, terapeuci nie mają nawyku bądź nie potrafią tego w ogóle robić, nie zawierają kontraktów psychoterapeutycznych, w których określone są osobiste cele konkretnego pacjenta. O ile w przypadku osób uzależnionych jakoś może się to obronić, o tyle w odniesieniu do pacjentek współuzależnionych i pacjentów populacji dda

Każdy z nas musi w procesie stawania się sobą, wypracować sobie własne, osobiste sposoby na równowagę pomiędzy empatią a habituacją do cierpienia pacjenta, pomiędzy kontenerowaniem i odraczaniem emocji a autentycznością i umiejętnością ich odreagowywania. (...) nasi pacjenci zmuszają nas do wielokrotnego weryfikowania własnych przekonań i systemu wartości – łatwo w tym obszarze obronnie się usztywnić lub (...) zrelatywizować własne punkty odniesienia.

bez określenia ich osobistego celu, moim zdaniem, nie da się pracować. Tymczasem, kiedy zadaję moim supervizantom pytania: Z jakim problemem ten pacjent się zgłosił? Na co się umówiliście? Jaki kierunek pracy ustaliłeś z pacjentem? – odpowiada mi najczęściej zdziwienie. Nie ma uniwersalnego celu dla pacjentek tzw. współuzależnionych, ani tym bardziej dla pacjentów dda. Kiedy młody specjalista psychoterapii uzależnień zaczyna zdawać sobie sprawę z tego, co powyżej opisałam, ma dwa wyjścia. Pierwsze (coraz częściej wykorzystywane), to w wyniku doświadczania do-

tkliwego poczucia niekompetencji w pracy z rodzinami osób uzależnionych, rozpocząć naukę w szkole psychoterapii. Drugie (niestety, nie aż tak rzadkie, jakby się wydawało) – usztywnić swój sposób pracy, okopać się w przekonaniu, że nic się nie da zmienić i pracować w zgodzie z rutyną starszych kolegów i koleżanek. Bo tak jest prościej, bezpieczniej.

To pierwsze wyjście jest kosztowne, czasochłonne, wymagające dużej determinacji. Nic więc dziwnego, że inwestycja w szkolenie psychoterapeutyczne nie zawsze kończy się wprowadzeniem innowacyjności do placówek leczenia uzależnienia i współuzależnienia. Wykształceni psychoterapeuci często z tych placówek odchodzą. Znam i takich, którzy nie potrafią wyko-

rzysać swojej wiedzy i umiejętności w odniesieniu do pacjentów organicznych, przymusowych, z osobowością dyssocjalną (nadreprezentacja wśród pacjentów uzależnionych) i pracują niejako w rozdwojeniu – „po staremu” w placówce, „po nowemu” w gabinecie lub ośrodku psychoterapeutycznym.

O relacji (czyli o terapii i pacjencie)

Nasi pacjenci ze wszystkich trzech grup zaburzeń wymagają od nas nie tylko wiedzy i umiejętności zawodowych, ale pewnych specyficznych predyspozycji osobistych. Społeczne postrzeganie roli psychoterapeuty, to rola osoby, która pomaga, wie lepiej, jest autorytetem. Ale jednocześnie wymaga się od nas (sami wymagamy) empatii, wrażliwości, bycia współczującym. Z definicji, w relacji z pacjentem terapeuta stoi na pozycji uprzywilejowanej, kontrolującej, czy nawet postrzeganej jako dysponującą władzą. Ta rola naraża nas automatycznie na szereg zachowań i postaw ze strony pacjentów, które zmierzają do przejęcia kontroli przez drugą stronę, tę mniej uprzywilejowaną. Te postawy to m.in. uwodzenie, rywalizacja, demonstracyjne uwielbienie, prowokacja, obwinianie, popisywanie się czy sprawdzanie kompetencji. Bycie poddawany tak różnym reakcjom na siebie, bywa bardzo trudne. Świadomość odniesienia zachowań pacjenta do roli, w jakiej jestem, a nie do mnie samego, nie zawsze pomaga. To, że jestem kobietą i uwodzi mnie mężczyzna, powoduje, że ja terapeutka, zastanawiam się, na ile to sprowokowałam lub na ile potwierdza to moją własną atrakcyjność. To, że pacjent używa wobec mnie słów, których nie rozumiem lub metafor i analogii, które wydają się dla mnie zbyt abstrakcyjne, wywołuje myślenie, „jak mogę mu pomóc, skoro wie więcej ode mnie”. Im więcej miejsca w naszym życiu zajmuje praca, a więc im silniej postrzegam siebie w kontekście własnego zawodu, myślę o sobie głównie „ja – terapeuta”, a mniej ja – kobieta, ja – obywatel, ja – matka, ja – żona itp., tym bardziej narażam się na pułapki osobistego traktowania, tego, co jest tylko próbą wytrącenia mnie z przypisanej mojemu zawodowi roli. Niemniej uważam, że całkowite wyeliminowanie osobistej interpretacji odniesień i postaw pacjenta, jest niemożliwe.

Te pułapki to przede wszystkim wyrobienie w sobie przekonania o własnej omnipotencji i przeciwieństwo

takiego przekonania, czyli nieadekwatna bezsilność wobec tego, co może zrobić pacjent. Pierwsze przekonanie powstaje na bazie stopienia się z rolą, drugie wynika z nadmiarowego oddzielenia się od niej. Oba wpływają niekorzystnie zarówno na samopoczucie terapeuty (problem z określeniem tożsamości), jak i na relację pomiędzy pacjentem a terapeutą (odwrócenie ról, przejęcie całkowitej odpowiedzialności przez terapeuta za proces zdrowienia lub odwrotnie, całkowite przekazanie tej odpowiedzialności pacjentowi). Czasami warto zadać sobie pytanie: Co powiedziałbym temu człowiekowi, gdybym nie był terapeutą? Warto też pamiętać, że takie słowa i zwroty, jak „przepraszam”, „dziękuję”, „proszę” oraz „nie wiem”, „wydaje mi się”, „mogę się mylić”, „popraw mnie, jeśli uważasz, że jest inaczej” itp. budują autorytet, nie zaś go obalają.

Każdy z nas musi w procesie stawania się sobą, wypracować sobie własne, osobiste sposoby na równowagę pomiędzy empatią a habituacją do cierpienia pacjenta, pomiędzy kontenerowaniem i odraczaniem emocji a autentycznością i umiejętnością ich odreagowywania. Pomiedzy rolą obywatela (np. w kwestii zgłaszania przestępstw i w razie niezgłoszenia narażanie się na odpowiedzialność z Kodeksu karnego) a terapeuty (zgłaszając, naruszmy sojusz terapeutyczny i narażamy się na powództwo cywilne za naruszenie tajemnicy zawodowej). Pracujemy w chaosie, nasi pacjenci zmuszają nas do wielokrotnego weryfikowania własnych przekonań i systemu wartości – łatwo w tym obszarze obronnie się usztywnić lub wręcz przeciwnie – zrelatywizować własne punkty odniesienia. Obie postawy będą niekorzystnie wpływać i na nas samych, i na naszych pacjentów. Moją osobistą strategią na utrzymanie równowagi jest podróżowanie, uczestnictwo w kulturze (bardzo szeroko rozumianej) i korzystanie z przywilejów gwarantowanych przez kodeks pracy (choć nie pracuję na etacie) – urlopu i zwolnień lekarskich. Ale wypracowanie mojego osobistego kodeksu bhp zajęło mi ładnych parę lat. Wszystkim tym, którzy uważają, że praca jest najważniejsza, a pacjent jest ważniejszy od terapeuty, przypominam samolotową instrukcję używania masek tlenowych – najpierw ty, a potem osoba, którą masz pod opieką.

Przypisy

¹ Opisy zawodów dostępne są pod adresem <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/infodoradca>.

Celem artykułu jest przedstawienie motywów używania nowych substancji psychoaktywnych wśród użytkowników w Polsce oraz ocena związków między motywami a spożywaniem różnych rodzajów NSP.

MOTYWY UŻYWANIA NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W TRZECH GRUPACH UŻYTKOWNIKÓW: REKREACYJNYCH, ZMARGINALIZOWANYCH I AKTYWNYCH W INTERNECIE

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

Wprowadzenie

Nowe substancje psychoaktywne (NSP), nazywane również „dopalaczami”, znacząco wpłynęły na kształt rynku narkotykowego (Bujalski i współ., 2017; Najwyższa Izba Kontroli, 2017). Ich popularność wzrosła, kiedy dostępność tradycyjnych narkotyków, takich jak kokaina czy heroina, została ograniczona (Zawilska, 2017). NSP były również popularne, ponieważ były tańsze, bardziej dostępne (można było je zamówić przez internet), a ich status prawny sytuował je na styku substancji legalnych i nielegalnych (Gittins i współ., 2018). Poznanie i zrozumienie motywów stosowania nowych substancji psychoaktywnych ma duże znaczenie, jeśli chodzi o ograniczenie rozpowszechnienia ich używania oraz negatywnych konsekwencji, które się z tym wiążą. Motywy psychologiczne mogą być kluczowe w podejmowaniu ostatecznej decyzji. Niestety, niewiele jest badań, które analizują powody używania nowych substancji psychoaktywnych (Moore i współ., 2013; Korf i współ., 2019). Z dotychczas przeprowadzonych badań międzynarodowych wynika, że głównymi motywami stosowania nowych substancji psychoaktywnych są: ciekawość, chęć odczuwania przyjemności oraz poprawa relacji społecznych. Motywy te są zbliżone do tych wyrażanych w odniesieniu do tradycyjnych narkotyków (Corazza i współ., 2014; Winstock i współ., 2016). Badania, koncentrujące się na okolicznościach używania nowych substancji psychoaktywnych, pokazują, że istotną rolę w ich stosowaniu odgrywa status

prawny, który czyni z nich substancje dopuszczone do użycia, łatwa dostępność, niska cena oraz postrzegana wysoka czystość substancji (Barratt i współ., 2013; Soussan, Kjellgren, 2016). Badania nad motywami korzystania z NSP w Polsce wykazały, że użytkownicy używają ich głównie w celu tworzenia więzi społecznych, zrelaksowania się, odprężenia i odurzenia się. Niektórzy respondenci twierdzili, że NSP pozwalają im „nadażyć” za rzeczywistością, ograniczają poczucie lęku i poziom stresu. Status prawny i ocena właściwości uzależniających nie były motywami, dla których nowe substancje psychoaktywne były używane przez polskich użytkowników (Wiszejko-Wierzbicka i współ., 2016).

Metodologia badania

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

Badania terenowe prowadzono w czterech lokalizacjach: w Warszawie, Krakowie, Poznaniu i Trójmieście (Gdańsk, Gdynia, Sopot). Byli w nie zaangażowani doświadczeni streetworkerzy i partyworkerzy, co gwa-

rantowało zebranie rzetelnych danych. W badaniu wzięło udział 596 użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Wśród nich byli uczestnicy imprez,

którzy rekreacyjnie korzystają z NSP (N=172), osoby zmarginalizowane (N=86) oraz użytkownicy aktywni w internecie (N=338).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna użytkowników NSP.

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

Zródło: Opracowanie własne.

Badanie uzyskało pozytywną rekomendację Komisji Bioetycznej, działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (sygn. 11/2016). Udział w badaniu był dobrowolny. Każdy respondent musiał wyrazić zgodę na udział w nim. Było to warunkiem uczestnictwa w badaniu.

We wszystkich grupach badanych przeważali mężczyźni (tab. 1). Najwyższy odsetek kobiet był wśród uczestników imprez rekreacyjnie korzystających z NSP (33,3%), najniższy zaś wśród użytkowników aktywnych w internecie (12,7%). Średnia wieku uczestników imprez wynosiła 24,8 lat, a użytkowników zmarginalizowanych 33,2 lata. Użytkownicy aktywni w internecie stanowili najmłodszą grupę badanych, ze średnią wieku 23,4 lata. Zdecydowana większość uczestników imprez i osób zmarginalizowanych mieszkała w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Natomiast w grupie osób aktywnych w internecie ponad 35% użytkowników mieszkało w małych miejscowościach, nieprzekraczających 50 tys. mieszkańców.

Sytuacja mieszkaniowa respondentów różniła się w poszczególnych grupach. Blisko połowa uczestników imprez (48,8%) i jedna czwarta (26,2%) grupy aktywnych w internecie mieszkała w wynajmowanych mieszkaniach. Co czwarty (26,2%) użytkownik rekreacyjny, a także co drugi (56,6%) aktywny w internecie mieszkał z rodzicami. Natomiast 40% osób zmarginalizowanych mieszkało w domach opiekuńczo-wychowawczych lub w schroniskach dla osób bezdomnych. Ponad połowa użytkowników rekreacyjnych i zmarginalizowanych (odpowiednio 50,9% i 53%), a także dwie trzecie (60,2%) aktywnych w internecie miała wykształcenie średnie. Najwyższy odsetek respondentów z wyższym wykształceniem odnotowano wśród uczestników imprez (41%), nieco niższy wśród osób aktywnych w internecie (25,2%). Natomiast wśród osób zmarginalizowanych społecznie zanotowano najniższy poziom wykształcenia. Wśród nich mniej niż 4% badanych miało wykształcenie wyższe. W tej grupie najwięcej osób ukończyło jedynie szkołę podstawową (43,4%).

Uczestnicy imprez oraz osoby aktywne w internecie były w podobnej sytuacji zawodowej – około jedna trzecia respondentów z każdej grupy studiowała lub była zatrudniona na pełnym etacie. Z kolei wśród respondentów zmarginalizowanych ponad 80% otrzymywało wsparcie finansowe w ramach ubezpieczenia społecznego, renty

lub zasiłku dla bezrobotnych, bądź pozostawało bez pracy oraz bez żadnych świadczeń.

Wyniki badania

Motywy używania nowych substancji psychoaktywnych

Najczęściej wymienianymi motywami używania nowych substancji psychoaktywnych wśród badanych były: „Ponieważ lubię to uczucie” (61,3%), „Ponieważ daje mi to przyjemne uczucie” (58,5%) oraz traktowanie używania NSP jako dobrej zabawy (49,1%). Wszystkie te motywy wpisują się w grupę motywów związaną z poprawą samopoczucia wynikającą z używania NSP. Wśród najrzadziej wskazywanych motywów znalazły się takie motywy, jak: aby być lubianym (5,2%) oraz aby nie czuć się pominiętym (5,5%). Dla co dziesiątego (11,9%) respondenta ważne było, że NSP są trudne do wykrycia. Dwa pierwsze motywy należą do grupy związanej z konformizmem.

