



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (100) 2022

NR 4

2022

SPIIS TREŚCI

Gość numeru

NAJBARDZIEJ ZINDYWIDUALIZOWANA REDUKCJA SZKÓD, CZYLI O BEHAVIORALNYCH STRATEGIACH CHRONIĄCYCH

Wywiad z *Matthew R. Pearsonem*..... 1

Analiza

OPLATY OD TZW. MAŁPEK – DOKĄD TRAFIAJĄ I NA CO SĄ PRZEZNACZANE?

Katarzyna Łukowska..... 8

Profilaktyka

PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NADUŻYWANIU KOMPUTERA I INTERNETU PRZEZ DZIECI „LIMIT”

Ireneusz Siudem 14

NIEODPOWIEDZIALNA GRA

Maja Ruszpel..... 19

Leczenie, redukcja szkód

MIEJSCE WSPÓLNOTY ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW W PROCESIE LECZENIA I ZDROWIENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jadwiga Fudała..... 24

Badania, raporty

WPŁYW DOSTĘPNOŚCI FIZYCZNEJ I EKONOMICZNEJ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH NA WYSTĘPOWANIE SZKÓD SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Łukasz Wieczorek..... 30

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI W STRUKTURZE SPOŁECZNEJ – WYNIKI BADANIA EZOP II

Michał Kucharski, Jakub Stokwiszewski, Jacek Moskalewicz 37

Doniesienia

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Artur Malczewski..... 47

Internet

KAMPANIA SPOŁECZNA „PIERWSZE KROKI W (CYBER)ŚWIECIE” okładka IV

NAJBARDZIEJ ZINDYWIDUALIZOWANA REDUKCJA SZKÓD, CZYLI O BEHAWIORALNYCH STRATEGIACH CHRONIĄCYCH



Z Matthew R. Pearsonem, profesorem psychologii eksperymentalnej w Center on Alcohol, Substance use, And Addictions (CASAA) przy Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk, rozmawiał Jakub Greń.

– *Dzień dobry, doktorze Pearson.*

– Mów mi Mateo.

– *Chyba wszyscy tak cię nazywają.*

– Wszyscy prócz mojej matki...

– *Prowadzony przez Ciebie zespół badawczy nazywa się MATEO Lab. Mógłbyś rozwinąć ten skrót?*

– Mateo jest moim przydomkiem, który nadała mi moja żona, Meksykanka. „Mateo” to po hiszpańsku „Matthew”. Używam go na co dzień. Większość tego, czym się zajmuję, to próby dowiedzenia się wobec kogo i dlaczego dane leczenie uzależnień działa, a do tego wykorzystuję metody Ecological Momentary Assessment. Dlatego nazwałem swoje laboratorium Mechanisms of Addiction Treatment and Ecological Observations, w skrócie MATEO.

– *MATEO Lab jest z kolei częścią CASAA, to kolejny akronim...*

– Tak, lubimy akronimy. CASAA to skrót od Center on Alcohol, Substance use, And Addictions. Wcześniej nazwa ta zawierała kilka z tych stygmatyzujących słów, jak alkoholizm czy nadużywanie substancji (*substance abuse*), ale odrzuciliśmy „-izmy” i nadużycia, i tak powstała CASAA, interdyscyplinarny ośrodek badań w obszarze uzależnień, działający w ramach Wydziału Psychologii na Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk.

– *Muszę przyznać, że bardzo podoba mi się pomysł z tymi akronimami. To prosty ruch, który sam w sobie niejako przybliża naukę i akademię do ludzi, którzy*

niekoniecznie są zaznajomieni z danym tematem, a już tym bardziej ze specyficznymi terminami. Dokładnie taki sam cel przyświeca temu wywiadowi.

– Myślę, że warto dodać, że „casa” to po hiszpańsku „dom”. W moim przypadku mogę powiedzieć, że jest to mój akademicki dom. Nie chcę się nad tym za bardzo rozczulać, ale uważam, że tak powinno być.

– *Zdecydowanie. Poza tym, na pewno spotkałeś się z tym, że niektórzy utożsamiają przeciwieństwo uzależnienia nie tyle z trzeźwością co z poczuciem więzi (ang. connectedness). A z tym chyba nic nie kojarzy się bardziej niż właśnie dom.*

– Dokładnie tak.

– *Dobrze, więc znajdujemy się w Stanach Zjednoczonych, konkretnie w stanie Nowy Meksyk, w mieście Albuquerque, gdzie mieści się Uniwersytet Stanu Nowy Meksyk, w ramach którego działa MATEO Lab. Jest to wiodący ośrodek w dziedzinie badań nad behawioralnymi strategiami chroniącymi (Protective Behavioral Strategies, PBS), na których chciałbym się skupić w naszej rozmowie. Zacznijmy od definicji. Czym są PBS?*

– Są to poznawczo-behawioralne strategie, które można zastosować, żeby ograniczyć zagrożenia lub szkody

wynikające z używania substancji psychoaktywnych. Weźmy na przykład picie alkoholu. Niektóre z tych strategii nacelowane są na ilość oraz częstość wypijanego alkoholu. Inne dotyczą tego, by się nie upić lub nie zrobić tego zbyt szybko. A jeszcze inne skupiają się na minimalizacji szkód, niezależnie od tego, ile i jak pijesz. Na przykład niejeżdżenie samochodem pod wpływem alkoholu, powroty do domu z trzeźwym kierowcą, transportem publicznym, Uberem czy czymś w tym rodzaju...

– *Byle tylko uniknąć wypadku związanego z alkoholem...*

– Zgadza się. Pozwól, że wprowadzę jeszcze rozróżnienie na szeroką i wąską definicję PBS. Powiedziałbym, że szeroka definicja uwzględnia wszystkie strategie, które przyczyniają się do ograniczania szkód jako takich, a więc to, co już powiedziałem plus także samo unikanie używania substancji. Jednak na potrzeby badań lepiej używać wąskiej definicji, która obejmuje jedynie te strategie, które można zastosować przed, w trakcie lub po przyjmowaniu substancji, ale nie te związane z unikaniem używania czy abstynencją.

– *No tak, jest to zrozumiałe. W badaniach trzeba mieć wszystko jasno określone, ale na poziomie interwencji liczy się wszystko, co działa. To, co jest jednak najbardziej mylące w tym obszarze, to chyba samo nazewnictwo. Być może się z tym zgodzisz. Jak w całej psychologii, funkcjonuje tu wiele różnych określeń i koncepcji, które zdają się odnosić do tych samych zjawisk, i które często używa się zamiennie. Mówię tu na przykład o „strategiach redukcji szkód”, „zachowaniach ograniczających szkody” czy „praktykach minimalizacji ryzyka”.*

– Tak, i uważam, że wszystkie te określenia są lepsze. Myślę, że w nauce często tak jest. Matthew Martens, który w 2005 roku opublikował pierwsze narzędzie pomiarowe w tym zakresie, nazwał je właśnie „skalą behawioralnych strategii chroniących” (Protective Behavioral Strategies Scale). Skala ta się przyjęła, inni zaczęli więc nazywać to w ten sposób. I tak już zostało. Mnie się to określenie nie podoba. Jest niejasne. Tak, są to zachowania i strategie. Ma to sens, ale jest mało specyficzne. A najlepsze jest to, że zaczęto określać je jako „chroniące”, zanim jeszcze

sprawdzono, czy rzeczywiście działają. Domyślam się, że jeśli coś jest „chroniące”, to się dobrze sprzedaje.

– *Zgadzam się. Zawsze trochę dziwnie się czuję, gdy wypowiadam tę długą nazwę, która brzmi jak jakieś zaklęcie. Ale z drugiej strony muszę przyznać, że gdy używam terminu „strategie redukcji szkód” to większość osób myśli, że chodzi mi o terapię substytucyjną czy program wymiany igieł i strzykawek...*

– Myślę, że ta niejednoznaczność jest niejako wpisana w redukcję szkód, bo w zasadzie prawie wszystko można nazwać jakąś redukcją jakichś szkód. Z abstynencją jest dużo prościej. Musisz podjąć tylko jedną decyzję – nie używać w ogóle.

– *I o wiele łatwiej jest to zmierzyć czy sprawdzić, jak działa.*

– Może te inne określenia nie są dużo lepsze, ale przynajmniej wskazują na coś bardziej konkretnego niż „behawioralne strategie chroniące”.

– *Widzę w ogóle dużo napięcia w tych różnych podejściach do problematyki używania substancji, ale także wewnątrz samej redukcji szkód. Z jednej strony mamy wszystkie te oddolne, pozarządowe inicjatywy, które działają u podstaw, ale dążą również do zmian na poziomie polityki narkotykowej, walki o prawa człowieka itd. Z drugiej strony są działania odgórne – systemowe, instytucjonalne, eksperckie, w tym prowadzenie badań w tym obszarze. I chociaż można zaobserwować pewne napięcia pomiędzy tymi perspektywami, to jednak wzajemnie się uzupełniają. Grają do jednej bramki.*

– To interesujące, co mówisz. Z badaniami nad PBS jest w sumie podobnie. Nie było tak, że kilku ekspertów usiadło przy stole i ustaliło między sobą, jakich strategii ludzie używają, tylko zapytano o to użytkowników substancji i okazało się, że oni już różne strategie stosują.

– *Czyli PBS mają swoje oddolne korzenie...*

– Zwróciłeś mi tym właśnie uwagę na coś, o czym wcześniej w zasadzie nie myślałem. Niezależnie od tego, które z tych nazw użyjemy – redukcja szkód, minimalizacja ryzyka, PBS – wszystkim im brakuje podkreślenia ich

indywidualnego charakteru. Tego, że to od samego użytkownika substancji zależy, jak i czy w ogóle te strategie zastosuje. To jest jego zachowanie, a nie jakaś zewnętrzna interwencja. Przykładowo, rząd Stanów Zjednoczonych może działać w kierunku pozbycia się fentanylu z naszego rynku narkotykowego, i może to być bardzo skuteczne w przeciwdziałaniu tym wszystkim śmiertelnym przedawkowaniom. Ale nie jest to coś, co mogą zrobić poszczególne osoby przyjmujące substancje.

– *Sugerujesz, że powinno się nazywać je indywidualnymi strategiami chroniącymi czy redukcji szkód?*

– Tak. Myślę, że to mogłoby dużo ułatwić.

– *To może trzeba forsować takie określenie w publikacjach i wystąpieniach konferencyjnych?*

– Możemy, ale taka zmiana musiałaby zająć dłuższą chwilę i w zasadzie wprowadziłaby jeszcze więcej zamieszania.

– *Tym bardziej, że jest to zupełnie niekonieczne w świetle tego, po co w ogóle mielibyśmy się tym zajmować, czyli dla ograniczenia szkód związanych z substancjami psychoaktywnymi w świecie rzeczywistym.*

– Dokładnie.

– *Dość więc już o definicjach i nazewnictwie. Proponuję, żebyśmy porozmawiali o przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości PBS. Od czego się zaczęło?*

– Nie wiem, czy znam odpowiedź na to pytanie. Raczej nie jesteśmy w stanie dać dobrej odpowiedzi na temat pochodzenia czegokolwiek w świecie nauki czy ogólnie działalności człowieka. Zawsze, jak wydaje ci się, że trafiłeś do źródeł, możesz znaleźć artykuł opublikowany na przykład kilkanaście lat wcześniej, który mówił o czymś podobnym. Niemniej jednak jestem w stanie wskazać na pierwotne narzędzie, które dotyczyło tego, co nazywamy PBS.

– *Skala Martensa z roku 2005?*

– Tak. I w tym przypadku PBS pochodziły z behawioralnych modeli samokontroli, rozwiniętych później do

teorii samoregulacji. Pisano o nich jako o zdolności do samoregulacji w kontekście picia alkoholu. Wydarzyło się to w obszarze badań nad opracowaniem interwencji ukierunkowanych na picie alkoholu wśród studentów amerykańskich uniwersytetów. Pierwsze i kluczowe badania zostały przeprowadzone właśnie wśród tych populacji.

– *A dlaczego akurat wśród studentów, a nie gdziekolwiek indziej, skoro alkohol w ogóle jest najpopularniejszą używką?*

– Dobre pytanie. Sęk w tym, że uniwersytety w Stanach Zjednoczonych są ogólnie zobowiązane do prowadzenia profilaktyki w związku z piciem alkoholu. W związku z innymi substancjami również, ale to alkoholu używa się najczęściej i to on powoduje najwięcej problemów. Na kampusach uniwersyteckich można zaobserwować również utrwaloną kulturę picia. Picie i upijanie się jest tam czymś normalnym. I stąd ten obowiązek programów profilaktycznych. Jednak jeśli spojrzeć na ich skuteczność, to okazuje się, że mamy za sobą około 40 lat działań profilaktycznych, a poziom wszystkich szkód związanych z alkoholem jest mniej więcej taki sam. Jeśli spojrzymy na tytoń, to na przestrzeni ostatnich dekad widać wyraźnie, że przeszliśmy od palenia papierosów przez większość osób do niewielkiej grupy palaczy, szczególnie wśród osób młodych. Ale odsetki osób pijących alkohol utrzymują się na podobnym poziomie. Tak więc w pewnym momencie musiano zatrzymać się i dojść do wniosku, że to, co robimy, by powstrzymać studentów od picia, nie jest skuteczne. Po prostu nie działa. I teraz można albo te działania kontynuować, albo poddać się całkowicie, albo spróbować czegoś zupełnie nowego, na przykład wychodząc z założenia, że ludzie nie przestaną pić alkoholu.

– *I tu pojawia się perspektywa redukcji szkód.*

– Dokładnie. Powiedzieliśmy już, że PBS nazywa się wręcz strategiami redukcji szkód, czyli takimi strategiami, których celem jest samo ograniczenie szkód, a nie pozbycie się zjawiska, które te szkody powoduje. Chociażby dlatego, że zaprzestanie picia alkoholu jest bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe. Poza tym, to wszystko nie jest takie proste czy zero-jedynkowe, jak mogłoby się wydawać.

– *Różne osoby używające tych samych substancji doświadczają różnych szkód.*

– Tak. I w tym sensie początek PBS był bardzo pragmatyczny. Szukano nowych odpowiedzi na stare problemy. A konkretnie, skoro ci studenci i tak będą sięgać po alkohol, to możemy zaradzić temu poprzez pokazanie im strategii, które minimalizują związane z tym szkody. Tym samym działając w kierunku zmiany samej kultury picia, czego jak dotąd nie udało się zrobić. Ludzie uczą się w dużej mierze poprzez naśladownictwo. Nie inaczej jest z piciem.

– *To, jak pijemy alkohol, jest wypadkową tego, co zaobserwowaliśmy u innych?*

– Zgadza się. W Stanach alkohol pije jakieś 80% studentów, co znaczy, że jeśli jesteś studentem to 4 z 5 twoich znajomych pije, a ty siłą rzeczy chłoniesz to, jak to robią.

– *Podsumowując, można powiedzieć, że PBS były odpowiedzią na problem picia alkoholu na amerykańskich kampusach uniwersyteckich, gdzie panuje kultura picia alkoholu, której nie można od tak przerwać.*

– Jest takie rozróżnienie na „mokre” i „suche” kultury. Tutaj mamy zdecydowanie do czynienia z tą mokrą. Albo inaczej mówiąc, alkohol jest wyraźnie częścią kultury uniwersyteckiej. Możesz to znać z filmów, których akcja dzieje się na amerykańskich uczelniach czy kampusach.

– *Rzeczywiście od razu kojarzę kilka scen z piciem prosto z beczki i do góry nogami...*

– Właśnie. I nie są to sceny wyssane z palca. Myślę, że jest tak dlatego, że w przypadku większości studentów pójście na studia wiąże się z wyjechaniem z domu i zamieszkaniem w akademiku. W domu pewnie nie mogli pić wcale lub musieli się z tym kryć, a teraz mogą zaszaleć. I to robią. Nie tylko piją, ale piją dużo, upijają się. A z tym z kolei wiąże się najwięcej zagrożeń.

– *W Polsce jest podobnie, chociaż nie ma tylu kampusów czy miasteczek studenckich. Ale tam gdzie są, wygląda to podobnie. Młodzi ludzie również zazwyczaj wyjeżdżają z rodzinnych miejscowości na studia, nasza kultura jest też zdecydowanie „mokra” i dla*

nikogo nie jest dziwne, że na studiach dużo się pije. Ale takiego podejścia jak w Stanach u nas nie ma. Jak zresztą w większości miejsc na świecie. Ciekawi mnie, dlaczego, skoro Stany Zjednoczone nie uchodzą wcale za kolebkę redukcji szkód, a raczej znane są z wojny z narkotykami.

– Masz rację, to jest interesujące. W zasadzie nigdy wcześniej o tym nie myślałem, ale od razu nasuwa mi się myśl, że Stany Zjednoczone są postrzegane jako jeden z najbardziej indywidualistycznych narodów. PBS są z kolei najbardziej indywidualistyczną formą redukcji szkód. Chodzi w nich o to, co jednostka robi, żeby ograniczyć szkodliwość swojego zachowania, swoich decyzji. Podczas gdy inne kraje, nawet te, których polityka narkotykowa ma redukcję szkód na sztandarach, jak Portugalia czy Australia, są dużo bardziej systemowe. Mówi się w nich głównie o rozwiązaniach politycznych i regulacjach prawnych, zabiega się o dekryminalizację używania narkotyków itd. Nie chodzi więc o ciebie jako niezależną jednostkę, która ma umieć zadbać o samą siebie, ale o to, co my jako społeczeństwo możemy zrobić, żeby poprawić sytuację jednostek. To trochę tak jak z tymi twoimi działaniami ogólnymi.

– *Rzeczywiście, ma to sens, też o tym tak wcześniej nie myślałem. Z drugiej strony stanowcza polityka narkotykowa i jej egzekwowanie przez działania policyjne oraz Agencję ds. Walki z Narkotykami (Drug Enforcement Administration, DEA), oczywiście głównie poza granicami Stanów Zjednoczonych, jest niezwykle ważnym wątkiem w historii co najmniej ostatnich pięciu dekad całego kontynentu amerykańskiego. Ale nie wchodzimy w politykę. Było już o przeszłości PBS, więc skupmy się na teraźniejszości. W jakim punkcie znajdują się obecnie badania nad PBS?*

– Ten krytyczny przegląd badań nad PBS, który opublikowałem w 2013 roku... Chciałbym móc powiedzieć, że wiele się od tamtej pory zmieniło, ale niestety jest podobnie.

– *Możesz powiedzieć coś więcej o tym przeglądzie?*

– Pierwsze badania nad PBS prowadziłem jeszcze w trakcie swoich studiów i szczerze mówiąc szybko pojawiła się we mnie frustracja, z której narodziła się właśnie ta

praca. Krótko mówiąc, zauważyłem, że spośród setek dostępnych badań nad PBS każde zdaje się wybierać jakąś losową zmienną i traktować ją jako predyktor stosowania PBS czy też jako moderator lub mediator związku między używaniem substancji a doświadczeniem szkód.

– *Możesz podać przykład?*

– Weźmy za przykład badania wśród osób z problemami zdrowia psychicznego – z objawami depresji, zaburzeniami lękowymi czy przewlekłym stresem. Wiemy, że takie osoby doświadczają zwykle większych szkód niż osoby bez takich problemów, nawet jeśli piją alkohol czy używają innych substancji w podobnych ilościach. Sprawdźmy więc, czy nie jest tak dlatego, że stosują one mniej PBS. Okazuje się, że tak. I OK, jest to ważna informacja, tyle tylko, że zamiast kontynuować ten wątek, ci sami badacze biorą inne zmienne i sprawdzają to samo. Czyli na przykład, że osoby bardziej impulsywne piją w sposób bardziej szkodliwy, bo też rzadziej stosują PBS. I tak dalej. Ale nikt tych badań nie replikuje. Dlaczego? Może dlatego, że wyniki replikacji tych samych badań nie potwierdzały ich hipotez, więc nie były publikowane. Byłem sfrustrowany powierzchownością tych badań i nabrałem co do nich pewnych podejrzeń. Wpadłem więc na pomysł, żeby podsumować aktualny stan badań, wskazać na ich ograniczenia metodologiczne i wysłać w ten sposób konstruktywną wiadomość do tej poddziedziny naukowej, do innych osób zajmujących się naukowo PBS-ami.

– *Jaka to była wiadomość?*

– Główną konkluzją było to, że musimy zostawić już badania korelacyjne i zacząć stosować bardziej wymagające schematy badawcze. A konkretnie potrzebujemy badań interwencyjnych, czyli eksperymentów z grupami kontrolnymi, które pozwolą nam ustalić związki przyczynowe. Potrzebujemy też replikacji dotychczasowych badań, żeby sprawdzić, czy uzyskane wyniki są powtarzalne w różnych grupach i kontekstach. Zaproponowałem również trzymanie się wspomnianej już wcześniej wąskiej definicji PBS oraz wyjście poza badania retrospektywne, w których uczestnicy pytani są o to, jak często używali substancji i stosowali PBS w ciągu ostatnich trzech miesięcy czy nawet roku. Wiadomo, że jest to obciążone dużym błędem pomiaru. No bo kto to pamięta?

– *Szczególnie, jeśli używa się dużo i często.*

– No właśnie.

– *Od siebie mogę dodać, że twoja publikacja była ważna także z mojej perspektywy, jako badacza zajmującego się PBS w Polsce, gdzie w zasadzie byłem w tym odosobniony. Przegląd ten ma najwięcej cytowań spośród wszystkich prac na ten temat, bo też jest tak kompleksowy, że wręcz nie sposób się do niego nie odnosić. Myślę, że musiało kosztować cię to mnóstwo pracy, ale też spowodowało uznanie ciebie za eksperta od PBS. Trudno ocenić realny wpływ pojedynczych publikacji, ale kto wie, może gdyby nie ona, to i ja nie odwiedziłbym twojego laboratorium w ramach mojego stypendium. Wracając jednak do naszej rozmowy, wiem, że robiłeś doktorat i opracowywałeś ten przegląd, będąc jeszcze w Virginii, skąd pochodzisz. Ciekawi mnie, co sprowadziło cię tutaj.*

– Głównie pragmatyzm. Jeszcze przed obroną doktoratu otrzymałem dobrą ofertę pracy na Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk i się przeniósłem. Z początku myślałem, że spędzę tu tylko rok czy dwa lata, ale szybko zorientowałem się, że to miejsce ma zasoby, fundusze i zainteresowanie dla takich badań.

– *Więc stało się twoim akademickim domem.*

– Tak. Jestem tu już dziesięć lat.

– *Czym obecnie zajmuje się twój zespół?*

– Przeprowadziliśmy tu już kilka prób replikacji poprzednich badań, z których większość nie była udana, co oczywiście otworzyło drogę do nowych pytań badawczych. Skupiliśmy się również na interwencjach ukierunkowanych na uczenie studentów PBS, bo dotychczasowe wyniki nie były jednoznaczne. Jednym z pytań, na które próbujemy obecnie znaleźć odpowiedź, to kwestia rozstrzygnięcia, co jest skuteczniejsze – podejście „im więcej strategii, tym lepiej” czy raczej dobieranie odpowiednich strategii do konkretnego kontekstu. Póki co, wszystko wskazuje na to drugie. A to z kolei stawia pytania o to, czy interwencje powinny uczyć danego zestawu PBS, czy być zindywidualizowane i dostosowane do danej sytuacji. A także, czy w ramach interwencji

wystarczy samo uczenie PBS, czy może należy powiązać je na przykład z metodami dialogu motywującego, które zwiększałyby poczucie własnej skuteczności w stosowaniu tych strategii. Nad tym teraz pracujemy.

– *A jak wyglądają takie interwencje?*

– Mogą to być albo interwencje indywidualne, w ramach spotkań twarzą w twarz, na przykład przeprowadzane wśród studentów, o których wiemy, że piją w sposób ryzykowny lub doświadczają problemów związanych z alkoholem. Ale mogą to być także interwencje realizowane za pośrednictwem e-maila lub specjalnych aplikacji mobilnych.

– *Te ostatnie trudniej zorganizować, ale są pewnie o wiele atrakcyjniejsze dla studentów.*

– Sami opracowaliśmy jedną z takich aplikacji – CheckUp. Działa ona w ten sposób, że tworzysz swój profil i przed sytuacją, o której wiesz, że będziesz pić alkohol, ustalasz, ile maksymalnie masz zamiar wypić oraz wybierasz z listy PBS te strategie, które chciałbyś zastosować. Później, najlepiej na bieżąco, zaznaczasz ilość wypijanego alkoholu oraz stosowane PBS, a aplikacja wysyła ci spersonalizowane informacje zwrotne, motywujące cię do trzymania się twoich celów, wraz z podpowiedziami, co jeszcze możesz zrobić, żeby ograniczyć szkody. Wszystko jest maksymalnie uproszczone i dyskretnie.