Jednak motywacja do używania nowych substancji psychoaktywnych przez respondentów z różnych grup, w których przeprowadzono badanie, była zróżnicowana. Dla ponad połowy badanych używających NSP w sposób rekreacyjny najważniejsza przy ich spożyciu była chęć dobrej zabawy (61,2%) oraz doświadczania przyjemnych uczuć podczas ich używania (55,6%). Ponadto NSP pomagały niektórym użytkownikom dobrze bawić się podczas imprez (55,3%), były stosowane, ponieważ użytkownicy lubili uczucie po zażyciu tych substancji (54,1%) i ponieważ dzięki NSP mogli lepiej bawić się podczas imprez (50,0%). Dla co trzeciego respondenta z grupy rekreacyjnych użytkowników motywem korzystania było to, że spotkania towarzyskie były bardziej rozrywkowe (34,9%). Motywy te pochodzą z dwóch kategorii – z grupy motywów przyczyniających się do poprawy samopoczucia oraz mających wpływ na kontakty społeczne. Najrzadziej wymienianym motywem przez uczestników imprez była niska wykrywalność NSP. Tylko niecałe 2% badanych używało nowych substancji psychoaktywnych z tego powodu. Innymi, dość rzadko wymienianymi motywami ich stosowania była mała dostępność tradycyjnych narkotyków (2,4%). Doświadczana legalność (4,3%) i niska jakość tradycyjnych narkotyków (4,8%) oraz chęć bycia lubianym (4,7%) również nie miały znaczenia przy stosowaniu NSP.

Wspomniane motywy pochodziły z grupy motywów związanej z konformizmem oraz tych, które dodano na potrzeby badania.

Dla ponad połowy badanych z grupy osób zmarginalizowanych społecznie najważniejszymi motywami

stosowania nowych substancji psychoaktywnych były te z grup poprawy samopoczucia i radzenia sobie. Wśród nich najczęściej wskazywano na używanie dla przyjemności. Prawie dwie trzecie respondentów stwierdziło, że stosuje NSP, „bo lubi to uczucie”. Używanie nowych

Tabela 2. Motywy używania nowych substancji psychoaktywnych (odpowiedzi bardzo często, prawie zawsze, zawsze).

Grupy motywów i motywy	Uczestnicy imprez (N=172)		Zmarginalizowani (N=86)		Aktywni w internecie (N=338)		Ogółem (N=596)		Istotność statystyczna testu Chi2
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ponieważ lubię to uczucie	92	54,1	52	63,4	213	64,5	357	61,3	0,070*
Ponieważ daje mi to przyjemne uczucie	95	55,6	48	57,8	200	60,2	343	58,5	0,594
Ponieważ jest to dobra zabawa	104	61,2	29	34,9	152	46,3	285	49,1	0,000*
Ponieważ pomaga mi to dobrze się bawić podczas imprezy	94	55,3	17	21,3	124	37,6	235	40,5	0,000*
Żeby stać się bardziej otwartym/ą na ludzi	39	22,9	15	18,5	92	27,8	146	25,1	0,168
Ponieważ sprawia to, że spotkania z ludźmi są bardziej rozrywkowe	59	34,9	11	13,9	91	27,5	161	27,8	0,003*
Ponieważ dzięki nim można się lepiej bawić podczas imprez	84	50,0	15	18,5	109	32,9	208	35,9	0,000*
Ponieważ czuję się bardziej pewny/a siebie	30	17,9	19	23,5	62	19,0	111	19,3	0,563
Żeby świętować szczególne okazje z przyjaciółmi	38	22,6	16	19,8	83	25,2	137	23,7	0,551
Żeby być lubianym/ą	8	4,7	7	8,9	30	5,2	30	5,2	0,287
Żeby lepiej czuć się w grupie	25	14,7	16	19,8	50	15,2	91	15,7	0,550
Żeby zapomnieć o moich zmartwieniach	24	14,1	35	44,3	53	16,0	112	19,3	0,000*
Żeby podnieść się na duchu, kiedy jestem w złym nastroju	23	13,4	41	51,3	60	18,1	124	21,3	0,000*
Żeby zapomnieć o swoich problemach	24	14,0	41	51,3	54	16,3	119	20,4	0,000*
Ponieważ to mi pomaga, kiedy czuję się przygnębiony lub zdenerwowany	28	16,4	35	43,8	70	21,3	133	23,0	0,000*
Żeby lepiej poznać samego siebie	21	12,4	5	6,3	112	34,0	138	23,9	0,000*
Żeby poszerzyć swoją świadomość	24	14,3	9	11,4	131	39,9	164	28,5	0,000*
Ponieważ pomaga mi to być bardziej kreatywnym/ą i oryginalnym/ą	20	12,0	9	11,4	80	24,2	109	19,0	0,001*
Żeby zrozumieć rzeczy z innej strony	22	13,3	13	16,3	97	29,3	132	22,9	0,000*
Żeby być bardziej otwartym/ą na doświadczenia	35	20,8	13	16,7	95	28,9	143	24,9	0,029*
Taki mam nawyk	16	9,7%	32	40,5	55	16,9	103	18,1	0,000*
Z nudów	19	11,3	33	39,3	73	22,1	125	21,4	0,000*
Domniemana legalność	7	4,3	15	19,0	63	19,9	85	15,2	0,000*
Niska jakość tradycyjnych narkotyków	8	4,8	27	34,6	74	23,3	109	19,5	0,000*
Cena	15	9,1	7	8,4	59	18,1	81	14,1	0,007*
Trudne do wykrycia	3	1,9	22	27,5	42	13,1	67	11,9	0,000*
Słaba dostępność innych (tradycyjnych) narkotyków	4	2,4	26	31,0	107	32,6	137	23,7	0,000*

* p<0,05

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3. Typy NSP a motywy ich używania. Wyniki regresji logistycznej.

	Mieszanki ziołowe		Syntetyczne kannabinoidy		Stymulanty pod nazwami handlowymi		Stymulanty i empatogeny w czystej postaci		Psychodeliki		Dysocjanty	
	Exp(B)	95%CI	Exp(B)	95%CI	Exp(B)	95%CI	Exp(B)	95%CI	Exp(B)	95%CI	Exp(B)	95%CI
Mężczyźni	1,266	0,763-2,101	1,152	0,661-2,006	1,353	0,751-2,437	1,010	0,603-1,692	1,118	0,609-2,054	1,113	0,539-2,298
Wiek	0,939**	0,903-0,977	0,956*	0,915-0,999	1,008	0,969-1,049	1,054**	1,013-1,097	1,010	0,969-1,054	1,010	0,960-1,062
Wykształcenie - Podstawowe	1,729	0,844-3,54	2,521*	1,181-5,38	1,215	0,551-2,679	1,649	0,767-3,545	0,860	0,387-1,910	1,860	0,749-4,619
- Średnie	1,329	0,779-2,269	1,479	0,824-2,657	1,334	0,735-2,422	1,141	0,666-1,952	0,865	0,479-1,562	1,241	0,605-2,544
- Wyższe (ref.)												
Zmarginalizowani	4,416***	1,954-9,981	0,861	0,366-2,028	1,567	0,692-3,550	0,283**	0,125-0,644	0,729	0,305-1,738	0,533	0,190-1,496
Uczestnicy imprez	3,732***	2,199-6,337	1,707	0,983-2,965	0,418**	0,226-0,775	0,713	0,417-1,219	0,244***	0,123-0,484	0,250***	0,107-0,582
Internet (ref.)												
Motywy towarzyskie	0,808	0,613-1,064	0,799	0,601-1,063	1,094	0,826-1,449	1,030	0,767-1,382	0,628**	0,463-0,850	0,600**	0,422-0,852
M. radzenia sobie	1,020	0,799-1,301	1,016	0,785-1,315	1,133	0,873-1,469	1,276	0,982-1,657	1,154	0,885-1,506	1,311	0,968-1,777
M. rozwoju	0,869	0,680-1,110	1,247	0,973-1,599	0,919	0,703-1,200	1,229	0,948-1,592	1,903***	1,472-2,461	1,466**	1,095-1,963
M. doznań	0,727*	0,565-0,936	1,318*	1,008-1,725	1,227	0,926-1,625	1,371*	1,066-1,763	1,117	0,845-1,476	1,262	0,904-1,760
M. NSP	1,346	1,001-1,812	1,537**	1,132-2,086	0,890	0,652-1,215	0,950	0,694-1,302	1,254	0,918-1,712	1,123	0,792-1,594
M. imprezowe	1,075	0,814-1,419	0,907	0,680-1,210	1,278	0,950-1,718	1,481**	1,104-1,986	1,199	0,888-1,621	1,339	0,947-1,892
Nagelkerke R2	0,172		0,126		0,084		0,158		0,240		0,171	

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Źródło: Opracowanie własne.

substancji z powodu przyjemnych uczuć z tym związanych było istotne dla 57,8% osób z grupy osób marginalizowanych. Dla nieco mniejszej grupy, ponad 51% badanych, ważne było, aby zapomnieć o zmartwieniach i podnieść się na duchu, gdy byli w złym humorze. Wśród najmniej znaczących motywów używania były: lepsze poznanie samego siebie (6,3%), cena (8,4%) i bycie lubianym (8,9%). Motywy, którymi kierowały się osoby aktywne w internecie, różniły się nieco od tych wymienianych przez użytkowników aktywnych na imprezach oraz zmarginalizowanych. Najczęściej wskazywanym motywem w tej grupie było: „ponieważ lubię to uczucie” (64,5%). Nieco mniej respondentów korzystało z NSP, ponieważ dawało im to przyjemne uczucie (60,2%) i dla zabawy (46,3%). Motywy te mieściły się w kategorii odnoszącej się do poprawy samopoczucia. Najbardziej spotykanymi motywami w tej grupie respondentów były: żeby być lubianym (5,2%) oraz ponieważ są trudne do wykrycia (13,1%). Pierwszy z nich należy do grupy związanej z konformizmem.

Wpływ motywów na używanie substancji

Wyniki analizy regresji logistycznej wskazują, że z zestawu sześciu grup motywów pięć miało istotny statystycznie wpływ na korzystanie z nowych substancji psychoaktywnych. Jedynie motywy radzenia sobie w trudnych sytuacjach nie były związane ze stosowaniem żadnej z analizowanych w badaniu grup substancji. W przypadku pozostałych grup motywów ich rola wiąże się z rodzajem używanych NSP. Używanie nowych substancji z powodów

towarzyskich zmniejszało szansę sięgnięcia po psychodeliki i dysocjanty, natomiast motywy związane z rozwojem znacznie zwiększyły szanse ich użycia – prawie dwukrotnie w przypadku psychodelików, a w przypadku dysocjantów – o połowę. Użytkownicy kierujący się motywami związanymi z osiąganiem doznań rzadziej stosowali mieszanki ziołowe, ale częściej używali syntetycznych kannabinoidów oraz stymulantów i empatogenów w czystej postaci. Motywy związane z charakterystyką NSP (oznaczone w tabeli 3 jako M. NSP) zwiększały o ponad połowę prawdopodobieństwo stosowania syntetycznych kannabinoidów. Ostatnia grupa motywów – imprezowe – wiązały się w niemalże identycznym stopniu z używaniem stymulantów i empatogenów w czystej postaci.

Starsi użytkownicy częściej sięgali po stymulanty i empatogeny w czystej postaci, rzadziej natomiast stosowali mieszanki ziołowe i syntetyczne kannabinoidy. Osoby z wykształceniem podstawowym używały syntetycznych kannabinoidów ponad dwukrotnie częściej niż osoby z wykształceniem wyższym. Zmarginalizowani użytkownicy aż czterokrotnie częściej sięgali po mieszanki ziołowe niż użytkownicy aktywni w internecie, ale znacznie rzadziej stosowali stymulanty i empatogeny w czystej postaci. Użytkownicy rekreacyjni również znacznie częściej używali mieszanek ziołowych w porównaniu do użytkowników aktywnych w internecie, ale rzadziej stosowali stymulanty sprzedawane pod nazwami handlowymi, a także psychodeliki i dysocjanty.

Podsumowanie

Z badań Soussan i Kjellgren (2016) wynika, że jednym z najczęstszych motywów używania nowych substancji psychoaktywnych jest chęć odczuwania przyjemności. Podobne wyniki uzyskaliśmy w naszym badaniu. Natomiast w badaniach Wiszejko-Wierzbickiej i współ. (2016) to kwestie społeczne odgrywały wiodącą rolę w stosowaniu NSP.

Co ważne, z naszego badania wynika, że różne grupy respondentów prezentowały odmienne motywy. Wśród użytkowników rekreacyjnych NSP były najczęściej wykorzystywane na imprezach do lepszej zabawy. Nic w tym dziwnego, gdyż ta grupa użytkowników używa substancji rekreacyjnie w celu wzbogacenia doznań na spotkaniach towarzyskich (Hunt i współ., 2009). Dodatkowo uczestnicy imprez stosują substancje, aby

poprawić relacje społeczne (Soussan, Kjellgren, 2016). Również w naszym badaniu motywy z grupy kontaktów społecznych znalazły się na drugim miejscu pod względem istotności w tej próbie respondentów.

Wśród użytkowników zmarginalizowanych najczęstszym motywem używania nowych substancji psychoaktywnych była chęć odurzenia się. Równie wysoko znalazły się powody związane z grupą motywów związanych z radzeniem sobie z problemami za pomocą substancji. Osoby zmarginalizowane zaliczają się najczęściej do grupy osób regularnie zażywających narkotyki. Nowe substancje psychoaktywne pomagają im radzić sobie z pragnieniem użycia narkotyków, a także z różnymi problemami. W tej grupie dość nisko zostały ocenione motywy z grupy kontaktów społecznych i konformizmu, gdyż osoby te są najczęściej izolowane społecznie. Zrozumiałe jest więc, że ich celem nie jest zwiększenie własnej towarzyskości za pomocą NSP (Benschop i współ., 2020).

W grupie osób aktywnych w internecie, które często eksperymentowały z różnymi substancjami, najczęstszym motywem ich stosowania było „ponieważ lubię to uczucie”, które należało do grupy związanej z doznaniem. Może to mieć związek ze specyficznym stylem używania substancji przez część badanych należących do tej grupy, zwanych „psychonautami”. Osoby te są zainteresowane głównie obserwowaniem wpływu substancji psychoaktywnych na siebie, w tym zmian stanu świadomości i postrzegania rzeczywistości (Zawilska, 2017; Wiszejko-Wierzbicka i współ., 2016).