– *Rozumiem. Jest to rzeczywiście przykład zastosowania metody Ecological Momentary Assessment. Wspomniałeś o niej już wcześniej, ale czy możesz wyjaśnić pokrótce, o co w niej chodzi?*

– Ecological Momentary Assessment, mówiąc najprościej, polega na stosowaniu za pomocą technologii mobilnej wielokrotnych pomiarów w celu uchwycenia zachodzących w czasie wahań w doświadczeniach emocjonalnych, poznawczych lub behawioralnych. Osobiście nie widzę na ten moment lepszej metody na mierzenie tego, ile i jak ktoś używa substancji psychoaktywnych oraz jakie strategie redukcji szkód przy tym stosuje. Wszystko to jest bardzo dynamiczne, zmienne w czasie, szczególnie jeśli w grę wchodzi intoksykacja, bo wiadomo, że decyzje i zachowania pod wpływem substancji mogą odbiegać od tych po-

dejmowanych na trzeźwo. Poza tym ważne jest, żeby pomiary były zbierane w rzeczywistych sytuacjach i naturalnym otoczeniu danej osoby. Jest to po prostu bardziej obiektywne.

– *Dziękuję za to wyjaśnienie. Ten wywiad będą czytać także nienaukowcy, a w sumie i wśród badaczy ta metoda nie jest powszechnie znana. Kontynuując temat PBS, póki co, z naszej rozmowy wynika, że strategie te są badane i stosowane jedynie wobec alkoholu.*

– Gdy pisałem tamten przegląd, to tak właśnie było. W roku 2015 badania nad zastosowaniem PBS przeniosły się na marihuanę. Eric R. Pedersen przygotował dobrze opracowane narzędzie w tym zakresie. A niedawno, bo w zasadzie kilka miesięcy temu, Margo Hurlocker i ja opracowaliśmy narzędzie dla opioidów. Inny zespół stworzył z kolei skalę PBS dla hazardu, a jeszcze inny dla ograniczania szkód związanych z zachowaniami seksualnymi. Widać więc, że koncepcja PBS się rozwija i to nie tylko na inne substancje, ale w ogóle na różne zachowania ryzykowne. I to będzie pewnie kontynuowane w najbliższej przyszłości.

– *Na to wygląda. A skoro jesteśmy już przy przyszłości, to co dalej z PBS? Jak przewidujesz i jak sam chciałbyś widzieć dalszy ciąg badań nad PBS?*

– Na pewno jednym kierunkiem jest dokończenie rozpoczętej przez ciebie pracy nad wyjściem poza myślenie w kategoriach specyficznych PBS dla pojedynczych substancji, jak alkohol czy marihuana. Używanie różnych substancji przez jedną osobę, nawet przy tej samej okazji, jest całkiem powszechne. Właściwie to coraz rzadziej spotyka się osoby, które używałyby tylko jednej substancji.

– *Tak, a większość PBS i tak jest uniwersalna. Jeśli już używasz substancje psychoaktywne, to wiedz, co zażywasz, ostrożnie dawkuj, nie używaj w ciągach, unikaj strzykawek, bądź w bezpiecznym otoczeniu, wśród zaufanych osób itd.*

– Dokładnie. Inne kierunki wyznaczy zapewne postęp technologii, które będzie można zastosować w przyszłych badaniach. Myślę tu przede wszyst-

kim o pomiarach parametrów fizjologicznych za pomocą drobnych urządzeń, które uczestnicy badań będą mogli nosić przy sobie. To w zasadzie już teraz nie jest problemem, ale w badaniach nad uzależnieniami, a szczególnie nad PBS, nie było to jeszcze wykorzystywane. Pomyśl, jak może wzrosnąć precyzjność pomiaru, kiedy zamiast pytań o to, ile ktoś wypił danego wieczoru, będzie można po prostu zmierzyć stężenie alkoholu we krwi, monitorując przy tym szereg innych parametrów, które mają wpływ na zachowanie, jak choćby stres.

– *Jest to dużo bardziej obiektywne.*

– A oprócz badań może mieć to również swoje zastosowanie w interwencjach. Myślę, że przyszłość należy do interwencji, które będą nie tylko spersonalizowane, ale także oferowane dokładnie wtedy, kiedy będą potrzebne (*ang. just-in-time adaptive interventions*). PBS świetnie się do tego nadają.

– *Też widzę ten trend, tzw. M-Zdrowie (ang. M-Health). Ale dostrzegam też tego ograniczenia. Chciałbym fakt, że spora grupa osób, o których można powiedzieć, że doświadczają poważnych problemów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych, to osoby niemające zasobów do tego, żeby korzystać z nowinek technicznych. Mam na myśli na przykład osoby bezdomne, żyjące na ulicy, których nigdy nie wiedziałem tak wielu, jak w Stanach.*

– Żadna interwencja nie jest dobra dla wszystkich. A osoby, o których mówisz, potrzebują raczej bardziej intensywnych i kompleksowych form pomocy.

– *Zmierzając ku końcowi naszej rozmowy, może chciałbyś powiedzieć jeszcze coś o PBS?*

– Myślę, że cały ten nurt badań nad PBS wziął się tak naprawdę od jednej niezwykle osoby, jaką był Alan Marlatt¹. Był nie tylko bardzo aktywnym badaczem, ale i mentorem, i gdyby nie on, te badania pewnie nie nabrałyby takiego rozpędu. Był też mentorem mojej mentorki, Katie Witkiewitz².

– *A teraz ty szkolisz w tym innych...*

– Tak to działa. Inną ważną postacią był William R. Miller³, współtwórca metody dialogu motywującego. Był też współzałożycielem CASAA. I znów bardzo aktywny mentor. Przeszkolił wiele osób, które z nim pracowały i spojrz, jak ta metoda bardzo się spopularyzowała.

– *Tak, w Polsce również jest popularna.*

– Więc tak właśnie widzę to, co stało się z PBS. Mieliśmy kilku wybitnych badaczy, którzy przeszkolili innych badaczy, i tak się to rozwinęło. I nadal rozwija. Mam tylko nadzieję, że w miarę jak PBS będą adaptowane do nowych zagrożeń, nie będziemy startować od zera, jakbyśmy nic o tym nie wiedzieli. Nie sądzę, że potrzebujemy kolejnych setek badań korelacyjnych, żeby dojść do podobnych wniosków jak w przypadku alkoholu. To, czego potrzebujemy, to może pięć dobrze zaprojektowanych badań, aby móc żonglować eksperymentalnie stosowaniem tych strategii i dowiedzieć się, czy rzeczywiście ograniczają one szkody, które chcielibyśmy, żeby ograniczały. A przynajmniej taką mam nadzieję, że w tym właśnie kierunku będą zmierzać przyszłe badania.

– *Na zakończenie chciałbym zadać ci jeszcze kilka krótkich pytań.*

– Dobrze.

– *Co myślisz o wojnie z narkotykami?*

– Nie ma żadnej wojny z narkotykami. Jest wojna z ludźmi, i to niestety przede wszystkim z ludźmi biednymi i społecznie zmarginalizowanymi.

– *A teraz nieco bardziej osobiście. Jeśli twoje życie byłoby powieścią z tobą w roli głównej, to jaki tytuł mógłby mieć rozdział, w którym się obecnie znajdujesz?*

– To interesujące pytanie! Daj mi pomyśleć... Myślę, że mogłaby to być „Integracja Mateo”. Od jakiegoś już czasu mam wrażenie, że dzielę swój czas na kilka rzeczy, które są ze sobą połączone, ale nie do końca. Jest świat rodziny, świat badań, świat stand-upu, świat sztuk walci... Staram się to wszystko połączyć. Szukam tego, jak te światy mogą się nawzajem uzupełniać i tworzyć coś, czego nie mógłbym osiągnąć, traktując je jako osobne.

– **Bardzo ciekawa odpowiedź. A jak myślisz, jak mogłaby być zatytułowana cała powieść?**

– Na ten moment zatytułowałbym ją „Stając się...” (ang. *Becoming...*).

– **Bardzo dziękuję ci za poświęcony czas.**

– Ja również dziękuję i doceniam twoje pytania. Do zobaczenia.

– **Do zobaczenia.**

Przypisy

¹ Gordon Alan Marlatt (1941-2011) – amerykańsko-kanadyjski psycholog kliniczny znany ze swoich pionierskich badań w dziedzinie uzależnień, w tym w zakresie redukcji szkód, krótkich interwencji profilaktycznych oraz zapobiegania nawrotom. Autor 23 książek oraz ponad 300 artykułów i rozdziałów książek w zakresie badań i leczenia zachowań nałogowych. Założyciel i długoletni dyrektor Addictive Behaviors Research Center przy University of Washington w Stanach Zjednoczonych.

² Katie Witkiewitz – amerykańska psycholog działająca w dziedzinie badań i leczenia uzależnień. Znana m.in. z badań nad nieorientowanymi na abstynencję celami terapii uzależnień od alkoholu, zapobieganiu nawrotom oraz interwencjom opartym na uważności (*mindfulness-based interventions*). Aktualnie dyrektor Center on Alcohol, Substance use, And Addictions (CASAA) oraz Addictive Behaviors and Quantitative (ABQ) Research lab przy University of New Mexico w Stanach Zjednoczonych.

³ William Richard Miller – amerykański psycholog kliniczny, praktyk i badacz w dziedzinie uzależnień. Autor 60 książek, ponad 400 publikacji naukowych i rozdziałów książek głównie z zakresu zachowań nałogowych i leczenia uzależnień. Znany przede wszystkim jako współtwórca i popularyzator metody dialogu motywującego.

Oddziaływanie na cenę alkoholu za pomocą podatków jest jedną z trzech strategii, obok zakazu reklamy i ograniczenia dostępności, rekomendowanych przez WHO, które ograniczają spożycie alkoholu i w związku z tym także problemy z nim związane.

OPŁATY OD TZW. MAŁPEK – DOKĄD TRAFIAJĄ I NA CO SĄ PRZEZNACZANE?

Katarzyna Łukowska

Psycholog

Zastępca dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Małe buteleczki z kolorową wódką na stałe wpisały się w rynek produktów alkoholowych i są na półkach niemal w każdym sklepie z alkoholem. Szybko przyjęła się nazwa – „małpki”, co w zestawieniu z „flaszkami” brzmi o wiele sympatyczniej i przyjemniej. Gdyby konsument usiadł w parku z półlitrową butelką wódki, poczułby się alkoholikiem, ale kiedy wypija słodki i kolorowy trunek w małej buteleczce, to ma poczucie całkowitej kontroli. Ten mały format butelek, stosunkowo niska cena i łatwość szybkiego spożycia sprzyja niedostrzeganiu problemów związanych z piciem. To, co odróżnia „flaszkę” od „małpki” to styl picia; tę drugą konsument wypija samotnie, prosto z buteleczki i bez okazji towarzyskiej. W dodatku po wypiciu cytrynowki zapach z ust jest taki, jak po zjedzeniu cukierka, i nie zwraca niczyjej uwagi. Nie trzeba mieć przy sobie miętówek do zneutralizowania intensywnego zazwyczaj zapachu alkoholu.

Opłata od „małpek”

Rząd dostrzegł problem „małpek” i od 1 stycznia 2021 roku obok opłat od napojów słodzonych i energetycznych pojawiła się dodatkowa opłata za alkohole sprzedawane w opakowaniach o objętości do 300 ml. Czyli opłata dotyczy wielkości opakowania, a nie rodzaju zawartego w nim alkoholu. W uzasadnieniu tej regulacji prawnej czytamy, że opłata ma służyć „zmianie niekorzystnych wzorców spożywania alkoholu w opakowaniach o małych objętościach, szczególnie przez osoby młode oraz zmniejszyć ogólne spożycie alkoholu” oraz „Istotną kwestią związaną z napojami alkoholowymi w opakowaniach o małej objętości jest także stale powiększający się asortyment produktów w tym segmencie. Obecnie na półkach sklepowych dostępne są nie tylko 100 i 200 ml butelki z napojami spirytusowymi, ale także szeroki

wyбір win (np. w przypadku win niemusujących dostępne niewielkie objętości to 100, 187 i 250 ml), dostępnych w butelkach lub puszkach, oraz tzw. alcopopów, czyli gotowych do spożycia drinków (dostępnych np. w opakowaniach o objętości 275 ml czy puszkach o objętości 250 ml)”. Opłata została wprowadzona Ustawą z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów¹, a jej głównym celem, jak wskazano w uzasadnieniu, było wykorzystanie polityki fiskalnej jako narzędzia służącego promocji prozdrowotnych wyborów konsumentów, czyli mówiąc inaczej, ustalenie ceny na takim poziomie, aby powstrzymywała ona konsumentów przed zbyt częstym dokonywaniem zakupów alkoholu. Jest to mechanizm wykorzystywany przy akcyzie, której poziom powinien wpływać na cenę w taki sposób, aby mogła ona stanowić instrument regulujący spożycie alkoholu. Oddziaływanie na cenę alkoholu za pomocą podatków jest jedną z trzech strategii, obok zakazu reklamy i ograniczenia dostępności, rekomendowanych przez WHO, które ograniczają spożycie alkoholu i w związku z tym także problemy z nim związane.

Kto wnosi opłatę?

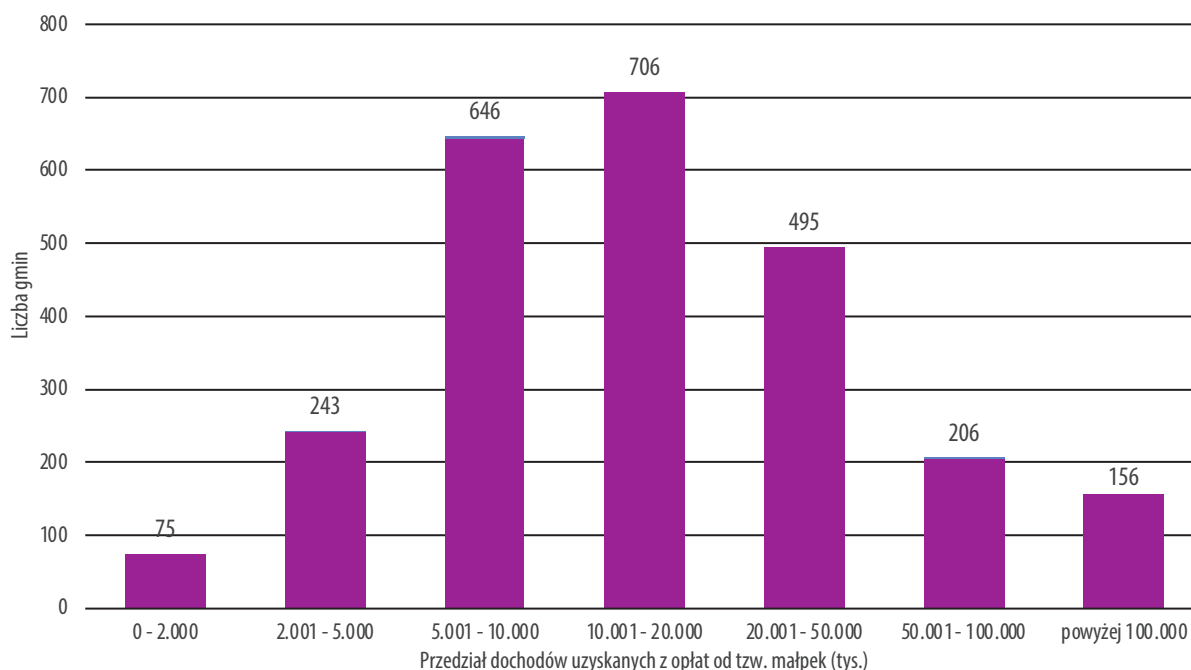
Opłatę wnoszą hurtownicy, którzy posiadają zezwolenie na obrót hurtowy napojami alkoholowymi i zaopatrują przedsiębiorców detalicznych, którzy posiadają zezwo-

lenie na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. Detaliści mogą także mieć zezwolenie na sprzedaż detaliczną w miejscu sprzedaży, czyli np. w restauracjach, pubach, ale ustawodawca, chyba słusznie, założył, że na „małpki” w restauracjach nie ma dużego popytu i tym samym nie ma potrzeby wprowadzania tej dodatkowej opłaty od zaopatrzenia w „małpki” tego rodzaju detalistów. Wysokość tej opłaty to 25 zł za każdy pełny litr 100% alkoholu w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.

Na jakie cele może być wydatkowany dochód z tej opłaty?

Opłata od tzw. małpek stanowi w 50% dochód gmin, na terenie których jest prowadzona sprzedaż napojów alkoholowych, a w 50% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia, i ma jasno określone cele wydatkowania. NFZ przeznacza środki na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz innych następstw zdrowotnych spożywania alkoholu, natomiast samorządy mogą wydać je tylko na działania mające na celu realizację **lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu**.

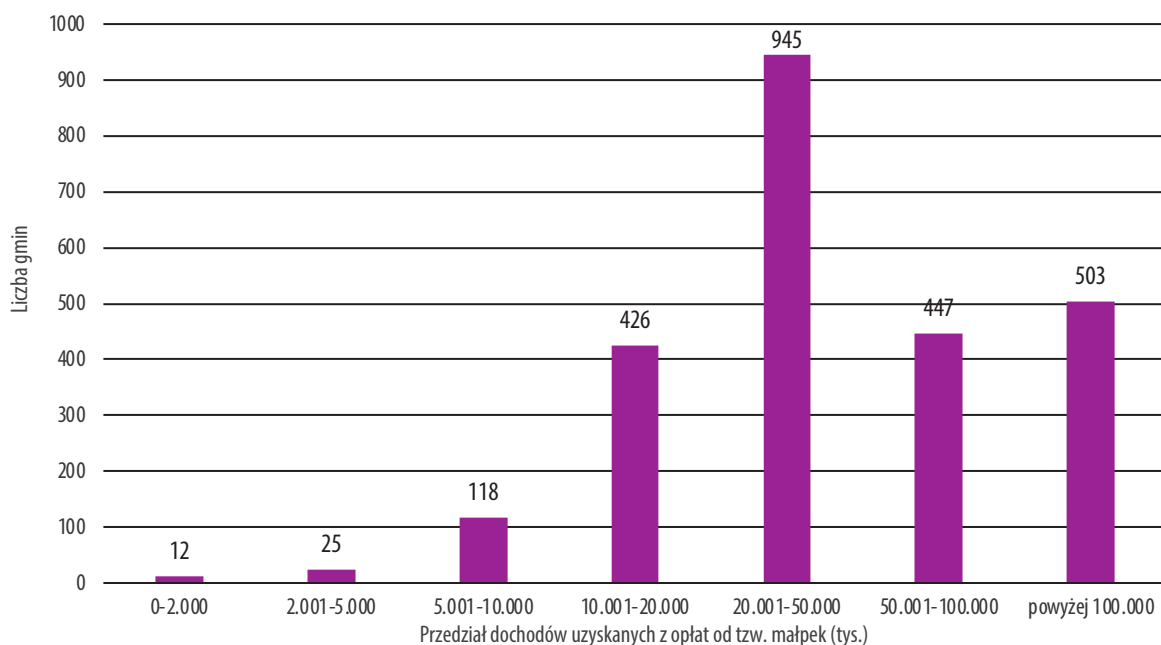
Wykres 1. Dochody gmin z tzw. małpek w sierpniu 2021 roku – łącznie 92 319 491,00 zł.



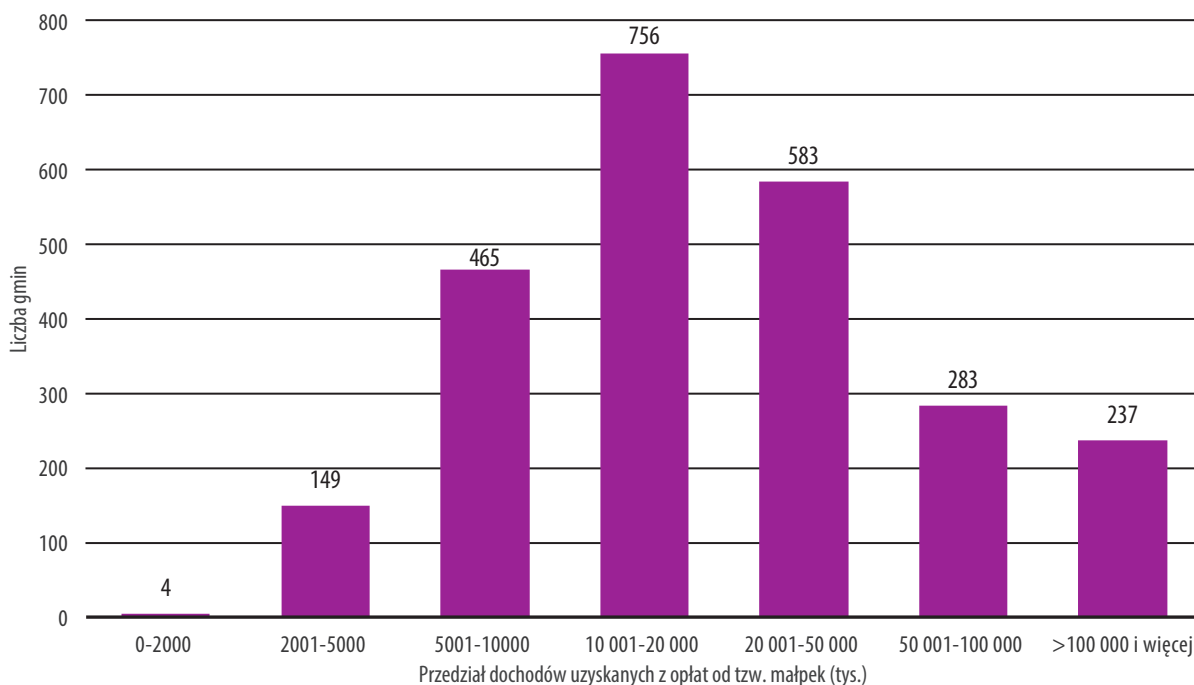
Z kolei NFZ w celu wspierania zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (FRPH), przekazuje na ten Fundusz środki finansowe w wysokości nie wyższej niż 8% środków uzyskiwanych przez Fundusz z „małpek” w poprzednim roku kalendarzowym. Czyli za pośrednictwem FRPH również

i Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (a wcześniej PARPA) korzysta z opłat od tzw. małpek, przeznaczając je na zadania z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych. W praktyce środki te pozwalają nam na uruchomienie dodatkowych szkoleń, podejmowanie działań edukacyjnych i projektów badawczych.

Wykres 2. Dochody gmin z tzw. małpek w kwietniu 2022 roku – łącznie 248 142 515,00 zł.



Wykres 3. Dochody gmin z tzw. małpek w sierpniu 2022 roku – łącznie 128 329 619,00 zł.



Ile środków z „małpek” trafiło do gmin?

Środki te trafiają do gmin za pośrednictwem Urzędu Skarbowego w Bydgoszczy w dwóch częściach – **do końca sierpnia** proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy za I i II kwartał z opłat, o których mowa w art. 11¹ {detalicznych}, i **do końca kwietnia** następnego roku proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy za III i IV kwartał roku ubiegłego z tych samych opłat. Do tej pory gminy otrzymały te środki trzy razy: w sierpniu 2021 roku wpływy z małpek wyniosły 92 319 491,00 zł, w kwietniu 2022 roku było to 248 142 515,00 zł, a w sierpniu 2022 roku 128 329 619,00 zł.

Dochody gmin będą różne w poszczególnych półroczach, ponieważ są ustalane proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy w poszczególnych kwartałach (łącznie I i II oraz III i IV) z opłat, o których mowa w art. 11¹ – a mowa tutaj o tzw. korkowym, czyli opłacie za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, którą wnoszą przedsiębiorcy detaliczni do gminy.