Motywy używania nowych substancji psychoaktywnych dodane na potrzeby badania, takie jak domniemana legalność, niska dostępność i jakość tradycyjnych narkotyków, cena, trudności z wykryciem miały niewielkie znaczenie dla użytkowników ze wszystkich grup uwzględnionych w badaniu. Najrzadziej wymienianymi motywami były: trudności z wykryciem rodzaju substancji, cena i domniemana legalność. Wyniki te są zgodne z uzyskanymi w innych badaniach prowadzonych w Polsce, w których wykazano, że dla większości użytkowników legalność czy ocena właściwości uzależniających nie mają znaczenia (Wiszejko-Wierzbicka i współ., 2016). Nasze wyniki z kolei różnią się od ustaleń Barratt i współ. (2013) i Soussan, Kjellgren (2016), gdzie domniemana legalność, cena i wysoka dostępność NSP zostały zidentyfikowane jako ważne motywy używania tych substancji.

Wyniki analizy regresji logistycznej wskazują, że wpływ motywów jest ściśle powiązany z rodzajem użytej substancji, przy czym różne motywy mogą zmniejszać lub zwiększać prawdopodobieństwo sięgania po dany rodzaj substancji, np. motywy towarzyskie zmniejszały szanse sięgnięcia po psychodeliki i dysocjanty, natomiast motywy związane z rozwojem zwiększały szanse ich użycia. Użytkownicy kierujący się motywami imprezowymi oraz motywami związanymi z osiąganiem określonych doświadczeń po NSP stosują częściej stymulanty i empatogeny w czystej postaci, co w pewien sposób odpowiada charakterystyce tych substancji jako substancji najczęściej spotykanej na różnych imprezach klubowych. Co ciekawe, motywy związane z charakterystyką NSP zwiększały o ponad połowę prawdopodobieństwo zażywania syntetycznych kannabinoidów, ale nie wpłynęły na stosowanie innych substancji, co z kolei może wiązać się z poszukiwaniem alternatyw dla najczęściej używanych narkotyków, marihuany i innych przetworów konopi, za których posiadanie grożą sankcje karne.

Na koniec należy jeszcze raz podkreślić, że identyfikacja motywów używania nowych substancji psychoaktywnych może przyczynić się do ograniczenia ich używania. NSP mają wiele negatywnych konsekwencji, często nieoczekiwanych dla samych użytkowników. Identyfikując motywy korzystania z nowych substancji psychoaktywnych, możemy lepiej zapobiegać powstawaniu szkód poprzez uwzględnienie ich podczas konstruowania programów profilaktycznych czy oddziaływań psychologicznych.

Nasze badanie wykazało, że użytkownicy rekreacyjni i zmarginalizowani kierują się innymi motywami przy używaniu substancji. To samo dotyczy używania poszczególnych NSP. Motywy, którymi kierują się użytkownicy poszczególnych substancji, różnią się od siebie. Dlatego też programy profilaktyczne, edukacyjne i terapeutyczne powinny być odpowiednio dostosowane do grup użytkowników, a także do rodzaju stosowanych przez nich substancji.

Artykuł powstał na podstawie publikacji: Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Bujalski M. (2022), „Motywy używania nowych substancji psychoaktywnych w trzech grupach użytkowników: rekreacyjnych, zmarginalizowanych i aktywnych w internecie [ENG: Motives for using new psychoactive substances in three groups of Polish users:

nightlife, marginalised and active on the Internet]. Psychiatria Polska 56(3): 453–470, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/131971>.

Bibliografia

- Barratt M.J., Cakic V., Lenton S., „Patterns of synthetic cannabinoid use in Australia”, *Drug Alcohol Rev.* 2013; 32: 141–146. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00519.x>.
- Benschop A., Urbán R., Kapitány-Fövény M. et al., „Why do people use new psychoactive substances? Development of a new measurement tool in six European countries”, *J Psychopharmacol.* 2020;34(6):600–611. doi:10.1177/0269881120904951.
- Bujalski M., Dąbrowska K., Wieczorek Ł., „New psychoactive substances in Poland. The analysis of policy responses and its effects”, *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania.* 2017;30(3):171–184. doi:10.5114/ain.2017.72311.
- Corazza O., Simonato P., Corkery J., Trincas G., Schifano F., „»Legal highs«: safe and legal »heavens«? A study on the diffusion, knowledge and risk awareness of novel psychoactive drugs among students in the UK”, *Riv Psichiatr.* 2014;49(2):89–94. doi:10.1708/1461.16147.
- Gittins R., Guirguis A., Schifano F., Maidment I., „Exploration of the Use of New Psychoactive Substances by Individuals in Treatment for Substance Misuse in the UK”, *Brain Sci.* 2018;8(4):58. Published 2018 Mar 30. doi:10.3390/brainsci8040058.
- Hunt G., Moloney M. and Evans K., „Epidemiology meets cultural studies: studying and understanding youth cultures, clubs and drugs”, *Addict Res Theory.* 2009; 17: 601–621.
- Korf D., Benschop A., Werse B., Kamphausen G., Felvinczi K., Dąbrowska K. et al., „How and Where to Find NPS Users: a Comparison of Methods in a Cross-National Survey Among Three Groups of Current Users of New Psychoactive Substances in Europe”, *Int J Ment Health Addiction.* 2019 Jan 17
- Moore K., Dargan PI., Wood D.M., Measham F., „Do novel psychoactive substances displace established club drugs, supplement them or act as drugs of initiation? The relationship between mephedrone, ecstasy and cocaine”, *Eur Addict Res.* 2013;19(5):276–282. doi:10.1159/000346678.
- Najwyższa Izba Kontroli (2017), „NIK o przeciwdziałaniu sprzedaży dopalaczy. Komunikat Najwyższej Izby Kontroli”, dostępne na dzień: 27.08.2020., <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przeciwdzialaniu-sprzedazy-dopalaczy.html>.
- Soussan C., Kjellgren A., „The users of Novel Psychoactive Substances: Online survey about their characteristics, attitudes and motivations”, *Int J Drug Policy.* 2016; 32:77–84. doi:10.1016/j.drugpo.2016.03.007.
- Winstock A.R., Lawn W., Deluca P., Borschmann R., „Methoxetamine: An early report on the motivations for use, effect profile and prevalence of use in a UK clubbing sample”, *Drug Alcohol Rev.* 2016;35(2):212–217. doi:10.1111/dar.12259.
- Wiszejko-Wierzbicka D., Kidawa M., Jabłońska M., „Motives of new psychoactive substance use and typology of users based on survey and Internet forum analysis within the I-TREND project [Motywy zażywania i typologia użytkowników nowych substancji psychoaktywnych na podstawie badania sondażowego i analizy forów internetowych w ramach projektu I-TREND], *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania.* 2016; 29(2):61–74.
- Zawilska J.B., „An expanding world of novel psychoactive substances: opioids”, *Front Psychiatry.* 2017;8:110.

Jaka jest skala udziału młodzieży w grach o charakterze hazardowym? Czy uległo zmniejszeniu zagrożenie uzależnieniem od hazardu? Czy konsumpcja napojów alkoholowych uległa zmianie? Czy rozpowszechnienie używania narkotyków wzrasta wśród młodzieży? Niniejszy artykuł próbuje odpowiedzieć na te pytania.

MŁODZIEŻ A GRY HAZARDOWE I SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Artur Malczewski

Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Metodologia

Badanie na młodzieży zostało przeprowadzone przez Fundację CBOS i Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) pod koniec 2021 roku na losowej, ogólnopolskiej próbie (operat losowania – System Informacji Oświatowej) 80 szkół dziennych ponadpodstawowych wszystkich typów (licea ogólnokształcące, technika, szkoły branżowe). Część terenowa badania została zrealizowana w październiku i listopadzie 2021 roku (N=1531) wśród ostatnich klas szkół ponadpodstawowych (18-19 lat). Ankieta wypełniana była samodzielnie przez respondentów podczas jednej godziny lekcyjnej (badanie audytoryjne). Wyniki z 2021 roku zostały przedstawione na tle wcześniejszych pomiarów. Artykuł prezentuje wybrane części z raportu¹ opracowanego przez Fundację CBOS i KCPU. W pierwszej części zaprezentowany został udział młodzieży w grach o charakterze hazardowym,

a w drugiej używanie substancji psychoaktywnych, zarówno tych legalnych, jak i nielegalnych.

Rodzaj podejmowanej gry

W badaniu z 2021 roku znalazło się zagadnienie uczestnictwa młodzieży w grach o charakterze hazardowym². Według wyników badania zakres uczestnictwa młodzieży w poszczególnych grach na pieniądze wykazuje lekki trend spadkowy. Rezultat ten dotyczy zarówno graczy okazjonalnych, jak i grających regularnie. Na tle gier uwzględnionych w omawianym badaniu wyjątek stanowią gry na pieniądze w internecie. W tym przypadku odnotowujemy niewielki wzrost odsetka grających w stosunku do 2018 roku. Najpopularniejszą wśród młodzieży grą o charakterze hazardowym pozostaje Lotto. W tę grę regularnie grywa 22% badanych. Warto zwrócić uwagę, że pomimo generalnie dość niskiego na tle innych gier poziomu zainteresowania – relatywnie najwyższe odsetki

Tabela 1. Nakłady i wygrane deklarowane przez grających w czasie ostatnich 12 miesięcy.

Kwoty deklarowane przez grających jako nakłady na grę w czasie ostatnich 12 miesięcy		
	2018	2021
	średnia w zł	
Ogół grających	179	319
Chłopcy	263	432
Dziewczeta	68	168
Kwoty deklarowane przez grających jako wygrane w czasie ostatnich 12 miesięcy		
	2018	2021
	średnia w zł	
Ogół grających	299	466
Chłopcy	433	672
Dziewczeta	124	182

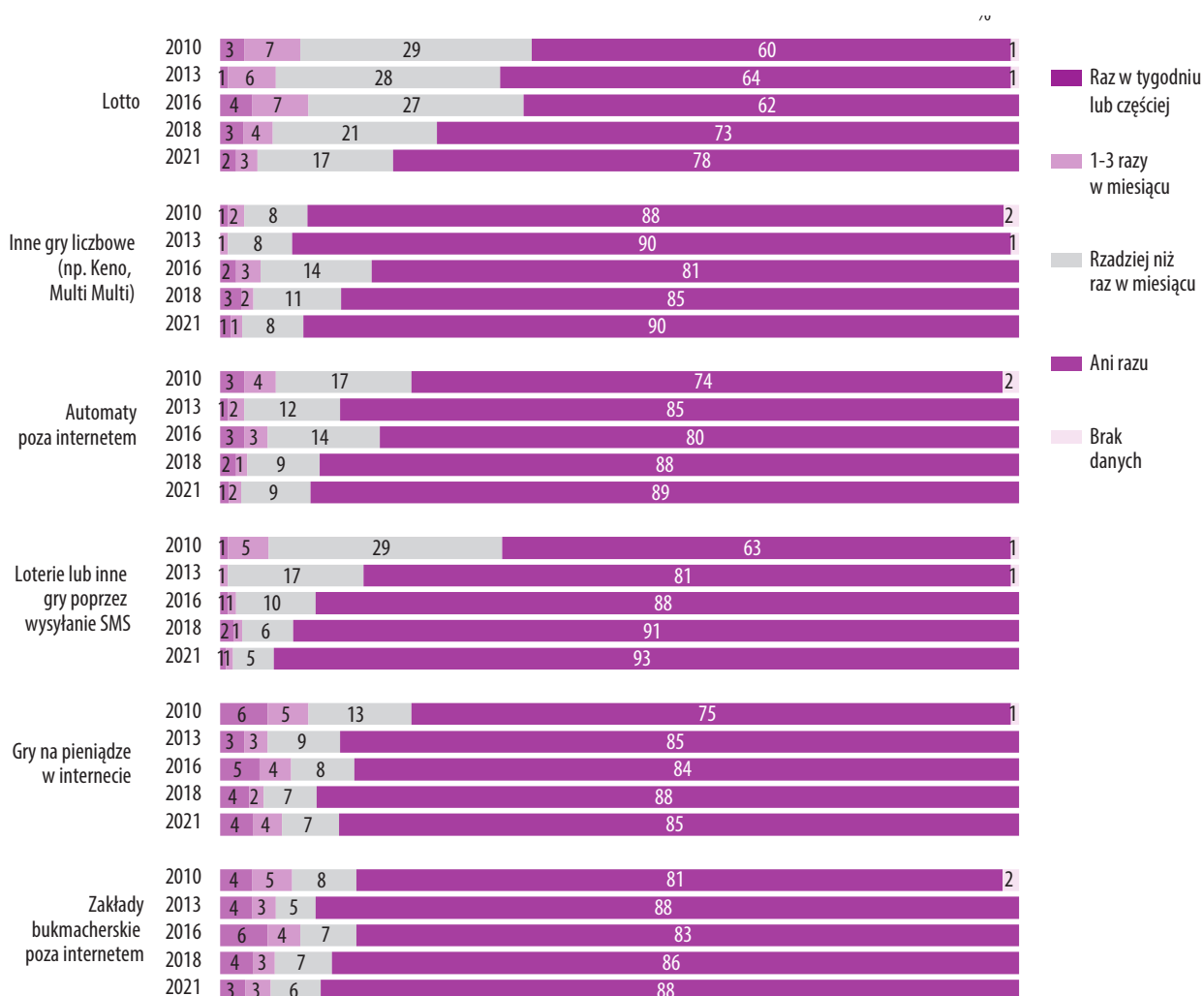
Źródło: Badania KBPN/KCPU.

deklaracji regularnej gry (co najmniej raz w tygodniu) notujemy w przypadku „twardego hazardu” – gier na pieniądze w internecie oraz zakładów bukmacherskich. Wyniki badania pokazały, że w stosunku do 2018 roku odsetek młodych ludzi grających w gry o charakterze hazardowym (niezależnie od deklarowanej częstości) zmalał w 2021 roku o 10 punktów procentowych (z 51% do 41%). Odbłyło się to za sprawą graczy okazjonalnych, których odsetek zmniejszył się z 44% w 2018 roku do 34% w 2021 roku. Odsetek grających regularnie pozostał bez zmian, na poziomie 7%.