Choć w skali całego kraju suma dochodów gmin wydaje się duża (w 2022 roku gminy otrzymały łącznie ponad 376 mln), to bardziej szczegółowa analiza pokazuje, że występuje tutaj duża rozbieżność między gminami. Jak widać na wykresach 1–3, najwięcej gmin mieści się w przedziale 10 001,00–20 000,00 zł (odpowiednio sierpień 2021 roku – 706 gmin i sierpień 2022 roku – 756). Wpływy kwietniowe były wyższe i wtedy najwięcej gmin (945) otrzymało dochody mieszczące się w przedziale 20 001,00–50 000,00 zł. W pierwszej wpłacie w sierpniu ubiegłego roku połowa gmin w Polsce otrzymała dochód w wysokości do 13 104,00 zł, a kwoty powyżej 1 mln złotych otrzymało 7 miast. Natomiast już w kwietniu 2022 roku (dotychczas najwyższe wpływy z trzech analizowanych terminów) połowa gmin otrzymała do 37 103,00 zł, a kwoty powyżej 1 mln złotych otrzymały 23 miasta.

Na co gminy mogą przeznaczyć dochody z „małpek”?

Zgodnie z art. 9³ ust. 4 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu

alkoholizmowi (dalej: ustawa) „Gmina przeznacza środki, o których mowa w ust. 3 pkt 1, na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu”. PARPA (opłaty wprowadzono kiedy jeszcze działała), opracowując wskazówki dla samorządów dotyczące interpretacji powyższego zapisu, starała się uzyskać możliwe szerokie potwierdzenie w Ministerstwie Zdrowia, ponieważ cytowane wyżej zapisy powstawały właśnie tam. Pytaliśmy między innymi o zależność między zadaniami lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu a zadaniami gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (obecnie gminne programy programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii). Ministerstwo, z czym należy się bezwzględnie zgodzić, uznało, że zdecydowana większość działań z zakresu lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu, będzie znajdowała odzwierciedlenie w gminnych programach, jednakże w przypadku przeznaczania środków z ww. opłaty („małpki”) ustawodawca nie zastrzegł, że mogą one być wydatkowane wyłącznie na cele określone w tych programach. W praktyce oznacza to możliwości wydatkowania dochodów z „małpek” poza gminnymi programami, jednak zawsze w ramach celu ustawowego, czyli przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu. Z celu tego jasno wynika, że dochody z „małpek” nie mogą być wydatkowane na problemy powodowane innymi zjawiskami niż używanie alkoholu, czyli nie można ich wydać na zadania związane z używaniem narkotyków czy przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym, choć tematy te stanowią obecnie zawartość nowych wspólnych gminnych programów. Czyli jeśli samorząd zdecyduje się przeznaczyć dochody z „małpek” na zadania gminnych programów, to musi dopilnować, aby zadania te były związane tylko z problemami spowodowanymi przez alkohol.

PARPA sformułowała następujące zalecenie na podstawie cytowanego stanowiska Ministerstwa Zdrowia: „w pierwszej kolejności opłaty powinny być przeznaczane na zadania, o których mowa w art. 4¹ ust. 1 ustawy (czyli zadania gminnych programów – K.Ł.). Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, w których samorząd gminny uzyskuje dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w wysokości niewy-

stracającej na realizację wszystkich zadań wskazanych w ustawie oraz w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025. Powyższa interpretacja będzie także w pełni odzwierciedlała celowościowy charakter wprowadzonych zmian, tj. powiązanie wydatków na zadania służące przeciwdziałaniu negatywnym skutkom spożywania alkoholu. Jednocześnie zauważyć należy, że szereg zadań realizowanych już obecnie w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, takich jak prowadzenie świetlic czy programów profilaktycznych wpisuje się w politykę międzyresortową, obejmując swoją właściwością obszar zdrowia, polityki społecznej i edukacji. W **dalszej kolejności opłaty** mogą być przeznaczane na zadania nieujęte do tej pory w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Z tym, że zadania te **muszą mieć związek z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu**.

To, co odróżnia wydatki z „korkowego” od wydatków z „małpek” to brak rozstrzygnięć nadzorczych w przypadku tych drugich. Brakuje zwłaszcza kontroli Najwyższej Izby Kontroli, która mogłaby wzorem raportów dotyczących wydatków z „korkowego” opracować wnioski pokontrolne dotyczące zadań finansowanych z opłat z małpek. Byłaby to bardzo cenna wskazówka do opracowania rekomendacji, dlatego osobiście z dużą ciekawością czekam, aż NIK podejmie się analizy wydatków w tym zakresie. Na razie opieramy się na analizach przepisów prawnych i literalnym brzmieniu ustawowych zapisów. I na tej podstawie wydaje się, że można byłoby uzasadnić finansowanie izb wytrzeźwień (oczywiście nie oznacza to zwolnienia klientów z opłat za pobyt tam) jako przeciwdziałanie, i to nawet bardzo bezpośrednie, szkodom powodowanym używaniem alkoholu. Podobnie przy finansowaniu czy dofinansowaniu noclegowni/schroniska dla osób będących w kryzysie bezdomności w związku z alkoholem można byłoby prawdopodobnie wskazać związek z celem ustawowym. Jednak na pewno nie należy co do zasady finansować zadań i etatów stanowiących zadanie własne innych podmiotów, np. mimo że asystenci rodzinni mają pod swoją opieką rodziny z problemem alkoholowym, to nie uzasadnia to finansowania ich etatów z „małpek”, ponieważ ich praca należy do obszaru pomocy społecznej. Podobnie nie powinno się przeznaczać tych środków na pomoc materialną, nawet jeśli ubóstwu towarzyszy problem alkoholowy, ponieważ jest to zadanie pomocy społecz-

nej i tylko ona ma prawne instrumenty do weryfikacji finansowej sytuacji danej osoby czy rodziny pod kątem świadczenia socjalnego.

Jak będzie dokonywana ocena prawidłowości wydatkowania dochodów z „małpek”? Samorząd gminny będzie zobowiązany, w przypadku kontroli, wykazać **związek między danym wydatkiem a ustawowym celem** z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, czyli przeciwdziałaniem szkodom czy negatywnym zjawiskom powodowanym przez spożywanie alkoholu i to niezależnie od tego, czy finansowanie jest w ramach gminnego programu, czy poza nim.

Należy też pamiętać, że przy dochodach z „małpek” obowiązuje taka sama zasada jak przy „korkowym” – środki niewykorzystane w danym roku zwiększają pulę środków przeznaczonych w kolejnym roku na lokalną międzysektorową politykę przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu. Podstawą prawną takiego działania będzie wówczas wspomniany przepis art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przedmiotowe zwiększenie budżetu na rok następny powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w **uchwale budżetowej**. Tym samym podmiotem właściwym w obszarze „zabezpieczenia” na rok następny środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, a niewykorzystanych w danym roku, jest wójt (burmistrz, prezydent miasta) jako dysponent główny (dysponent pierwszego stopnia) środków budżetowych w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych.

Co już wiemy o wydatkowaniu dochodów z „małpek”?

Niestety, podobnie jak przy wydatkach z „korkowego”, tak i tutaj pojawia się pokusa, aby środki te wydatkować na zadania poza celem ustawowym. Od momentu pojawienia się środków na kontach gmin do PARPA, a obecnie do KCPU, wpływają pytania dotyczące tego, czy środki można wydać na jakieś zadanie, np. sfinansowanie książek do biblioteki celem promocji czytelnictwa w gminie, zorganizowanie szkolenia z pierwszej pomocy przedmedycznej, organizację w szkole warsztatów muzycznych. Oczywiście te zadania nie mieszczą się w ustawowym celu, jakim jest przeciwdziałanie negatywnym zjawie-

skom powodowanym używaniem alkoholu. Natomiast w wielu odpowiedziach potwierdzamy planowany wydatek, np. można sfinansować punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych i ich rodzin, szkolenia dotyczące tematów związanych z alkoholem czy zadania specjalistycznych placówek wsparcia dziennego. Trzy miesiące temu KCPU zrealizowało projekt polegający na zebraniu z wylosowanych gmin informacji dotyczących wydatków z „małpek”. Spośród 247 wylosowanych samorządów odpowiedzi nadeszło 177, czyli 72%. Mimo że prosiliśmy o enumeratywne wskazanie zadań sfinansowanych z ww. opłat, to co czwarty samorząd udzielił bardzo ogólnej odpowiedzi, np. „na realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu”, „na zadania gminnego programu”, „na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych”. Z kolei blisko 20% gmin zgłosiło, że dochody nie zostały wydatkowane i/lub zaplanowane. W kolejnym planowanym etapie zbierania informacji spróbujemy dowiedzieć się, jakie są powody takiej sytuacji. Obawiam się, że niektóre samorządy mogą intencjonalnie nie wydawać dochodów z „małpek” na cele ustawowe po to, aby w kolejnym roku kwotami tymi zasilić budżet samorządu i przeznaczyć je na inne zadania własne, co w kontekście jasno sprecyzowanego celu ustawowego jest jednak niezgodne z prawem. 26% gmin przeznaczyło środki na zadania zgodne z ustawą np. „uruchomienie świetlic środowiskowych i wydłużenie czasu ich otwarcia na terenie gminy”, „realizacja programów profilaktycznych w szkołach”, „finansowanie izb wytrzeźwień (Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych)”. W przypadku 15% gmin po analizie uznaliśmy, że środki trafiły na zadania wątpliwe pod względem zgodności z celem ustawowym i najczęściej dotyczyły one wydatków na sport np. „międzyzakładowy Ludowy Klub Sportowy »Czarni« – w zakresie wspierania i upowszechniania kultury fizycznej – piłka nożna na terenie gminy X w 2022 roku”, „Jacht Klub OPTY w Y w zakresie wspierania i upowszechniania kultury fizycznej – sporty wodne na terenie Y w 2022 roku”. Z odpowiedzi nie wynikało, czy podczas tego rodzaju zajęć są realizowane skuteczne strategie profilaktyczne, czy po prostu pieniądze zostały przekazane na sport bez związku z celem ustawowym. Samego sportu bez „wkładu profilaktycznego” nie można uznać za przeciwdziałanie negatywnym skutkom spożywania alkoholu. W przypadku 14,3% samorządów uznaliśmy

wydatki za niezgodne z prawem, np. „Caritas Diecezji X z siedzibą w X w zakresie wspierania ochrony i promocji zdrowia – opieka nad osobami chorymi i starszymi na terenie Gminy w 2022 roku”, „rozbudowa placów zabaw i siłowni plenerowych, budowa wiat rekreacyjnych i innych obiektów małej architektury”, „obsługa techniczna przy organizacji imprez integracyjnych – lokalnych mających na celu promowanie zdrowego trybu życia, tj. Dzień Dziecka, biegi Tropem Wilczym, Dni Pogórza Dynowskiego”, „zakup materiałów i wyposażenia (zabawek) do placówek przedszkolnych”, „zakup namiotu na spotkania podczas imprez plenerowych”, „na organizację czasu wolnego dla społeczności gminy”.

Warto podkreślić, że ww. zadania są na pewno wartościowe i potrzebne, jednak nie stanowią zadań z zakresu przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu i nie powinny być sfinansowane z tych opłat.

Co dalej?

Obecnie za najpilniejsze uznaję potrzebę pogłębienia analizy wstępnych sprawozdań i informacji z gmin: na co środki są przeznaczane, dlaczego nie są wydatkowane, jakie jest nastawienie lokalnych władz wobec tego dodatkowego źródła finansowania i czy nie ma z ich strony, wobec braku kontroli NIK, nacisków w kierunku wydatkowania na cele inne niż wskazane w ustawie. W tej chwili jedyną możliwością wydatkowania tych opłat (a także „korkowego” na inne zadania niż określa to ustawa) jest pomoc dla obywateli Ukrainy. Podstawą przeznaczenia ww. środków jest wtedy Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Zgadzam się z uzasadnieniem ustawy, która wprowadziła opłaty od „małpek”, że „bez wsparcia regulacyjnego i ograniczenia dostępności ekonomicznej” zmiana zachowań konsumentów i ograniczenie sięgania po napoje alkoholowe w małych opakowaniach, nie będzie możliwa. Natomiast nie jest jeszcze jasne, czy wzrost cen w tym segmencie alkoholi, w kontekście obecnej inflacji, jest na tyle wystarczający, żeby konsumenci go zauważyli i ograniczyli zakupy. Ten obszar rynku alkoholowego musimy lepiej rozpoznać.

Przypisy

¹ Dz.U. z 2020 r. poz. 1492.

Z danych zebranych od pedagogów szkolnych oraz z analiz wykonanych przez kadrę Towarzystwa Nowa Kuźnia wynika, że zaburzenia zachowania związane z nadużywaniem komputera najczęściej ujawniają się w wieku 11-12 lat i częściej występują u dzieci z rodzin o nieprawidłowych postawach wychowawczych, szczególnie tych, które predysponują dziecko do tworzenia negatywnego obrazu siebie, niskiej samooceny i gdzie występują deficyty umiejętności interpersonalnych.

PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NADUŻYWANIU KOMPUTERA I INTERNETU PRZEZ DZIECI „LIMIT”

Ireneusz Siudem

Psycholog

Przewodniczący Towarzystwa Nowa Kuźnia

Wprowadzenie

„Limit” to program profilaktyki selektywnej realizowany w Lublinie od 2015 roku przez Towarzystwo Nowa Kuźnia. Program adresowany jest do dzieci uczęszczających do klas IV-VI szkoły podstawowej, zagrożonych uzależnieniem od komputera (ew. telefonu komórkowego, internetu), oraz do ich rodziców.

Program powstał w odpowiedzi na nasilające się problemy, sygnalizowane przez nauczycieli i rodziców, związane z nadmiernym korzystaniem z mediów przez dzieci. Potwierdzają je również badania naukowe, których wyniki dostępne są m.in. w raportach EU Kids Online (2010, 2020) i CBOS (2013, 2018). O problemach tych można przeczytać również w raportach „Charakterystyka zjawiska hazardu i patologicznego używania Internetu wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych” z 2016 roku oraz „Charakterystyka zjawiska ryzykownego i problemowego korzystania z Internetu i telefonów komórkowych przez młodzież szkół podstawowych” z 2018 roku. Oba raporty zostały opracowane przez Katarzynę Warzechę (2016, 2018) i zespół naukowców z Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę podkreśla związek nadużywania komputera z innymi zachowaniami ryzykownymi m.in. autoagresją. Ponadto uczniowie nadużywający komputera mają również mniej pozytywny stosunek do szkoły, są narażeni na niebezpieczne treści m.in. propagujące zachowania skutkujące zaburzeniami odżywiania, zachęcające do samobójstwa czy

używania narkotyków (Siudem, A. Siudem, I., 2014; Makaruk, Włodarczyk, Skoneczna, 2019).

Uruchomienie programu przez Towarzystwo Nowa Kuźnia poprzedziły badania wśród uczniów klas V jednej ze szkół podstawowych w Lublinie oraz ich rodziców. Łącznie objęły one 500 osób. Stwierdzono, że prawie 50% badanych zdarzyło się stracić poczucie czasu podczas korzystania z komputera lub smartfona. 64% miało konflikt z rodzicami z powodu używania mediów. 4% badanych, a konkretnie rodziców, szukało pomocy u specjalisty, najczęściej u psychologa lub lekarza z powodu problemów, jakie zauważyli u swoich dzieci w związku z nadużywaniem komputera/telefonu/internetu. U 10,12% uczniów wystąpiły zachowania wskazujące na poważne zagrożenie uzależnieniem od komputera (wg koncepcji Kimberly Young, 1998), m.in. spędzanie czasu przy komputerze codziennie powyżej trzech godzin, zaburzenia nastroju (agresja lub lęk i depresja), obniżenie wyników w nauce, wycofywanie się z kontaktów w realnym świecie.

Z danych zebranych od pedagogów szkolnych oraz z analiz wykonanych przez kadrę Towarzystwa Nowa Kuźnia wynika, że zaburzenia zachowania związane z nadużywaniem komputera najczęściej ujawniają się w wieku 11-12 lat i częściej występują u dzieci z rodzin o nieprawidłowych postawach wychowawczych, szczególnie tych, które predysponują dziecko do tworzenia negatywnego obrazu siebie, niskiej samooceny i gdzie występują deficyty umiejętności interpersonalnych. Inaczej mówiąc, są to młodzi ludzie niemający oparcia w rodzinie, z dużym poczuciem lęku, często krzywdy i złości, zagubieni i poszukujący najłatwiej-

szych sposobów bycia widocznym, osiągnięcia wsparcia, przyjemności i sukcesu – które to pozornie dostarcza wirtualna rzeczywistość (Siudem A., 2010, 2012; Young, Nabucco de Abreau, 2017).

Odnosząc się do istniejących, sprawdzonych programów przeciwdziałania uzależnieniom, przyjęto, że skutecznym działaniem profilaktycznym w takiej sytuacji jest odpowiednio wczesna interwencja wobec tych osób (wiek 10-12 lat) i oddziaływania mające na celu zwiększenie ich koncentracji na realnych możliwościach zaspokajania potrzeb przy udziale rodziców i rówieśników. Pokazanie atrakcyjności relacji międzyludzkich tworzonych przez dzieci w realnym życiu jako alternatywy wobec wirtualnej rzeczywistości, będącej w tym przypadku substytutem sprzyjającym zachowaniom asekuracyjnym i ucieczkowym.

Biorąc pod uwagę istnienie problemu nadmiernego używania przez dzieci mediów elektronicznych i duże zainteresowanie rodziców i nauczycieli działaniami profilaktycznymi w tym zakresie, podjęto decyzję o skonstruowaniu programu przeciwdziałania nadużywaniu komputera i internetu przez dzieci pod nazwą „Limit”. Jego wdrożenie i realizację umożliwiło wsparcie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, obecnie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Program jest finansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Cele programu

Celem głównym programu jest ograniczenie przez dzieci nadmiernego korzystania z komputera i internetu, a co za tym idzie zmniejszenie ryzyka uzależnienia od tego medium. W programie sformułowano także trzy cele szczegółowe, którymi są:

1. Zwiększenie wiedzy na temat zagrożeń związanych z nadmiernym korzystaniem z komputera i internetu oraz niebezpieczeństw tkwiących w samym internecie. Jak również zwiększenie wiedzy o sposobach redukcji i unikania tych zagrożeń.
2. Zwiększenie ilości pozytywnych emocji (doznań) oraz poczucia satysfakcji w relacjach interpersonalnych.
3. Zwiększenie ilości zachowań (działań, aktywności) alternatywnych wobec używania komputera

oraz sposobów bezpiecznego używania komputera i internetu.

Podstawy teoretyczne

Koncepcja programu opiera się na trójskładnikowej teorii postaw, która zakłada, że każda postawa składa się z komponentu intelektualnego (wiedza), emocjonalnego (doznania, przeżycia) i behawioralnego (zachowanie). Trwałe ograniczenie nadużywania komputera i internetu wymaga zmiany postaw użytkowników wobec tego medium. Najwyższą skuteczność zmiany według autora koncepcji Tadeusza Mądrzyckiego (1977) osiąga się oddziałując jednocześnie na trzy składniki. Jest to założenie powszechnie stosowane m.in. w reklamach na całym świecie. Zostało ono również sprawdzone w oddziaływaniach profilaktycznych – partyworkerskich, gdzie pozytywne zmiany w zachowaniu stwierdzono u 68% uczestników imprez. Jest to wynik wysoki i świadczący o dużej skuteczności w porównaniu z innymi podobnymi programami (Siudem I., Siudem J., 2017).

Ta powszechnie znana teoria postaw została wybrana pomimo istnienia nowszych teorii (modele perswazyjne, dwutorowe, poznawcze i postpoznawcze, jedno- lub dwukomponentowe), ponieważ poza sprawdzoną skutecznością, umożliwiła poszerzenie zadań ponad te wynikające z konieczności zmiany postaw, narzuciła ona też przejrzystą konstrukcję programu, a co za tym idzie konsekwencję w działaniu. Cele szczegółowe i zadania do realizacji zostały uporządkowane zgodnie z trzema komponentami postawy, umożliwiając jednocześnie zastosowanie w ich ramach sprawdzonych strategii profilaktycznych. Są to: przekaz informacji, kształtowanie umiejętności życiowych (głównie relacji międzyludzkich), proponowanie alternatyw i rozwijanie umiejętności wychowawczych (w przypadku rodziców).

Adresaci programu

Zgodnie z analizami wskazującymi na konkretny wiek ujawniania się problemów związanych z nadużywaniem komputera, przyjęto, że adresatami programu będą dzieci w wieku IV, V i VI klasy szkoły podstawowej, nadmiernie korzystające z komputera (telefonu) oraz ich rodzice (prawni opiekunowie).

Rekrutacja do programu odbywa się na podstawie rozmów z pedagogami szkolnymi i rodzicami (którzy zgłosili pro-

blemy) w celu wytypowania dzieci. Następnie szacowany jest poziom zagrożenia uzależnieniem od komputera za pomocą kryteriów sformułowanych przez Kimberly Young (1998). Do programu zostają zakwalifikowane dzieci zagrożone uzależnieniem oraz ich rodzice na podstawie pisemnej deklaracji chęci uczestnictwa w nim.

Struktura programu

Program składa się z 30 spotkań psychoedukacyjnych: 20 spotkań z dziećmi, 7 spotkań z rodzicami oraz 3 spotkań wspólnych (rodzice i dzieci). Spotkania prowadzi dwie osoby. Tematyka spotkań jest zgodna z celami szczegółowymi i to one narzuciły powstanie trzech bloków tematycznych zajęć:

- pierwszy to blok dostarczania wiedzy, nawiązujący do komponentu intelektualnego postawy. Ma on na celu zwiększenie wiedzy uczestników na temat zagrożeń związanych z nadmiernym korzystaniem z komputera i internetu oraz niebezpieczeństw tkwiących w samym internecie. Jak również zwiększenie wiedzy o sposobach redukcji i unikania tych zagrożeń,
- drugi to blok kształtowania umiejętności życiowych, nawiązujący do emocjonalnego komponentu postawy. Jego głównym celem jest zwiększenie ilości pozytywnych emocji (doznań) oraz poczucia satysfakcji w relacjach interpersonalnych,
- trzeci to blok zwiększenia ilości działań alternatywnych, adresowany do behawioralnego komponentu postawy. Ma on na celu naukę zachowań alternatywnych wobec nadmiernego używania mediów.

Szczegółowe zadania realizowane w ramach każdego z bloków to:

Blok dostarczania wiedzy:

- Dostarczenie uczniom wiedzy na temat konsekwencji nadmiernego korzystania z komputera i internetu.
- Pokazanie uczniom sposobów zmniejszania negatywnych skutków nadmiernego korzystania z komputera i internetu.
- Przekazanie uczniom wiedzy na temat poszczególnych zagrożeń tkwiących w cyberprzestrzeni wraz z omówieniem sposobów unikania tych zagrożeń.
- Dostarczenie rodzicom wiedzy na temat konsekwencji nadmiernego korzystania z komputera i internetu.
- Pokazanie rodzicom sposobów zmniejszania negatywnych skutków nadmiernego korzystania z komputera i internetu.

- Przekazanie rodzicom wiedzy na temat poszczególnych zagrożeń tkwiących w cyberprzestrzeni wraz z omówieniem sposobów unikania tych zagrożeń.

Blok kształtowania umiejętności życiowych:

Zwiększenie umiejętności interpersonalnych dzieci w zakresie:

- Nawiązywania i budowania relacji z drugim człowiekiem.
- Pokonywania osobistych ograniczeń w relacjach interpersonalnych (lęk przed odrzuceniem, niska samoocena, nieśmiałość, negatywny obraz siebie).
- Kontroli i wyrażania emocji – rozpoznawania i świadomości emocji, ekspresji emocjonalnej, odreagowania napięcia.
- Relacji z rodzicami.
- Rozwiązywania konfliktów.

Blok kształtowania umiejętności życiowych:

- Trening warunkujący prawidłowe nawyki korzystania z komputera i internetu (kontrola powodu korzystania, czasu, pory dnia, sposobu, treści) – nauka planowania i współpracy z rodzicami.
- Trening reakcji na prowokację, czyli unikanie niebezpieczeństw w cyberprzestrzeni m.in. wyłudzenie danych, oszustwa, atak, prowokacja seksualna.
- Wzmacnianie zachowań alternatywnych wobec korzystania z komputera: rozwój zainteresowań, inicjowanie i uczestnictwo w spotkaniach z rówieśnikami, planowanie i organizacja czasu wolnego bez komputera, telefonu.
- Kształtowanie pożądanych zachowań rodziców: utrzymywanie prawidłowej relacji z dzieckiem, umiejętna kontrola i uczestnictwo w aktywności internetowej z dzieckiem, wspólne spędzanie czasu wolnego bez komputera (telefonu), pomoc dziecku w organizowaniu czasu wolnego i realizacji zainteresowań, wzmacnianie aktywności podejmowanej przez dziecko bez mediów.