Dane wskazują, że najistotniejszym czynnikiem różnicującym udział młodzieży w grach na pieniądze jest płeć. W hazardzie zdecydowanie chętniej uczestniczą chłopcy niż dziewczęta – ogółem grę podejmuje (niezależnie od częstości) 51% chłopców i 34% dziewcząt, a co najmniej raz w tygodniu gra na pieniądze 12%

chłopców i jedynie 3% dziewcząt. Aktywnościami, w przypadku których różnica pomiędzy płciami jest szczególnie widoczna, są gry na pieniądze w internecie i naziemne zakłady bukmacherskie, zdecydowanie chętniej wybierane przez chłopców niż przez dziewczęta. Przynajmniej od czasu do czasu na pieniądze w internecie gra więcej niż co czwarty chłopak (27%), a zakłady bukmacherskie poza internetem zawiera co piąty (21%); w obu przypadkach tego rodzaju aktywność podejmuje jedynie 5% dziewcząt. Wyniki pozwalają sądzić, że wśród czynników skłaniających młodych ludzi do gry na pieniądze istotne znaczenie może mieć negatywna ocena własnych materialnych warunków życia. Osoby oceniające poziom życia swojej rodziny jako zły generalnie uprawiają hazard znacząco częściej niż żyjący – wedle własnej oceny – w dobrych lub średnich warunkach. Preferowane są przez nich gry

Wykres 1. Deklarowana częstość uczestnictwa w grach lub loteriach w ciągu ostatnich 12 miesięcy (%).



Źródło: Badania KBPN/KCPU.

na pieniądze w internecie – regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) podejmuje tego rodzaju aktywność co ósmy młody człowiek spośród negatywnie oceniających poziom życia swojej rodziny (12%).

Ile młodzi wydają na gry o charakterze hazardowym?

Wśród ogółu badanych graczy przeciętny deklarowany koszt gry kształtuje się w 2021 roku na poziomie 319 zł, a średnia deklarowana wartość wygranej to 466 zł. Notowanemu spadkowi zainteresowania hazardem nie towarzyszy zatem obniżenie poziomu finansowego gry. Przeciwnie wyniki badania pokazują, że średnio młodzież wydaje na ten cel znacząco więcej niż w 2018 roku, więcej też – wedle własnych deklaracji – wygrywa. Podobnie jak w latach poprzednich, w porównaniu z dziewczętami grający chłopcy deklarują zarówno większe nakłady na grę, jak i wyższe zyski z hazardu. W stosunku do 2018 roku nie notujemy istotnych zmian w sposobie postrzegania opłacalności hazardu przez młodych graczy. Wśród ogółu grających opinie na ten temat są podzielone, choć przeważa nieco przekonanie o ujemnym bilansie gry – 51% badanych deklaruje niższą kwotę wygranych niż nakładów na grę, w przypadku 46% proporcje są odwrotne (w 2018 roku odpowiednio: 50% i 43%).

Zagrożenie uzależnieniem od hazardu

W badania z 2021 roku po raz kolejny zamieszczony został zestaw pytań składających na się na tzw. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)³, którego celem jest pomiar ryzyka uzależnienia od hazardu wśród osób grających w gry na pieniądze. Badani odpowiadali na 9 pytań, a odpowiedziom przypisywane były wartości punktowe, które następnie, po zliczeniu, interpretowano według schematu:

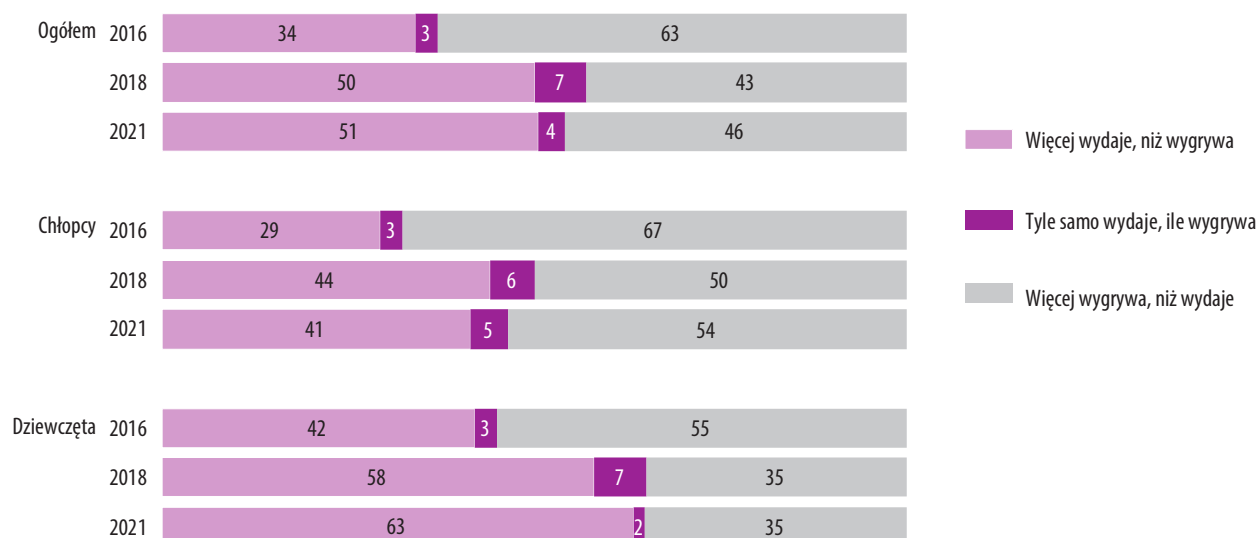
- 0 pkt: brak problemu z hazardem,
- 1–2 pkt: niski poziom ryzyka uzależnienia,
- 3–7 pkt: umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia,
- 8–27 pkt: wysoki poziom ryzyka uzależnienia/problem z hazardem.

Pytania testowe zamieszczone w ankiecie wypełnianej przez uczniów dotyczyły poniższych kwestii:

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

1. zdarzało ci się zaryzykować na grę więcej, niż mogłeś(a)ś sobie na to pozwolić?
2. zdarzało się, że musiałe(a)ś zwiększać stawkę, żeby uzyskać taką samą jak poprzednio przyjemność z gry?
3. zdarzało się, że wracałeś(a)ś do gry innego dnia z myślą, aby się odegrać?
4. zdarzało się, że pożyczale(a)ś pieniądze lub sprzedawałeś(a)ś coś, aby mieć za co grać?

Wykres 2. Hazard – bilans nakładów i zysków na podstawie deklaracji badanych o kwotach wydawanych i wygrywanych (%).



Źródło: Badania KBPN/KCPU.

5. miała(a)ś poczucie, że gra jest dla ciebie problemem?
6. odczuwała(a)ś stres, niepokój lub dolegliwości zdrowotne, których przyczyną mogła być gra?
7. ktoś krytykował cię z powodu grania lub zarzucał, że masz problem z grą (bez względu na to, czy, twoim zdaniem, miał rację, czy nie)?
8. zdarzało się, że twoja gra była przyczyną kłopotów finansowych, twoich lub/i twoich najbliższych?
9. miała(a)ś poczucie winy z powodu grania lub w związku z tym, co robiła(a)ś w tym czasie?

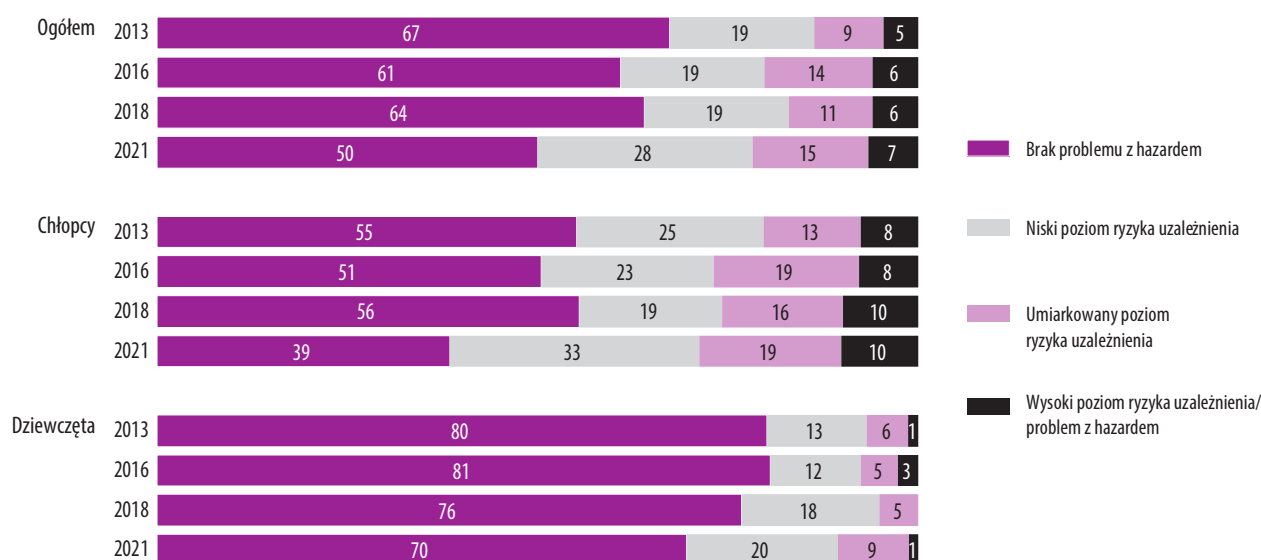
Odnotowany spadek zainteresowania młodzieży grami na pieniądze nie skutkuje zmniejszeniem zagrożenia uzależnieniem od hazardu, a rosnące nakłady na hazard korespondują z danymi odnoszącymi się do bezpieczeństwa gry. W stosunku do 2018 roku zmniejszyła się znacząco grupa grających bezpiecznie (o 14 punktów procentowych), przy jednoczesnym wzroście odsetka zagrożonych ryzykiem uzależnienia w stopniu umiarkowanym bądź wysokim (łącznie o 5 punktów procentowych). Obecnie wśród ogółu młodych graczy 7% to osoby poważnie zagrożone uzależnieniem od hazardu.

Podobnie jak w latach poprzednich, zagrożenie uzależnieniem od hazardu to przede wszystkim problem chłopców, a dane wskazują, iż korelacja z płcią ma

charakter postępujący. W stosunku do 2018 roku odsetek chłopców grających bezpiecznie zmniejszył się z 56% do 39%; wprawdzie grupa zdradzających symptomy wysokiego ryzyka uzależnienia pozostaje na stałym poziomie (10%), nastąpił jednak znaczący wzrost odsetka chłopców grających ryzykownie w stopniu umiarkowanym bądź niskim (łącznie o 17 punktów procentowych w stosunku do 2018 roku). Wśród dziewcząt zdecydowana większość (70%) gra bezpiecznie, należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że obecny pomiar jest drugim z kolei, w którym notujemy wzrost odsetka dziewcząt grających ryzykownie: umiarkowany/wysoki poziom ryzyka uzależnienia dotyczy obecnie 10% grających dziewcząt, co oznacza wzrost o 100% w stosunku do 2018 roku.

Młodych ludzi zagrożonych uzależnieniem od hazardu znajdujemy przede wszystkim wśród uczniów szkół branżowych – umiarkowany bądź wysoki poziom ryzyka dotyczy tam w sumie 35% grających uczniów. Symptomy problemowego grania częściej niż przeciętnie zdradzają młodzi gracze mieszkający na wsiach i w najmniejszych miastach (po 24%). Ryzyku uzależnienia od hazardu sprzyja negatywna ocena materialnych warunków życia i mieszkanie bez rodziców.

Wykres 3. Ryzyko uzależnienia od hazardu wśród osób grających na pieniądze (%).



Źródło: Badania KBPN/KCPU.

Palenie papierosów przez młodzież

Badania realizowane w latach 1992–2003 wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (z 23% do 31%), jednak w roku 2008 odnotowaliśmy spadek w tym zakresie (do 22%). Obecnie możemy mówić o lekkim wzroście wartości tego wskaźnika względem poprzedniego badania – w 2021 roku regularne palenie deklarowało 20% badanych. Od 2010 roku odsetek niepalących utrzymuje się na podobnym poziomie – około 60%. Liczba osób palących w wyjątkowych sytuacjach zmniejszyła się od poprzedniego pomiaru z 21% do 19%.

W najnowszym sondażu niepalenie zadeklarowało 61% dziewcząt (tyle samo co w 2018 roku) i podobny odsetek chłopców – 62% (w 2018 roku – 59%). W roku 2021, podobnie jak w 2018, niepalącą młodzież stanowili najczęściej uczniowie liceów ogólnokształcących (64% – publicznych oraz 66% – prywatnych). Najmniejsze odsetki niepalących odnotowano wśród uczniów szkół branżowych – 54% (w 2018 roku – 50%). W badaniu z 2021 roku spośród uczniów uważających sytuację materialną swojej rodziny za dobrą, nie paliło 62%, a spośród tych, którzy określili warunki materialne w rodzinie jako złe – 53%. Wśród badanych, których ojcowie posiadają wykształcenie podstawowe, nie paliło 57%, a w przypadku wyższego wykształcenia ojca odsetek ten wyniósł 65%. Najwięcej niepalących uczniów odnotowano w rodzinach, gdzie rodzice posiadali wykształcenie zasadnicze zawodowe – 64%. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, trudno uchwycić wyraźne różnice. Odsetek niepalących był największy na wsi – 63%, a najmniejszy w miastach poniżej 20 tys., a także tych liczących 500 tys. i więcej mieszkańców (po 58% w obu typach miast).

Osoby mieszkające z obojgiem rodziców częściej deklarowały niepalenie (63%) niż osoby mieszkające z jednym

rodzicem (52%). Na wskaźniki związane z paleniem papierosów wpływ ma uczestnictwo w praktykach religijnych. Im silniejsze zaangażowanie religijne, tym więcej niepalących, a mniej regularnych palaczy. Wpływ tego czynnika na zachowania młodzieży odnotowano we wszystkich dotychczasowych badaniach. Wśród tych, którzy w ostatnim sondażu deklarowali, że uczestniczą w praktykach religijnych raz w tygodniu, osoby niepalące stanowią 75%, a wśród w ogóle niebiorących w nich udziału – 55%. Najmniej niepalących jest wśród uczniów głęboko wierzących (72%), wśród niewierzących pali 50%. Po papierosy rzadziej sięgają uczniowie otrzymujący bardzo dobre oceny – 23%. Połowa uczniów mających niskie oceny (49%) przyznała się do palenia papierosów.

Picie alkoholu przez młodzież

W badaniu przeprowadzonym w roku 2021, podobnie jak we wcześniejszych pomiarach, napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki.

W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2021 roku 66% (74% w 2018 roku) uczniów przynajmniej raz piło piwo, 62% (tak samo jak w roku 2018) – wódkę i inne mocne alkohole, a 37% (43% w 2018 roku) – wino. W porównaniu z poprzednim pomiarem nastąpił spadek wskaźników dotyczących picia piwa oraz wina. Częstość picia wymienionych trzech grup alkoholi w poszczególnych latach ilustruje poniższa tabela.

Upijanie się młodzieży

Z najnowszego pomiaru z 2021 roku wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 43% uczniów (w 2018 roku – 44%). Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie,

Tabela 2. Czy palisz papierosy?

Czy palisz papierosy?	1992	1994	1996	1999	2003	2008	2010	2013	2016	2018	2021
	w procentach										
Tak, regularnie	23	27	25	30	31	22	23	21	21	18	20
Tak, ale tylko w wyjątkowych sytuacjach	18	15	15	17	18	16	17	21	20	21	19
Nie	59	58	60	54	50	62	59	58	59	60	61

Źródło: Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN/KCPU: 2003–2021.

Tabela 3. Ile razy w ciągu ostatniego miesiąca piłę(a)ś piwo, wino lub wódkę?

Czy w ciągu ostatniego miesiąca pił(a)ś piwo, wino lub wódkę?	1992	1994	1996	1999	2003	2008	2010	2013	2016	2018	2021
	w procentach										
Piwo											
Ani razu	47	40	31	25	15	22	24	27	28	23	34
1 raz	8	10	11	13	10	10	9	10	13	11	13
2–3 razy	11	18	18	22	22	23	21	23	23	23	22
4–5 razy	7	10	14	14	15	14	15	16	14	15	12
6 razy i więcej	10	18	23	20	24	25	26	22	21	22	19
Tak, bez podania ile razy	13	3	2	2	5	3	3	1	0	0	0
Wino											
Ani razu	59	59	67	75	44	67	67	65	59	53	63
1 raz	16	17	14	12	12	13	15	17	17	18	15
2–3 razy	11	15	13	7	10	10	11	12	16	17	15
4–5 razy	3	4	3	3	4	3	3	4	5	5	4
6 razy i więcej	2	4	3	2	4	2	2	2	3	3	3
Tak, bez podania ile razy	6	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0
Wódka											
Ani razu	69	53	53	54	29	42	37	33	37	37	39
1 raz	10	18	17	17	17	19	20	21	20	20	17
2–3 razy	7	15	16	16	21	20	22	27	26	23	25
4–5 razy	3	7	6	5	7	8	10	12	10	10	11
6 razy i więcej	2	5	6	5	6	6	7	7	7	8	9
Tak, bez podania ile razy	6	2	1	3	2	1	2	1	0	0	0

Źródło: Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN/KCPU: 2003–2021.

wyniósł 13% (tyle samo co w 2018 roku). Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (47%) niż dziewczęta (39%). W roku 2021 upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie szkół branżowych (54%). Widoczne jest różnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upijali się więcej uczniowie słabszy (dwójkowych i trójkowych – 50%) niż tych z lepszymi ocenami (czwórkowi – 39%, piątkowi i szóstkowi – 31%). W ostatnim badaniu nie stwierdzono związku między wykształceniem rodziców a upijaniem się ich dzieci. W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 47% uczniów, natomiast wśród badanych deklarujących średnią i dobrą sytuację materialną – 42%. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, największe odsetki odnotowano w miastach liczących

powyżej 500 tys. mieszkańców – 54%. Na opisywane zachowania wpływ mają postawy religijne młodzieży. Wśród badanych, którzy uczestniczą w praktykach religijnych raz w tygodniu, w miesiącu poprzedzającym sondaż upiło się 35%, a w grupie osób w ogóle w nich nieuczestniczących – 46%.

Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku

Uczniowie pytani byli o własne doświadczenia związane z używaniem narkotyków, a następnie, jeśli ich używali, proszeni byli o ich wymienienie. W roku 2008 po raz pierwszy mieli wskazać używane substancje psychoaktywne wymienione w ankiecie, wśród których

Tabela 4. Czy w ciągu ostatniego roku używałeś(aś) narkotyków, środków odurzających?

Czy w ciągu ostatniego roku używałeś(aś) narkotyków, środków odurzających?	1992	1994	1996	1999	2003	2008	2010	2013	2016	2018	2021
	w procentach										
Tak	5	10	10	18	24	15	16	18	17	16	13
Nie	95	90	90	82	76	85	84	82	82	83	87

Źródło: Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN: 2003–2021.

Tabela 5. Używanie substancji psychoaktywnych.

Nie, nigdy					Tak																		
Kiedykolwiek w życiu					W ciągu ostatnich 12 miesięcy					W ciągu ostatnich 30 dni													
2008	2010	2013	2016	2018	2021	2008	2010	2013	2016	2021	2008	2010	2013	2016	2021	2008	2010	2013	2016	2018	2021		
w procentach																							
Marihuana lub haszysz																							
69,1	63,0	59,3	57,2	61,1	63,0	30,5	35,7	40,2	42,0	37,5	36,2	16,4	18,0	23,0	21,0	20,2	19,4	7,3	7,7	9,0	9,3	9,8	
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza																							
77,9	78,4	79,6	80,2	76,6	78,4	21,8	19,9	19,7	18,6	22,0	20,4	11,2	9,6	11,0	9,2	13,7	11,0	4,7	3,8	5,1	4,4	6,3	5,4
Amfetamina																							
90,6	91,0	92,1	92,0	92,0	93,0	9,0	6,8	6,9	7,2	5,9	6,0	3,7	3,0	3,4	3,3	3,2	3,1	1,1	1,5	1,7	1,4	1,3	1,7
Ecstasy																							
94,3	94,8	96,7	95,3	94,3	95,2	5,5	3,5	2,6	3,9	4,2	3,8	3,0	1,4	1,4	1,9	1,8	1,8	1,1	0,8	1,0	0,9	1,1	0,9
Substancje wziewne																							
96,8	95,3	96,5	96,5	94,8	95,8	2,9	2,8	2,8	2,8	3,8	3,1	1,0	0,7	0,7	1,2	1,8	0,9	0,6	0,5	0,5	0,8	1,1	0,9
LSD lub inne halucynogenne (od 2013 r. razem z grzybami halucynogennymi)																							
97,5	94,9	95,1	94,9	94,2	95,5	2,3	3,3	4,4	4,3	4,4	3,5	1,3	1,4	1,8	2,2	2,2	1,5	0,5	0,7	1,1	1,1	1,2	0,5
Grzyby halucynogenne																							
96,1	94,7	-	-	-	-	3,6	3,4	-	-	-	-	2,0	1,4	-	-	-	-	1,1	0,6	-	-	-	-
Kokaina (od 2013 r. razem z crackiem)																							
97,5	94,8	96	95,4	94,9	95,7	2,2	2,3	3,5	3,4	3,7	3,4	1,1	0,7	1,9	1,6	2,1	1,6	0,6	0,6	1,1	1,0	1,2	0,7
Crack																							
98,6	95,8	-	-	-	-	1,2	2,3	-	-	-	-	0,5	0,6	-	-	-	-	0,4	0,5	-	-	-	-
Relevin (nie istniejąca substancja dodawana do badania w celu weryfikacji wiarygodności odpowiedzi uczniów)																							
99,1	96,7	98,5	97,1	97,0	98,0	0,8	1,4	1,0	1,7	1,6	1,6	0,4	0,4	0,4	0,7	1,1	0,6	0,3	0,3	0,2	0,6	0,9	0,4
Heroina																							
98,5	96,3	97,9	96,9	96,8	97,8	1,3	1,9	1,6	1,9	1,8	1,2	0,6	0,8	1,0	0,7	1,2	0,5	0,1	0,5	0,7	0,7	1,0	0,4
Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzenia się																							
96,5	93,6	95,3	94,3	95,0	94,3	3,2	4,7	4,2	4,9	3,8	4,7	1,9	2,2	2,1	1,9	1,7	2,0	0,9	1,1	1,0	1,2	1,1	1,0
„Dopalacze” („legal highs” czyli nowe substancje psychoaktywne)																							
96,4	86,8	94,3	95,6	96,0	97,4	3,5	11,4	5,2	3,6	2,6	1,6	2,6	7,2	2,0	1,1	1,5	0,3	1,5	1,1	1,0	0,7	0,7	0,3
Dekstrometorfan (DXM)																							
98,8	97,0	98,1	97,0	96,8	96,8	1,0	1,3	1,4	1,8	1,6	1,5	0,6	0,4	0,8	0,8	0,9	0,5	0,5	0,2	0,1	0,6	0,5	0,2
Sterydy anaboliczne																							
96,4	95,2	97,1	95,7	96,3	96,3	3,4	2,9	2,2	2,9	2,2	1,3	1,9	0,9	1,2	1,5	1,3	0,6	0,7	0,5	0,7	1,3	0,9	0,3
Mefedron																							
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4

Źródło: Badania KBPN/KCPU. W zestawieniu nie uwzględniono braków danych.

były również „dopalacze”. Ponadto odpowiadali na pytanie o kontakt z substancjami psychoaktywnymi: w ciągu 30 dni przed badaniem – co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. *current use*); w ciągu ostatnich 12 miesięcy – jako wskaźnika używania aktualnego (ang. *recent use*); oraz kiedykolwiek w życiu – co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*).

Taki sposób zadawania pytań pozwala na dokładne określenie poziomu powszechności używania narkotyków. Ponadto poprzez zamieszczenie w ankiecie listy substancji zdefiniowany został termin „narkotyki”. Porównanie odpowiedzi na oba pytania stanowi materiał do pogłębionych analiz. W przypadku pytania z listą substancji odsetki uczniów deklarujących zażywanie narkotyków są wyższe niż wtedy, gdy proszono ich o wymienienie jakiegokolwiek narkotyku. Wynika to z faktu, że badani mogli wymienić tylko trzy substancje spośród tych, których używali.

W latach 1992–2003 odsetek uczniów, którzy używali narkotyków w ciągu ostatniego roku przed badaniem, systematycznie rósł (z 5% do 24%). W 2008 roku zmniejszył się do 15%, ale w kolejnych badaniach obserwowaliśmy niewielkie jego wzrosty. Od 2016 roku rozpoczął się trend spadkowy, który potwierdzają ostatnie wyniki – 13% odpowiedzi twierdzących.

Rozpowszechnienie używania narkotyków

Pod ogólną nazwą „narkotyki” kryje się wiele substancji o różnorodnym działaniu – od stymulującego do uspokajającego. Począwszy od 2008 roku w kwestionariuszu zamieszczono pytania dotyczące używania przez młodzież poszczególnych narkotyków. Respondenci zostali poproszeni o zaznaczanie właściwej odpowiedzi na pytanie, czy używali wymienionego narkotyku „w ciągu ostatnich 30 dni”, „w ciągu ostatnich 12 miesięcy” lub „kiedykolwiek w życiu”. Osoby, które deklarowały używanie narkotyków „w ciągu ostatnich 30 dni”, były klasyfikowane równocześnie do kategorii używających narkotyków „w ciągu ostatnich 12 miesięcy” i „kiedykolwiek w życiu”. Z tego powodu odsetków odpowiedzi na te pytania nie można sumować. Rozkłady odpowiedzi zaprezentowane są w tabeli 5. W badaniu w 2013 roku wprowadzono drobne zmiany, mające na celu uproszczenie narzędzia badawczego – kokainę i crack połączono w jedną grupę, podobnie LSD i grzyby halucynogenne, skracając w ten sposób listę wielu substancji, które wymienione były w ankiecie wypełnianej przez respondentów. Najczęściej zażywane przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek

Tabela 6. Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych środków?

Substancje psychoaktywne	Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?									
	Nie używa(a)m		1–2 razy		3–9 razy		10–39 razy		40 razy lub więcej	
	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021	2018	2021
	w procentach									
Marihuana, haszysz	60,8	63,8	11,8	11,0	13,0	11,5	6,8	6,2	5,7	6,2
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	80,4	81,8	9,9	8,2	4,2	4,4	2,4	2,9	1,2	1,1
Amfetamina	92,7	94,2	2,2	1,4	1,5	1,2	0,8	0,5	0,8	1,1
LSD lub grzyby halucynogenne i inne halucynogeny	95,2	95,7	1,4	1,3	0,8	0,9	0,3	0,4	0,4	0,3
Kokaina, crack	95,5	96,0	1,0	1,3	0,8	0,7	0,3	0,5	0,4	0,4
Leki przeciwkaszlowe przyjmowane w celu odurzania się	95,2	94,6	3,5	2,1	0,9	1,2	0,1	0,3	0,2	0,4
Substancje chemiczne (np. klej, aerozol) używane w celu odurzania się	96,0	96,3	0,9	0,8	0,7	0,5	0,2	0,5	0,4	0,3

Źródło: Badania KBPN/KCPU.

w życiu” przyznało się w 2021 roku 36% badanych, co oznacza spadek (o 6 punktów procentowych) w stosunku do rekordowego roku 2016. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających ostatni pomiar marihuany lub haszysz zażywał co piąty uczeń (19%, w 2018 roku – 20%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2018 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (20%, w 2018 roku – 22%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – blisko co dziesiąty badany (11%, w 2018 roku – 14%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co dwudziesty (5%, 6% w 2018 roku). W przypadku używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza odnotowano spadek używania. Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2021 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 6% uczniów. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie amfetaminę zażywało 3%, a w ciągu ostatnich 30 dni – 2%. Odsetek badanych, którzy sięgali po ecstasy, wyniósł 4%, w ciągu ostatniego roku – 2%, a w ciągu ostatniego miesiąca – 1%.

Uczniowie pytani byli również o to, ile razy zażywali wymienione w ankiecie substancje. Najczęściej przyjmowanymi narkotykami były marihuana lub haszysz. Raz lub dwa razy w życiu używało ich 11% uczniów, 3–9 razy – 12% badanych, 10–39 razy – 6%, a więcej niż 40 razy – 6%. Wskaźniki częstości używania marihuany i haszysz są podobne jak w roku 2018. Odsetek osób, które zadeklarowały, że nie używały tych dwóch substancji, zwiększył się z 61% do 64%.

Skala używania „dopalaczy”

W przypadku „dopalaczy” (nowych substancji psychoaktywnych) odnotowujemy spadek używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy z nimi eksperymentowali, wyniósł 2,6%. W ciągu ostatniego roku oraz miesiąca poprzedzającego badanie „dopalaczy” używało po 0,3% uczniów. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzenia naszych badań – to jest od roku 2008.