Efekty realizacji programu

Od 2015 roku odbyło się siedem edycji programu, w których łącznie z rokiem 2022 wzięło udział 276 dzieci i 392 rodziców. Zwykle rocznie prowadzone są równolegle trzy grupy dzieci po dwanaście osób każda.

W tym opracowaniu przedstawione zostaną efekty dotyczące realizacji szóstej edycji programu, czyli 2021 roku. W wyniku rekrutacji do programu przyjęto 36 dzieci oraz ich rodziców (prawnych opiekunów) w liczbie 48 osób – trzy grupy zajęciowe.

Wśród dzieci było 58% chłopców i 42% dziewcząt. Wśród rodziców w programie uczestniczyło 46% ojców i 54% matek.

W celu oszacowania głównych efektów programu skonstruowano własne narzędzie umożliwiające pomiar adekwatny do przyjętej koncepcji programu. Jest to „Test Postaw Wobec Komputera – TPWK”. Składa się on z czterech skal, z których trzy nawiązują do trójskładnikowej teorii postaw, są to skale: wiedza, emocje i zachowania. Dodatkowa, czwarta skala dotyczy wiedzy i świadomości zagrożeń związanych z korzystaniem z komputera i internetu. Zagrożenia te stanowią oddzielną istotną jakość, dlatego zostały wyodrębnione z pozostałych jako oddzielna skala.

Wyniki każdej ze skal przyjmują wartości od 0 do 100 punktów. Wynik ogólny całego testu, pokazano w tabeli 1. Badanie ewaluacyjne uczniów uczestniczących w programie w 2021 roku ukazuje wykres 1.

Jak widać na wykresie 1. w trakcie realizacji programu nastąpiła korzystna zmiana postaw uczestników. Średnio wynik ogólny obniżył się o blisko 15 punktów, czyli osoby skrajnie zagrożone uzależnieniem znalazły się w miejscu skali świadczącej o ryzyku i skłonnościach do nadmiernego korzystania z komputera. Największe pozytywne zmiany nastąpiły w zakresie świadomości zagrożeń związanych z używaniem mediów. Ponadto nastąpił wzrost ilości zachowań alternatywnych wobec przebywania w wirtualnej rzeczywistości oraz bezpiecznego używania internetu, komputerów i telefonów.

Wykres 1. Wyniki badania ewaluacyjnego uczestników programu w roku 2021.

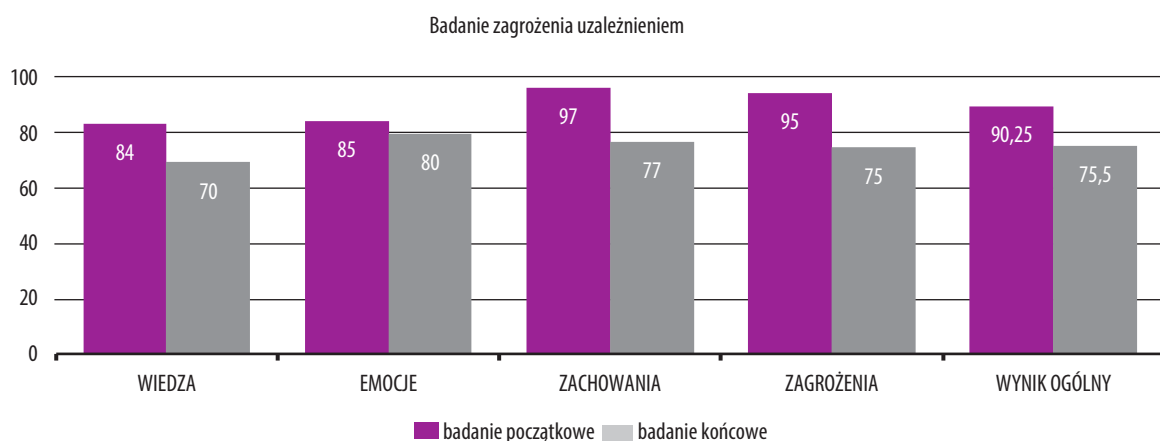


Tabela 1. Zakres punktowy testu TPWK.

0–20	21–50	51–70	71–90	91–100
Brak znaczących oznak zainteresowania komputerem	Zainteresowanie komputerem poniżej przeciętnej nie wskazuje na występowanie zagrożeń w tym zakresie	Przeciętne zainteresowanie komputerem, charakterystyczne dla większości nastolatków, nie wskazuje na występowanie zagrożeń w tym zakresie	Osoba przejawia skłonności do nadmiernego korzystania z komputera, występuje ryzyko zagrożeń z tym związanych	Osoba nadmiernie korzystająca z komputera, zagrożona uzależnieniem, podatna na zagrożenia z tym związane

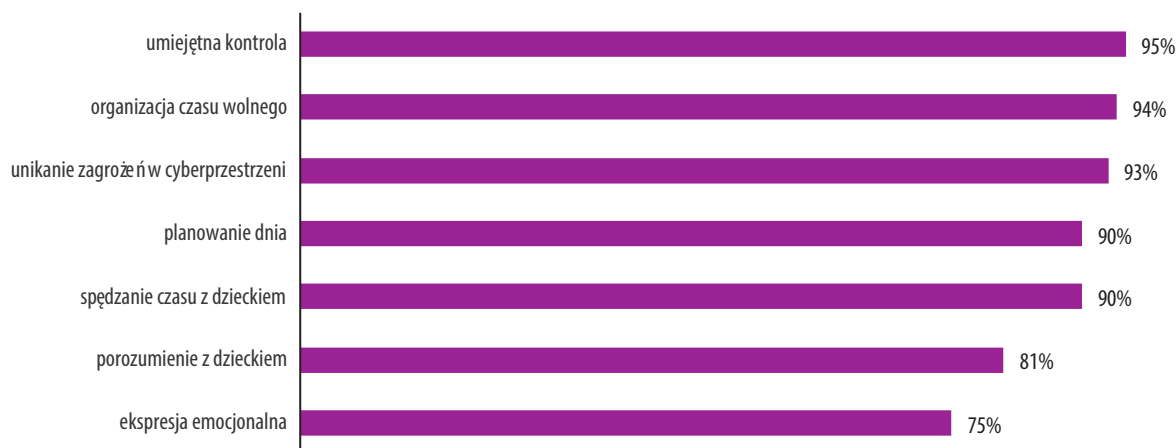
Interpretacja skal:

Wiedza: wysoka liczba punktów wskazuje na brak wiedzy na temat uzależnienia od komputera/telefonu i internetu oraz podstawowych zasad bezpiecznego korzystania z tego medium lub posiadanie błędnych informacji wskazujących na to, że osoba sądzi, iż nie ma takich zagrożeń.

Emocje: wysoka liczba punktów wskazuje na skrajną fascynację komputerem/telefonem i internetem przy jednoczesnym przeżywaniu negatywnych emocji w sytuacjach braku możliwości korzystania z tych mediów.

Zachowanie: wysoka liczba punktów wskazuje na dużą ilość zachowań świadczących o nadmiernym korzystaniu z komputera/telefonu, m.in. czas spędzany przy komputerze, częstość korzystania, prowokowanie sytuacji mających na celu używanie komputera/telefonu itp.

Zagrożenie: wysoka liczba punktów wskazuje na brak wiedzy oraz świadomości zagrożeń w przypadku korzystania z komputera/telefonu dotyczących m.in. oszustw, podszywania się pod inną osobę, wyłudzenia danych, działalności sekt itp.

Wykres 2. Najistotniejsze umiejętności nabyte podczas programu w opinii rodziców.

Przy prawidłowej kontroli rodziców osiągnięty efekt może być długoterminowy, szczególnie że w przypadku rodziców to właśnie umiejętności kontroli oraz planowania czasu bez komputera wzrosły najbardziej. Umiejętności nabyte podczas programu przez rodziców ukazuje wykres 2. Zaangażowanie rodziców w organizację czasu wolnego przy jednoczesnej umiejętnej kontroli dzieci można w tym przypadku potraktować jako efekt pozytywny. Chodzi tu głównie o zaangażowanie dzieci w alternatywną działalność wobec przebywania w cyberprzestrzeni. W programie tym efekt jest wzmacniany poprzez stworzenie sytuacji, pod koniec ostatniego bloku zajęć, w której każdy z uczestników może wybrać dodatkową (poza komputerem) aktywność, którą zacznie realizować przy wsparciu rodziców. Dzieje się to podczas rozmów końcowych. Alternatywne aktywności wybierane są w efekcie negocjacji z uczestnikami przy współudziale rodziców, zgodnie z zasadą, by dawały dzieciom możliwości rozwoju dotychczas zaniedbywanych sfer.

Niestety, oferta tych aktywności musiała zostać zmodyfikowana w stosunku do poprzednich lat, ponieważ z powodu pandemii COVID-19 wprowadzono znaczne ograniczenia. Ratunkiem w tej sytuacji było zapisywanie dzieci przez rodziców do klubów sportowych oraz or-

ganizacji prowadzących profesjonalne zajęcia sportowe, z którymi nawiązano współpracę.

Po sześciu miesiącach od zakończenia realizacji programu 29 na 36 uczniów kontynuuje uczestnictwo w wybranych przez siebie zajęciach.

Zakończenie

Program przeciwdziałania nadużywaniu komputera i internetu przez dzieci „Limit”, zaliczający się do profilaktyki selektywnej, został skonstruowany na bazie sprawdzonej w praktyce koncepcji postaw. Odwołując się do niej, sformułowano cele szczegółowe programu: zwiększenie wiedzy na temat zagrożeń związanych z nadmiernym korzystaniem z komputera/telefonu i internetu oraz niebezpieczeństw tkwiących w samym internecie; zwiększenie wiedzy o sposobach redukcji i unikania tych zagrożeń; zwiększenie ilości pozytywnych emocji oraz poczucia satysfakcji w relacjach interpersonalnych oraz zwiększenie ilości zachowań alternatywnych wobec używania komputera i telefonu oraz sposobów bezpiecznego używania komputera/telefonu i internetu.

W nawiązaniu do tych celów realizowane są konkretne zajęcia. Zostały one podzielone na trzy bloki. Łącznie jest to 30 spotkań, w tym 27 spotkań dwugodzinnych – 20 dla dzieci i 7 dla rodziców, i 3 trzygodzinne – podsumowujące, prowadzone wspólnie dla dzieci i rodziców. Zajęcia mają formę warsztatów z elementami psychoedukacji. Wyniki badań ewaluacyjnych zaprezentowane w niniejszym artykule korespondują z wynikami uzyskanymi w poprzednich latach. Głównym efektem przeprowadzonych zajęć jest pozytywna zmiana postaw uczestników w trzech składowych: wiedzy, emocjach i zachowaniach,

Tabela 2. Zajęcia alternatywne uczestników.

Nazwa zajęć	Liczba uczestników
Taniec towarzyski	19
Piłka nożna	11
Koszykówka	3
Jazda konna	2
Lekkoatletyka	1

zmniejszająca ryzyko uzależnienia oraz nadmiernego używania komputera/telefonu i internetu. Szczególnie dotyczy to zmian w sferze świadomości zagrożeń i aktywności uczestników.

Skuteczność programu zwiększają zastosowane w nim sprawdzone formy i strategie oddziaływań profilaktycznych, oparte na dostarczaniu wiedzy, zwiększaniu doznań i umiejętności życiowych oraz nauki zachowań alternatywnych.

Ważnym walorem programu jest oparcie jego konstrukcji na sprawdzonej koncepcji naukowej, stosunkowo wczesne, jeśli chodzi o wiek uczestników, rozpoczęcie oddziaływań, zaproszenie rodziców do udziału w programie, co m.in. umożliwia doskonalenie relacji rodzinnych, oraz stymulacja aktywności uczestników w czasie wolnym, mająca na celu podejmowanie przez nich działań alternatywnych wobec korzystania z internetu, komputera i telefonu.

Bibliografia

Makaruk K., Włodarczyk J., Skoneczna P., „Problematyczne używanie internetu przez młodzież”, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2019.

Mądrzycki T., „Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw”, WSiP, Warszawa 1977.

Nabucco de Abreau C., Young K.S. (red.), „Uzależnienie od Internetu. Profilaktyka, diagnoza, terapia. Poradnik dla lekarzy”, Fundacja Dolce Vita, Zamość 2017.

Siudem A., „Style radzenia sobie ze stresem a komunikowanie się poprzez Internet (w:) G. Kwiatkowska, K. Markiewicz (red.), Komunikowanie się. Nowe wyzwania, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010.