W 2021 roku do bloku pytań o poszczególne substancje psychoaktywne po raz pierwszy dodano pytanie o mefedron, który jest nową substancją psychoak-

tywną o działaniu stymulującym, zdelegalizowaną w 2010 roku. Do używania kiedykolwiek w życiu mefedronu przyznało się 4,4% respondentów, w ciągu ostatniego roku przed badaniem 2,1%, a w ciągu ostatnich 30 dni – 1,4%. O „dopalaczach” słyszało 62% badanych w 2021 roku (64% w roku 2018). Kolejną kwestią poruszoną w badaniu było kupowanie „dopalaczy”. Według najnowszego badania 1,1% (1,3% w 2018 roku) respondentów kupowało je w sklepach stacjonarnych. Z polskiego sklepu internetowego korzystało 2,3% (1,4% w 2018 roku) uczniów, a ze sklepu zagranicznego – 2,2% (1,4% w 2018 w roku). Podobny odsetek badanych korzystał z ukrytych giełd internetowych, tzw. kryptomarketów – 2,3% (1,8% w roku 2018).

Podsumowanie

Odnotowany spadek zainteresowania młodzieży grami na pieniądze nie skutkuje zmniejszeniem zagrożenia uzależnieniem od hazardu. Według badania z 2021 roku wśród ogółu młodych graczy 7% to osoby poważnie zagrożone uzależnieniem od hazardu. Warto zwrócić uwagę, że prezentowane badanie zostało przeprowadzone pod koniec 2021 roku, w efekcie mamy obraz używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w trakcie pandemii COVID-19. Na podstawie pomiaru z 2021 roku nie odnotowano wzrostu używania substancji psychoaktywnych w trakcie pandemii, a w przypadku piwa, wina i narkotyków odnotowano zmniejszenie się skali używania. Dane dotyczące „dopalaczy” także wskazują na pozytywne tendencje, które już wcześniej pokazywały badania ESPAD, które jednak realizowano na trochę młodszych rocznikach (15–16 lat oraz 17–18 lat). Następane badania pokażą, czy jest to efekt pandemii COVID-19, czy nowy trend dotyczący sięgania po substancje psychoaktywne.

Przypisy

- ¹ Raport jest dostępny na stronie: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>.
- ² Część artykułu dotycząca gier o charakterze hazardowym stanowi skrót rozdziału z raportu „Młodzież 2021”, przygotowanego przez Magdalenę Gwiazdę pt. „Uczestnictwo w grach o charakterze hazardowym”.
- ³ Wersja testu klinicznego dostosowana do specyfiki badania ilościowego.

Fundacja Studio Psychologii Zdrowia dzięki funduszom z m.st. Warszawa w 2021 roku przeprowadziła kampanię społeczną „Alkohol – Znaj ryzyko”. Była ona skierowana zasadniczo do mieszkańców Warszawy, ale niektóre z jej narzędzi mogą oddziaływać na znacznie większą skalę. Są nimi filmy edukacyjne oraz aplikacja „Znaj ryzyko”, dostępna zarówno dla urządzeń obsługiwanych przez system Android, jak i iOS. Ważnym elementem kampanii było przeprowadzenie badania i opisanie jego wyników w raporcie „Jak piją i oceniają spożycie alkoholu mieszkańcy Warszawy”, który został opublikowany w listopadzie 2021 roku.

(NIE)BEZPIECZNA SPRAWA

Magdalena Pachciarek

Psycholog

Stowarzyszenie MONAR

Od ogółu do szczegółu

W 2018 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła ogólnoswiatowy raport prezentujący dane dotyczące spożycia alkoholu, obserwowalnych trendów oraz rekomendacje zmierzające do zmniejszenia jego konsumpcji w przyszłości. Światowe dane z 2016 roku wskazują, że 57% populacji w wieku powyżej 15 lat w ciągu dwunastu miesięcy poprzedzających badanie nie piło alkoholu, a około 2,3 miliarda osób w tym przedziale wiekowym to osoby aktualnie pijące. W trzech regionach WHO (obie Ameryki, Europa i Zachodni Pacyfik) ponad połowa populacji używa alkoholu. Region europejski jest regionem, w którym jest spożywana największa ilość czystego alkoholu na głowę mieszkańca rocznie. Dzieje się tak pomimo faktu, iż ilość ta uległa zmniejszeniu i jest to jedyny region, w którym taka tendencja się ujawniła w badanym przez WHO okresie. Jest to również jedyny obszar świata, w którym spadło spożycie alkoholi wysokoprocentowych, a wzrosło spożycie piwa i wina. Niepokojące dane z regionu Europy dotyczą spożywania alkoholu w grupie osób w wieku 15-19 lat, która jest najwyższa we wszystkich badanych grupach i regionach, i wynosi aż 43,8%. We wszystkich regionach świata najwyższa częstotliwość ciężkich epizodów upijania się (*heavy episodic drinking*; określanych jako przyjęcie co najmniej 60 g czystego alkoholu podczas jednokrotnego picia co najmniej raz w miesiącu) jest w grupie osób między 20. a 24. rokiem życia. W tej grupie dominują mężczyźni. W ogóle raport wskazuje, iż kobiety piją rzadziej i mniejsze ilości niż mężczyźni. Dane światowe wskazują również,

że w bogatszych krajach alkohol pije się częściej i wypija go więcej. Tak samo jest w Europie. W regionie europejskim jest również najwyższy odsetek osób uzależnionych od alkoholu (14,8% mężczyzn i 3,5% kobiet); w krajach bogatszych jest to częstszy problem. Prowadzona przez wiele regionów polityka antyalkoholowa przynosi pozytywne efekty i przyczynia się do zmniejszania poziomu spożycia alkoholu (w regionie europejskim ten poziom spadł o 10%; choć nadal jest jednym z najwyższych na świecie). Niemniej i tak osiągnięte efekty są dalekie od pożądanych, czyli nie przynoszą efektywnej ochrony społeczeństw przed negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu. A jest ono powiązane z ponad 200 chorobami, odpowiada za ponad 5% zgonów na całym świecie, 7,2% przedwczesnych zgonów ma związek ze spożywaniem alkoholu (w przypadku osób pomiędzy 20. a 39. rokiem życia jest to 13,5%!). W polskich badaniach przeprowadzonych w 2020 roku przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych prawie 20% osób nie piło przez 12 miesięcy poprzedzających ankietowanie. W polskiej populacji piwo jest najczęściej wybieranym alkoholem. Potwierdziło się również stwierdzenie z badań światowych, że mężczyźni piją częściej niż kobiety i w przypadku Polaków dzieje się to trzykrotnie częściej. W polskich warunkach mężczyźni częściej niż kobiety piją alkohole wysokoprocentowe i piwo niż wino. Częściej też występują u nich sytuacje, które uwzględniał test przesiewowy (RAPS – *Rapid Alcohol Problems Screen*), badający występowanie używania alkoholu o ryzykownym charakterze. Przynajmniej jedno kryterium picia

ryzykownego spełnia 14,2% ankietowanych, a trzy z czterech między 10 a 13%. U kobiet najczęściej pojawiającym się kryterium jest poczucie winy, zaś u mężczyzn – utrata pamięci. Ważnym motywem powiązanym z sięganiem po alkohol w Polsce są sytuacje społeczne (spotkania towarzyskie, okolicznościowe itp.). Niewielki odsetek badanych sięga po alkohol w samotności. Około 30% pytanych pije alkohol co najmniej raz w tygodniu i tyle samo co najmniej raz w miesiącu i rzadziej. Prawie codziennie lub codziennie pije około 8% ankietowanych.

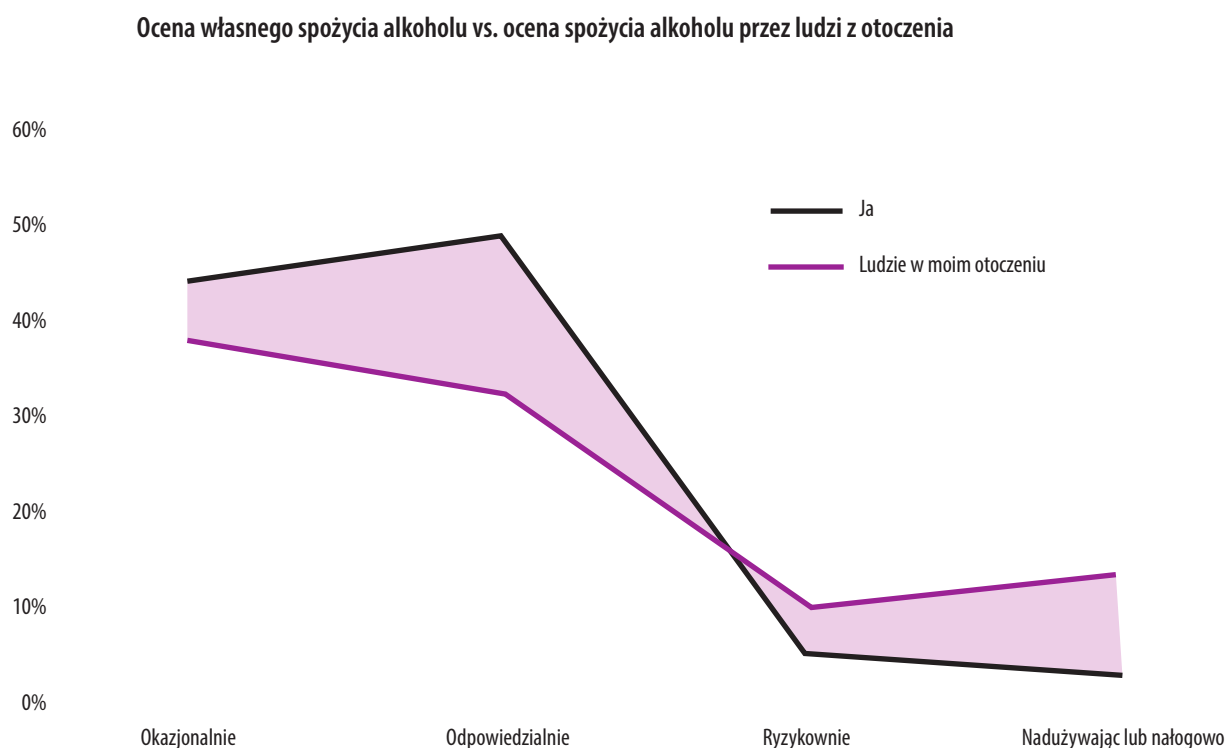
Mam tak samo jak ty, miasto moje

Badanie stanowiące element kampanii „Alkohol – Znaj ryzyko”, zostało przeprowadzone w sierpniu 2021 roku. Wzięło w nim udział 300 osób, a ich struktura demograficzna oddawała strukturę demograficzną mieszkańców Warszawy (z niewielkimi odchyleniami). Uzyskane wyniki wskazują, że warszawiacy piją 5% więcej alkoholu niż ilość, którą WHO uznaje za wględnie bezpieczną przy jednorazowym spożyciu piwa, zaś w przypadku wina dawka ta jest

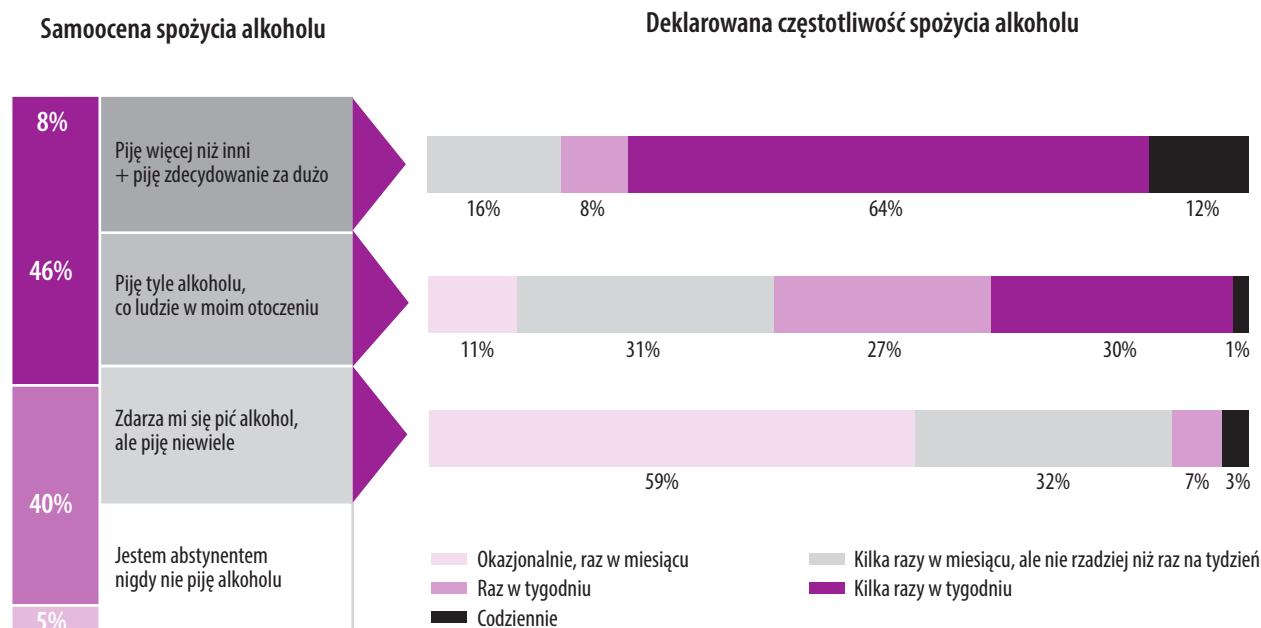
przekroczona o 9% przez mężczyzn i 26% przez kobiety, a jeśli chodzi o alkohole wysokoprocentowe, to ilości te są przekroczone odpowiednio o 50 i 80%. Ponadto dane WHO z 2016 roku dotyczące epizodów ciężkiego picia (*heavy episodic drinking*), które w skali światowej dotyczą 18,2% populacji, w przypadku warszawiaków odnoszą się do aż 47% (!) ankietowanych. Już te wstępne dane wskazują, że używanie alkoholu przez mieszkańców Warszawy nosi znamiona picia ryzykownego bądź szkodliwego. I może byłby to kolejny raport obrazujący polską rzeczywistość dużych miast pod kątem sięgania po alkohol, gdyby nie istotny jego aspekt: poddaje on oglądowi również to, jak badani postrzegają własne picie alkoholu i osób w ich otoczeniu.

Już ten pierwszy wykres w raporcie jest ciekawy. Wynika z niego, że dominująca większość ankietowanych uważa, że pije alkohol okazjonalnie i odpowiedzialnie. Zdecydowanie bardziej krytycznie postrzega picie osób będących w ich otoczeniu. Dodatkowo im sami piją bardziej ryzykownie czy wręcz nałogowo, tym bardziej łagodnie oceniają własne picie, a bardziej surowo picie innych. Jest to o tyle niepokojące, że

Wykres 1. Inaczej patrzymy na własne picie.



Wykres 2. Częstotliwość spożycia alkoholu wyraźnie rośnie w przypadku osób oceniających swoje spożycie jako porównywalne do osób w otoczeniu i pijących więcej niż otoczenie/zdecydowanie za dużo.



oznacza, iż im bardziej ryzykowny jest styl picia danej osoby, tym mniej to dostrzega i tym bardziej ryzyko staje się większe. Tym bardziej, że zwykle te osoby piją jeszcze więcej.

Zmienną, która różnicuje badanych poza płcią, jest wiek. Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, światowych i polskich, potwierdza się, że grupą wiekową najczęściej sięgającą po alkohol są osoby w wieku pomiędzy 26. a 30. rokiem życia. Co zapewne wynika z ich sytuacji życiowej, czyli niejednokrotnie są to osoby prowadzące bardziej intensywnie życie towarzyskie przy równocześnie istniejącej niewielkiej liczbie zobowiązań rodzinnych czy zawodowych. Choć powody takiego stanu rzeczy są możliwe do wyjaśnienia i zrozumienia, to w świetle wcześniej opisanych danych oznacza, że spora część tych osób wejdzie w poważne zobowiązania życiowe z obciążeniami i konsekwencjami wynikającymi z problemowego używania alkoholu.

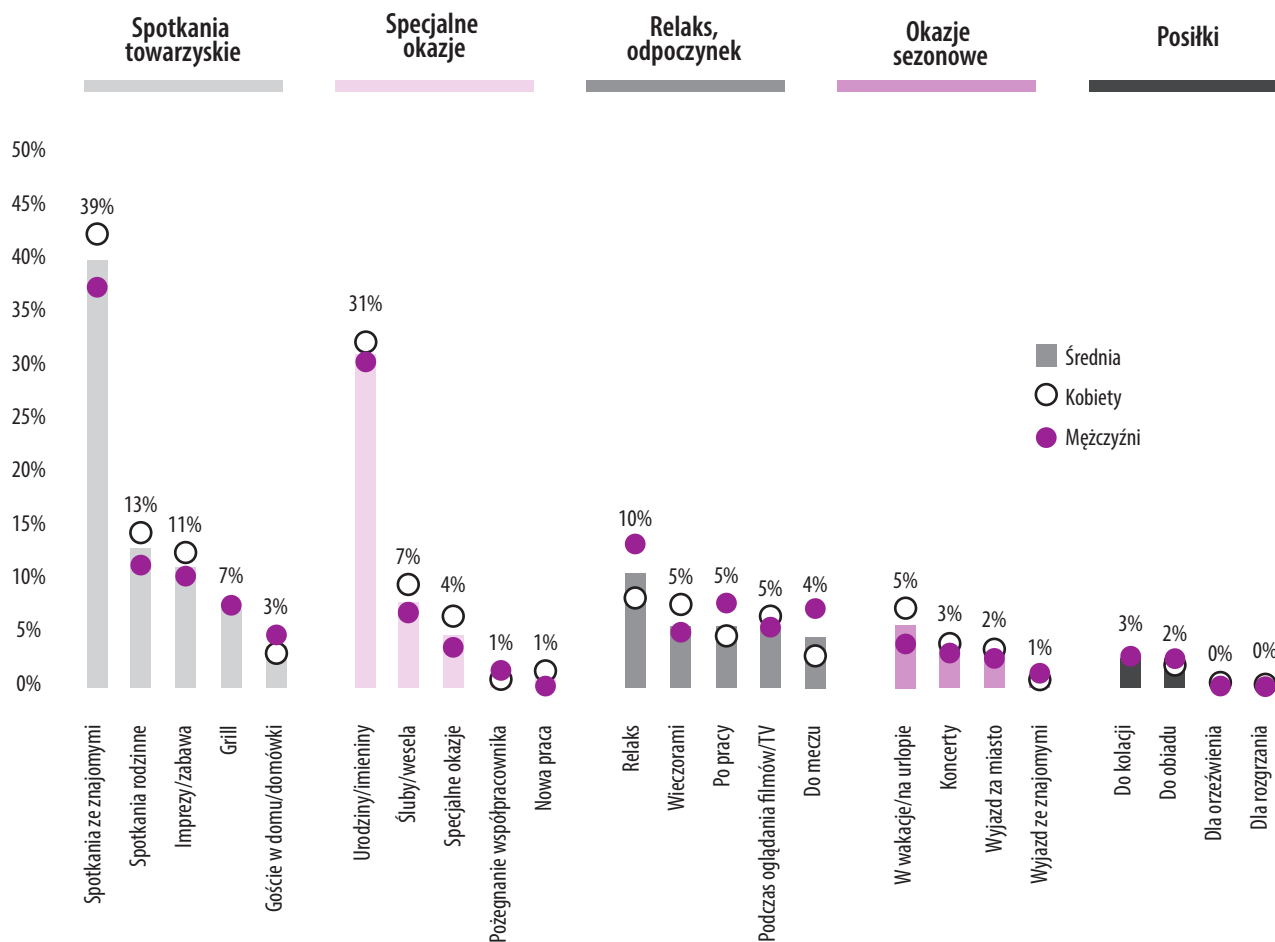
Jeśli nie ma okazji, trzeba ją stworzyć

Dla mieszkańców Warszawy picie alkoholu jest swego rodzaju normą, wręcz część z osób badanych sytuację, w której osoba dorosła nie pije alkoholu, uznaje za

dziwną. Warszawiacy najczęściej piją w sytuacjach towarzyskich, przy spotkaniach okolicznościowych oraz dla relaksu i wypoczynku. Faktem jest jednak również to, że im częściej piją, tym częściej mają okazje. Dla kobiet zasadniczo okazjami do napicia się alkoholu są spotkania towarzyskie, dla mężczyzn zaś chęć wypoczynku. Raport wskazuje, że osoby, które piją alkohol raz w tygodniu, częściej sięgają po niego niż inni, by odpocząć, „wyluzować się”, zapomnieć o problemach czy się odstresować. Sugeruje to, że im częściej po alkohol się sięga, tym bardziej służy on do radzenia sobie z trudami codzienności. Jest to o tyle niebezpieczne, że powoduje to tworzenie się błędnego koła, w którym sposobem na codzienność jest alkohol, a on niejednokrotnie osłabia zdolność radzenia sobie z nią. Niewątpliwie to wstęp do rozwoju uzależnienia. Powstały raport wskazuje również, że to, co uznawane jest za bezpieczne, wcale takie nie jest.

Z perspektywy badanych bezpieczna jest sytuacja, w której osoba pijąca nie traci kontroli nad ilością wypijanego alkoholu ani nad swoim zachowaniem. Tyle, że własne odczucie ma się nijak do tego, co według norm WHO jest (względnie) bezpieczne. Jak widać z wykresu 4, w większości sytuacji ankietowani wypijali więcej alkoholu niż dopuszczalna bezpieczna dawka.

Wykres 3. Warszawiacy spożywają alkohol z okazji spotkań towarzyskich, dla uczczenia specjalnej okazji lub dla relaksu.



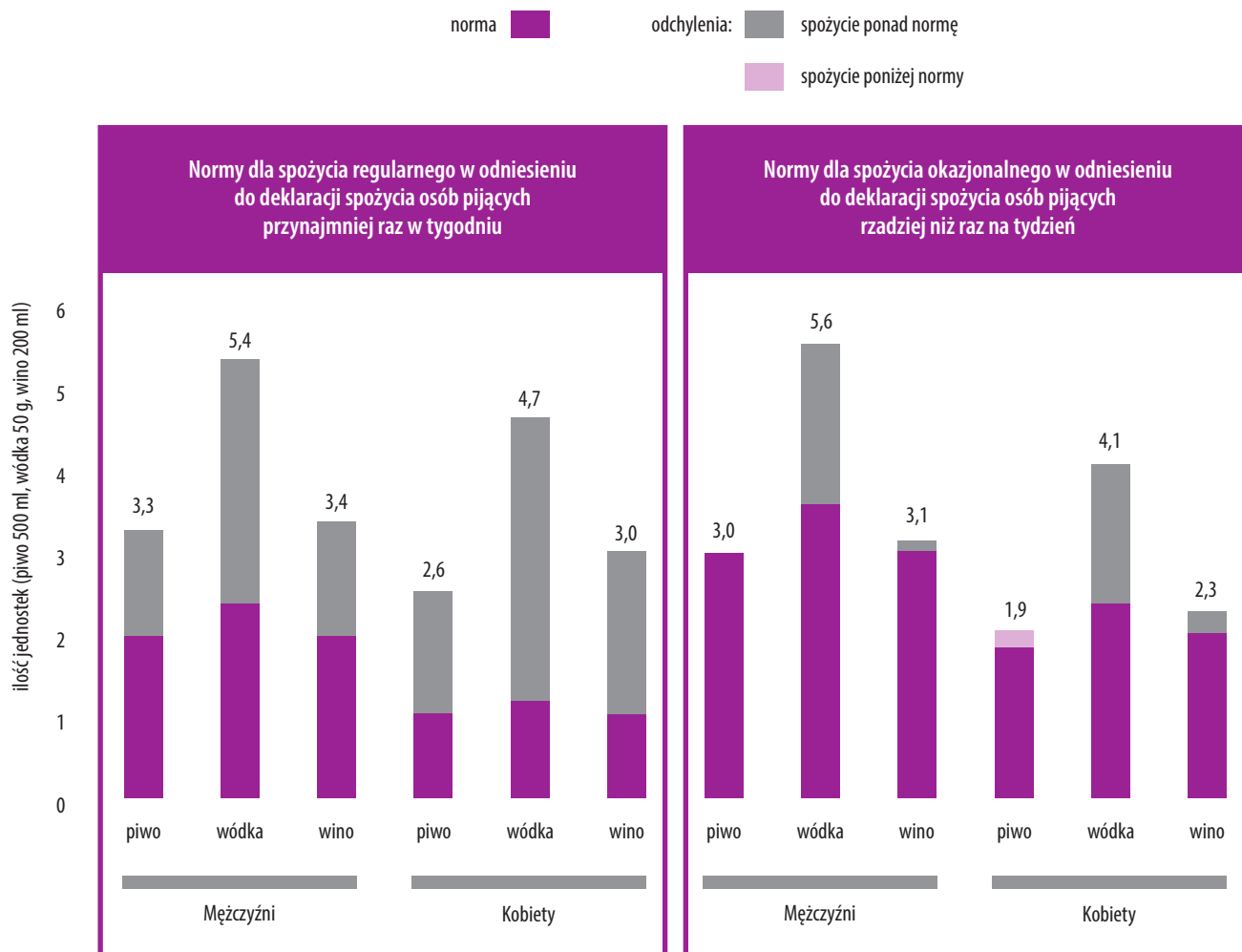
Stopniowo wyłania się z tego nieprzyjemny obraz. A mianowicie, nie dość, że warszawiacy uznają picie alkoholu za normę, sięgają po niego dość często, to w sytuacjach, gdy to robią, piją więcej niż mniej. Częstsze picie alkoholu przyczynia się do częściej doświadczanych negatywnych konsekwencji z tego powodu. Osoby pijące rzadziej niż raz w tygodniu najczęściej doświadczają poczucia winy z powodu wypicia, utraty świadomości czy problemów z wysłowieniem się. Gdy ktoś pije co najmniej raz w tygodniu, to utrata świadomości dotyczy go 1,5 raza częściej, dwa razy częściej klinuje czy trzy razy częściej nadużywa alkoholu na urlopie. W przypadku tej grupy znacznie częściej także najbliższe otoczenie reaguje na picie alkoholu (co bywa przyczyną konfliktów z bliskimi) oraz zaczyna mieć wpływ na funkcjonowanie zawodowe (spożywanie alkoholu

w miejscu pracy czy przychodzenie do pracy pod jego wpływem). Wszystko to w miarę upływu czasu i przy braku reakcji danej osoby może doprowadzić do konfliktów z prawem czy poważnych problemów zdrowotnych.

Żdźbło u brata swego widzisz...

Raport cały rozdział poświęca temu, jak badani postrzegają picie alkoholu przez innych, czy znane są im osoby mające problem z alkoholem i na ile mają gotowość pomocy osobom uzależnionym od niego. Prawie 70% badanych zna kogoś, kto nadużywa alkoholu. Analogiczny odsetek uważa, że ich otoczenie pije w sposób okolicznościowy czy okazjonalny, przy czym 93% ankietowanych własne używanie alkoholu uważa również za takowe. Jak już wcześniej pisałam,

Wykres 4. Normy WHO dziennego spożycia alkoholu w porównaniu do deklarowanego jednorazowego poziomu spożycia w grupach mężczyzn i kobiet spożywających alkohol regularnie lub okazjonalnie.



niestety, jest to wynik nadmiernie optymistycznej oceny własnej osoby i własnego postępowania, i czucia się kimś „lepszem”, bardziej rozsądnym i odpowiedzialnym. Równocześnie wśród badanych można zaobserwować tendencję do uznawania za bardziej powszechne to, czego sami doświadczyli. Oznacza to, iż jeśli sami doświadczyli utraty pamięci, ryzykownych zachowań pod wpływem alkoholu czy negatywnych skutków picia, to są skłonni częściej dostrzegać je w otoczeniu i uznawać za swoistą normę. Nie przekłada się to jednak na bardziej wyrozumiałość i skłonność do udzielania pomocy postawę. Równie prawdopodobne jak chęć pomocy jest odsunięcie się od osoby nadużywającej alkoholu.

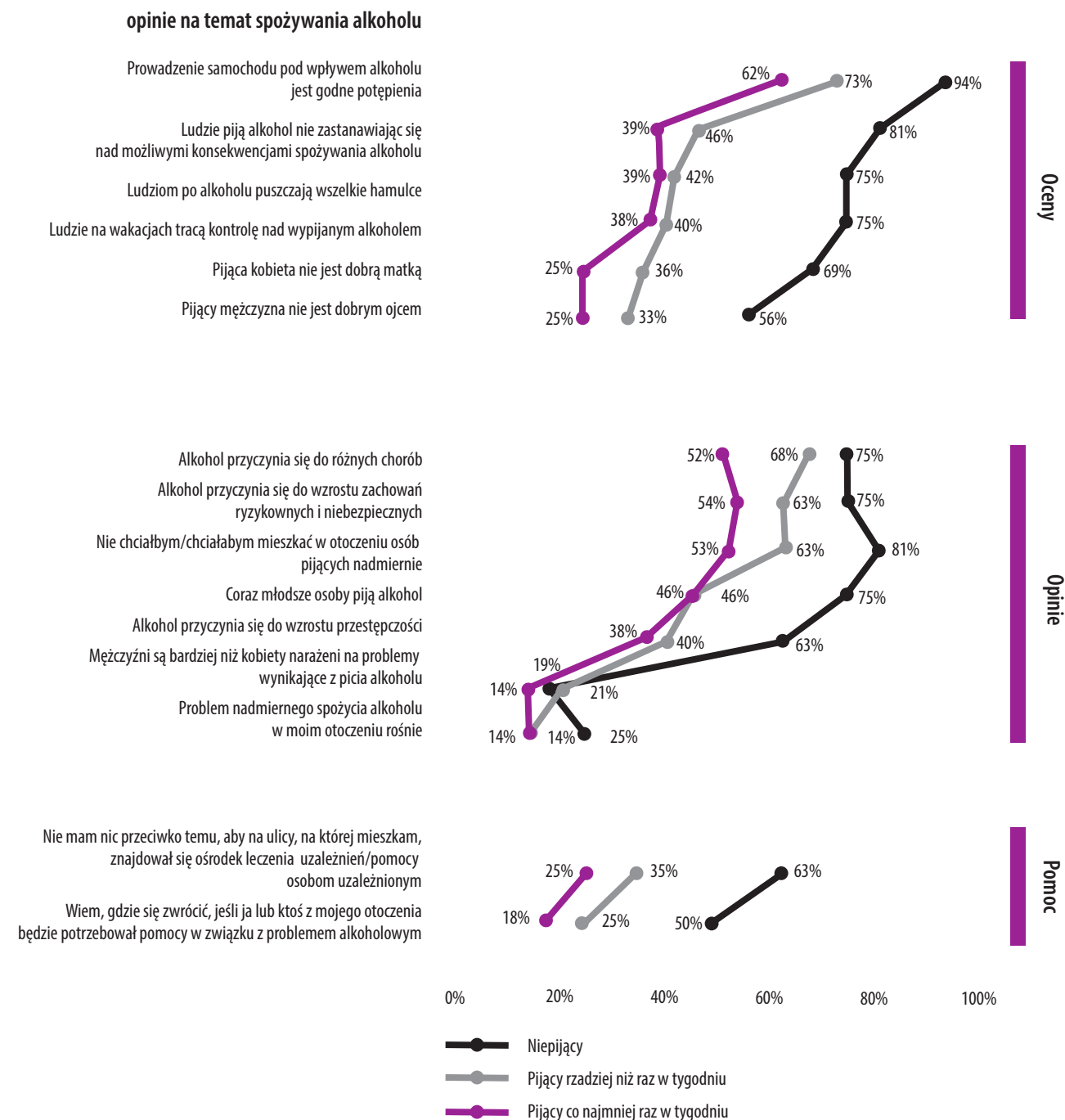
Przy tak znacznej częstotliwości sięgania po alkohol w Warszawie niepokojącym jest fakt, że tak niewiele osób wie, gdzie może zgłosić się po pomoc dla siebie,

dla kogoś bliskiego czy ma gotowość, by blisko jego miejsca zamieszkania znajdowała się placówka pomagająca osobom z problemem alkoholowym. Celowo napisałam o „osobie z problemem alkoholowym”, ponieważ cały raport daje do zrozumienia, że zdolność do adekwatnej oceny sytuacji warszawiacy (i pewnie nie tylko) mają zaburzoną.

Co zmienił COVID-19?

Raport Fundacji Studio Psychologii Zdrowia ma jeszcze jedną ważną wartość. Pozwala zaobserwować zmiany w używaniu alkoholu w czasie pandemii koronawirusa. Średnio – nic się nie zmieniło. Ale to są właśnie uroki średnich, ponieważ bardziej szczegółowo patrząc, można zauważyć, że ci, którzy pili mało w pandemii, pili jeszcze mniej, zaś ci, którzy

Wykres 5. Stopień krytyki spożycia alkoholu jest podobny dla osób spożywających alkohol częściej i rzadziej. Dużo wyższy poziom krytyki ze strony osób niepijących w ogóle, ale też większa otwartość na pomoc.



pili więcej wcześniej, w czasie pandemii pili jeszcze więcej. Dlaczego? Oto możliwe wyjaśnienie: wprowadzenie lockdownu i licznych obostrzeń, zwłaszcza zamknięcia lokali, spowodowało, że osoby częściej pijące robiły większe zakupy alkoholu. W pewnym sensie robiły zapasy. Tym samym dostępność alkoholu w domu sprzyjała wzrostowi jego konsumpcji.

Ponadto praca zdalna spowodowała brak ram, które wcześniej mogły trzymać te osoby w ryzach, takich jak konieczność bycia rano w pracy, prowadzenia samochodu, odbierania dzieci z przedszkola czy szkoły itp. Niemożność weryfikowania trzeźwości pracowników w czasie pracy mogła być również elementem pokusy. Jeśli chodzi o osoby pijące oka-

zjonalnie, to właśnie ograniczenia dotyczące spotkań w większym gronie czy zamknięcie lokali gastronomicznych przyczyniły się do zmniejszenia spożycia alkoholu przez te osoby. One najczęściej sięgają po alkohol podczas spotkań towarzyskich. Jeśli było ich mniej, to tym samym mniej było okazji do picia.

Przełożyć badanie na praktykę

Przeprowadzone badanie i raport „Jak piją i oceniają spożycie alkoholu mieszkańcy Warszawy” z wnioskami końcowymi są kopalnią wiedzy dla tworzących

politykę społeczną wokół używania alkoholu. Ważną rekomendacją płynącą z niego jest tworzenie bardziej celowanych projektów profilaktycznych i pomocowych dla zagrożonych grup.

Bibliografia

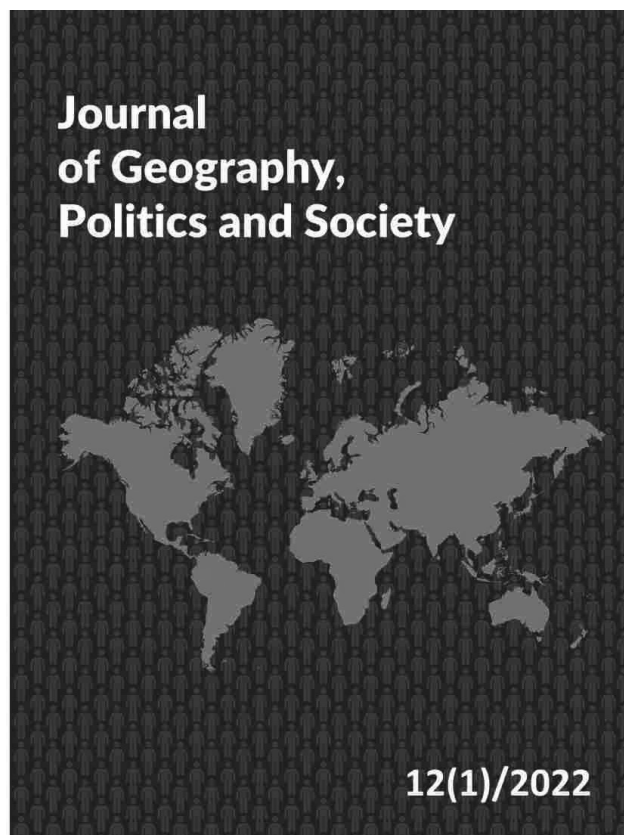
Global status report on alcohol and health, 2018, WHO.
„Jak piją i oceniają spożycie alkoholu mieszkańcy Warszawy?”, raport z badania, listopad 2021, Studio Psychologii Zdrowia.
Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M., „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 rok”, PARPA.

OSTATNIE KONFERENCJE I SZKOLENIA EKSPERTÓW

Reitox Academy on Future

Eksperci z kilku krajów (Finlandia, Portugalia oraz kraje bałtyckie) spotkali się w Gdańsku 6-7 września 2022 roku na szkoleniu dotyczącym analizy trendów oraz metody „foresight”. Efektem wieloletniej współpracy z krajami bałtyckimi są m.in. publikacje naukowe. W tym roku ukazał się numer specjalny pisma „Journal of Geography, Politics and Society”¹, w którym opublikowano kilka artykułów dotyczących wpływu pandemii COVID-19 na sytuację narkotykową w Polsce, krajach bałtyckich oraz w Ukrainie. W drugim dniu spotkania rozmawiano o wpływie pandemii COVID-19 na przeciwdziałanie narkomanii w naszym regionie oraz o pomocy osobom z Ukrainy. Wyniki dyskusji dotyczącej wpływu pandemii COVID-19 na problem narkotyków i narkomanii w Polsce oraz krajach bałtyckich zostały przedstawione na IX Ogólnopolskiej Konferencji Uzależnienia – Polityka, Nauka, Praktyka, podczas sesji zatytułowanej „Co wiemy, a czego nie wiemy z prowadzonych badań?” 20 września br².

Pierwszy dzień Reitox Academy on Future poświęcony był treningowi metody foresight. W kontekście coraz szybszych, niestabilnych i złożonych zmian metoda „foresight” (rozumiana jako systematyczna analiza na temat przyszłości w średniej i długiej perspektywie



Okladka pisma „Journal of Geography, Politics and Society”



czasowej w celu wspierania podejmowania decyzji „tu i teraz”) staje się coraz bardziej widoczna i szerzej wykorzystywana przez podmioty sektora publicznego w tworzeniu polityki, w korporacjach i przez organizacje pozarządowe. Foresight jest również coraz częściej stosowany i wdrażany w ramach systemu Unii Europejskiej (UE). Instytucje unijne, w tym Wspólne Centrum Badawcze Komisji Europejskiej, panel Parlamentu Europejskiego ds. Oceny Opcji Naukowych i Technologicznych oraz inne agencje techniczne UE, w coraz większym stopniu włączają podejścia prognostyczne do swoich prac. W sektorze publicznym podejścia foresight mają na celu promowanie myślenia systemowego, zdobywanie wiedzy wyprzedzającej i wykorzystywanie procesów partycypacyjnych, które celowo przekraczają tradycyjne granice obszarów polityki i silosów instytucjonalnych. W tym kontekście od początku 2019 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (ang. EMCDDA) buduje potencjał foresightowy w ramach organizacji i jej interesariuszy poprzez różnorodne działania skoncentrowane na opracowywaniu i rozwijaniu ich zestawów umiejętności i narzędzi prognostycznych. Działania te obejmowały serię warsztatów eksperckich, ćwiczenia w zakresie rozpoznawania trendów oraz projekty opracowywania danych, mające na celu zwiększenie gotowości w zakresie kształtowania polityki i praktyki narkotykowej. W trakcie tego procesu Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii dąży do tworzenia przyszłościowych

produktów, identyfikując przyszłe trendy i zagrożenia, aby lepiej wspierać gotowość i reagowanie UE na stale zmieniający się problem narkotyków. W ramach tych działań zorganizowane zostały w Gdańsku warsztaty przez EMCDDA i Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej³ KCPU.

Szkolenie EUPC

W Krakowie odbyło się szkolenie European Universal Prevention Curriculum (EUPC) dla trenerów z Europy. Było to intensywne pięciodniowe spotkanie dotyczące europejskiego uniwersalnego programu profilaktyki (12-16 września), podczas którego wszyscy przyszli trenerzy wykładali oraz prowadzili warsztaty. Każdy z prowadzących został oceniony zarówno przez głównych trenerów, jak i uczestników spotkania. W Krakowie prowadzone były także prace nad doskonaleniem materiałów szkoleniowych EUPC, które będą później wykorzystywane w Europie w celu poprawy jakości działań profilaktycznych. W szkoleniu wzięli udział eksperci z Albanii, Cypru, Chorwacji, Grecji, Gruzji, Niemiec, Włoch, Irlandii, Litwy, Łotwy, Portugalii, Serbii oraz Ukrainy. Szkolenie zostało zorganizowane przez EMCDDA oraz Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU. Szkolenia EUPC są odpowiedzią na brak możliwości szkoleniowych w Europie, które koncentrują się w szczególności na profilaktyce uzależnień. Specjaliści ds. profilaktyki w Europie zazwyczaj uczą się o profilaktyce w ramach prowadzonych przez nich działań profilaktycznych, bez wcześniejszego specjalnego szkolenia. Szkolenie



OSTATNIE KONFERENCJE I SZKOLENIA EKSPERTÓW

cd artykułu ze strony 48

EUPC w zakresie profilaktyki ma na celu propagowanie skutecznych i nowoczesnych metod profilaktycznych w Europie i zwiększenie zasięgu ich stosowania. Program nauczania EUPC zawiera kompleksowy i praktycznie użyteczny przegląd tematów, obejmujących etiologię i epidemiologię, profilaktykę szkolną, profilaktykę rodzinną, profilaktykę środowiskową, orzecznictwo, monitorowanie oraz ocenę i wiele innych. Ponadto szkolenie EUPC zawiera przegląd profilaktyki opartej na dowodach naukowych w celu ułatwienia dokonywania świadomych wyborów dotyczących priorytetów finansowania i wdrażania programów profilaktycznych. KCPU brało udział w kilku międzynarodowych projektach, na podstawie których został opracowany kurs szkoleniowy EUPC. Na początku wdrożone zostały dwa projekty, w efekcie których powstały Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień (European Drug Prevention Quality Standards – EDPQS). Następny międzynarodowy projekt to opracowanie podręcznika EUPC, który został wykorzystany do wdrożenia szkoleń e-learningowych oraz stacjonarnych w ramach



projektu ASAP. Jego efektem było przeszkolenie trenerów EUPC z kilkunastu krajów i przeprowadzenie pierwszego szkolenia dla osób finansujących działania profilaktyczne w ośmiu krajach.

Obecnie realizowany jest projekt Frontline Politea, w którym uczestniczy 15 krajów Unii Europejskiej. W jego ramach materiały EUPC mają zostać wykorzystane po raz pierwszy do szkolenia osób realizujących programy profilaktyczne. KCPU uczestniczy również w tym projekcie, przygotowując wytyczne do rekrutacji osób, które wezmą udział w szkoleniach.



Przypisy

- ¹ <https://lnkd.in/ebz-4wuN>
- ² Całą konferencję można obejrzeć na stronie: <https://uzaleznienia2022.pl>
- ³ Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej został stworzony w KCPU na bazie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Działu Edukacji Publicznej, Analiz i Współpracy z Zagranicą Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Dział pełni funkcję Reitox National Focal Point of EMCDDA.

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