Siudem A., „Wpływ cyberprzestrzeni na rozwój psychospołeczny dziecka [The impact of cyberspace on the psychosocial development in children]” In: J. Jęczeń, K. Komsta, & J. Sak (eds.), Hazard i uzależnienia wirtualne [Gambling and on-line addictions] (145-164). Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, 2012.

Siudem A. Siudem I., „The Behaviour of Young People in Cyberspace and Their Perception of Family Relations” (w:) J. Chwaszcz, A. Palacz-Chrisidis (red.), Behavioral addictions, Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy, Lublin 2014.

Siudem I., Siudem J., „Trójskładnikowa teoria postaw jako podstawa planowania działań partyworkerskich”, Serwis Informacyjny Uzależnienia, 4 (80) 2017, s. 26-33.

Warzecha K. i in., „Charakterystyka zjawiska hazardu i patologicznego używania Internetu wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych”, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2016.

Warzecha K. i in., „Charakterystyka zjawiska ryzykownego i problemowego korzystania z Internetu i telefonów komórkowych przez młodzież szkół podstawowych”, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2018.

Young K.S., „Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery”, John Wiley & Sons, New York 1998.

Na jednej z konferencji prasowych¹, jakie organizowałam, wystąpiła kobieta² znana w środowisku 12 krokowych wspólnot samopomocowych jako Urszula-hazardzistka. W bardzo emocjonalnym wystąpieniu opowiedziała, jak interwencja ze strony pracownika firmy oferującej zakłady bukmacherskie online wpłynęła na jej decyzję o tym..., by podjąć terapię.

NIEODPOWIEDZIALNA GRA

Maja Ruszpel

*Specjalista terapii uzależnień
Fundacja Inspiratornia*

Ula grała online na zakładach bukmacherskich niemal od zawsze – uzależniła się jeszcze jako dziecko. Problem pogłębił się na studiach, kiedy po operacji, unieruchomiona na pół roku, miała nagle mnóstwo wolnego czasu. Im dłużej grała, tym bardziej się zadłużała, tym więcej osób oszukiwała – łącznie z własną matką. Jadła najtańsze jedzenie – parówki, chińskie zupki. Nie miała przyjaciół, ani życia prywatnego.

W ostatniej fazie czynnego nałogu Ula grała non stop przez większość dnia – po 8-10 godzin, przegrywając coraz większe kwoty. W pewnym momencie dostała informacje od opiekuna jej konta, która uświadomiła jej, że właściwie nic poza graniem online na zakładach bukmacherskich w swoim życiu nie robi. System bowiem wyliczył dokładnie czas i pieniądze przeznaczone na grę na przestrzeni ostatnich miesięcy. Co więcej, opiekun

przekazał jej informację, że wszystko wskazuje na to, że jest uzależniona i powinna poszukać pomocy. „To było jak wiadro zimnej wody” – mówiła Urszula.

Nie dotarł do niej ani terapeuta, nie zrobił tego lekarz ani nikt z rodziny. Zrobił to pracownik firmy oferującej obstawianie meczów. Dlaczego? Dlatego, że jego kobieta nie była w stanie oszukać. Opiekun bowiem doskonale znał historię grania Urszuli – kwoty, jakimi grała i jakie przegrywała. Wiedział, w jakie gry gra i kiedy. Był najbliżej niej w okresie, kiedy była w czynnym nałogu. To tłumaczy, czemu rola pracowników firm hazardowych jest tak ważna. Bez względu na to, jak będziemy oceniać ideę odpowiedzialnej gry.

Sztuczna inteligencja w profilaktyce uzależnienia od hazardu

W naszym kraju u części osób – zarówno samych pracowników firm hazardowych, jak i członków wspólnot samopomocowych typu Anonimowi Hazardziści czy naukowców – panuje przekonanie, że odpowiedzialna gra nie działa. Wielu widzi w tym jedynie pomysł na poprawienie wizerunku kasyn czy salonów gier, część cyniczną grę firm hazardowych, za pomocą której namawiają do kontynuacji gry, ale w sposób kontrolowany, tych, którzy już dawno powinni zaprzestać grania.

Jednak w krajach Europy Zachodniej zaangażowanie operatorów gier losowych w społeczną odpowiedzialność biznesu przyjmuje najróżniejsze formy i systematycznie się rozwija, przecząc tym samym wszelkim opiniom o jej nieskuteczności.

Do najciekawszych odkryć ostatnich lat należą aplikacje wykorzystujące sztuczną inteligencję do analizowania zachowania graczy. Przekazują one m.in. informacje zwrotne wówczas, gdy gracz zaczyna grać w coraz bardziej ryzykowne gry lub zaczyna wykazywać symptomy grania problemowego.

Takimi aplikacjami są m.in. Mentor³ oraz Playscan. O tym pierwszym 5 lat temu opowiadał jego współtwórca Mark Griffiths podczas międzynarodowej konferencji dotyczącej uzależnień behawioralnych w Warszawie. Od tamtego czasu Mentor monitoruje i pomaga graczom w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Danii, Szwajcarii, Niemczech, Włoszech, Hiszpanii, Norwegii, Finlandii, Kanadzie i wielu innych krajach. Dzięki niemu wymienione wcześniej informacje są przekazywane graczowi zarówno wizualnie (w postaci prostych wykresów lub

tabel), jak i numerycznie. Dodatkowo system analizuje zachowania graczy. Jeśli tylko wykryje znaczące zmiany, np. ktoś zwiększa swoje stawki, wydłuża czas gry lub przełącza się na bardziej ryzykowną grę – aplikacja przekazuje graczowi informacje i pyta np. „Czy jesteś pewien, że nie grasz dłużej, niż początkowo miałeś zamiar?”.

Gracz zatem ma narzędzia do przeanalizowania swojego zachowania. Jednocześnie system nie wyklucza graczy, nie identyfikuje problemowych hazardzistów w sposób kliniczny, opiera się wyłącznie na koncepcji świadomego wyboru gracza.

W Polsce jedna z firm oferujących zakłady bukmacherskie informuje, że planuje wprowadzić na rynek Mentora⁴. W przypadku Playscana⁵ jest nieco inaczej – stworzyła go Svenska Spel, szwedzka loteria należąca do państwa. Mogą z niego korzystać wyłącznie loterie narodowe, które posiadają certyfikaty The European Lotteries i World Lottery Association. Playscan analizuje: czas spędzony na graniu, liczbę samowykluczeń, poziom stawek, czas trwania sesji. To narzędzie pozwala ocenić poziom ryzyka związanego z praktykami hazardowymi. Ryzyko to dzieli na 6 różnych poziomów, o których informuje za pomocą odpowiednich kolorów – zielonego (gracz rekreacyjny), przez różne odcienie żółtego i pomarańczowego (gracz problemowy), aż do czerwonego (uzależnienie).

A co z firmami i ich możliwościami monitorowania zachowań graczy, dzięki któremu opiekun konta Urszuli-hazardzistki mógł się do niej zwrócić z informacją zwrotną zawierającą niepokojące dane?

Oczywiście, taki odpowiednik istnieje. Do tego rodzaju aplikacji należy np. GameScanner⁶, który charakteryzuje się wysoką czułością w wykrywaniu ryzykownych zachowań czy graczy problemowych. Dzięki jego zastosowaniu firma może wiedzieć, jaki odsetek graczy wykazuje symptomy zaburzenia uprawiania hazardu, a także podejmować zindywidualizowane działania i aktywności wobec poszczególnych graczy, którzy są na etapie grania problemowego czy szkodliwego.

Dzięki informacjom, jakie przekazują wszystkie te aplikacje, powstaje możliwość informowania bezpośrednio graczy o tym, jakiego ryzyka się podejmują lub ostrzegania ich na wczesnym etapie.

Indywidualny kontakt z graczem

Jedną z najciekawszych inicjatyw polegających na bezpośrednim kontakcie z graczem i zainspirowaniu

go do sięgnięcia po wsparcie, zrealizowała firma Norsk Tipping. Firma przeszkoliła konsultantów, którzy następnie zadzwonili do klientów VIP, czyli tych, którzy w ostatnim roku przegrali najwyższe kwoty. Tematem rozmowy był stosunek tych osób do grania oraz zmotywowanie ich do używania narzędzi kontrolowanego grania.

Bezpośredni kontakt z klientami jest przyszłością odpowiedzialnej gry. W raporcie European Gaming and Betting Association⁷ (EGBA) z 2020 roku, opisującym m.in. działania firm hazardowych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniu od hazardu, autorzy informują, że członkowie stowarzyszenia w ramach prowadzenia działań promujących odpowiedzialną grę:

- wysłali 2,8 mln spersonalizowanych komunikatów na temat indywidualnych zachowań graczy związanych z hazardem – i jest to wzrost o 133% w porównaniu z 1,2 mln wysłanych informacji w 2019 roku (wśród komunikatów znalazły się m.in. wiadomości e-mailowe, rozmowy telefoniczne/SMS-y, czaty lub interakcje w wyskakujących okienkach w czasie gry poświęcone odpowiedzialnemu graniu),
- wysłali 14,2 mln informacji ogólnych w celu promowania bezpieczniejszego hazardu. Były to e-maile, SMS-y lub inne komunikaty poświęcone odpowiedzialnej grze przekazywane klientom, niezależnie od ich indywidualnych zachowań związanych z hazardem.

W roku 2021 te liczby wzrosły i dodano nowe wskaźniki:

- do klientów wysłano 15,5 mln wiadomości ogólnych w celu promowania bezpieczniejszego hazardu – wzrost o 9% rocznie,
- liczba klientów korzystających z co najmniej jednego bezpiecznego narzędzia hazardowego, obowiązkowo lub dobrowolnie, wzrosła do 14,9 mln, czyli o 50%⁸.

Jeszcze innym narzędziem jest Gamalyze⁹. Jest to rodzaj pomysłowego testu, polegającego na udziale w... grze hazardowej. Nie jest to więc, jak zazwyczaj bywa, test tradycyjnie skonstruowany z pytań i odpowiedzi, które gracz może wybrać. Wszystkie pytania są niejako ukryte w grze i przekształcone w mechanizmy znane z gier. To, co podlega analizie, to określone decyzje, jakie podejmuje gracz. System bada jego zachowania, impulsy, jakie nim kierują, schematy myślowe. Dzięki temu uzyskuje się o wiele bardziej obiektywny wynik, ponieważ Gamalyze odzwierciedla działania i decyzje podczas gry, a nie refleksje na temat własnego zachowania.

Wayne Rooney walczy z uzależnieniem od hazardu

Inną metodą, tym razem z obszaru profilaktyki uniwersalnej, są kampanie społeczne poświęcone odpowiedzialnemu graniu. Tego rodzaju kampanie są realizowane m.in. przez gigantów hazardowych, takich jak największa na świecie firma oferująca zakłady bukmacherskie William Hill czy Casumo – globalne kasyno online. Ale realizują je też inni. Do najciekawszych kreacji należy choćby ta przygotowana przez 32Red. Firma zaprosiła do swojej kampanii słynnego piłkarza Wayne'a Rooneya¹⁰, o którym opinia publiczna wiedziała, że w przeszłości miał problem z uzależnieniem i od alkoholu, i od hazardu. Rooney jest twarzą kampanii o nazwie *Know Your Limits*. Poza 60-sekundowym spotem, w którym wraz z dwoma innymi sportowcami w prosty sposób przekazuje, na czym polega granie kontrolowane i o czym osoby angażujące się w hazard powinny pamiętać, występuje również w wywiadach i reportażach, będących częścią tej kampanii. Rooney opowiada swoją historię i dzięki temu jest wiarygodny¹¹.

Strona internetowa oferująca szereg gier hazardowych – 888, stworzyła wiele odsłon¹² dotyczących tego samego przekazu, a który streścić można jednym hasłem – „zachowaj umiar”. W kampanii nie ma właściwie żadnych słów, nie ma ludzi. Jest jedynie obraz. I tak – przykładowo – oglądamy metaforę tego hasła, patrząc na filiżankę z kawą. I widzimy rękę, która nabiera łyżeczką cukier z cukiernicy i sładzi kawę. Następnie dosypuje do filiżanki kawy kolejną łyżeczkę cukru. Po chwili ta sama ręka dodaje... dwie, trzy, a z czasem cztery i więcej, aż w końcu wysypuje zawartość całej cukiernicy.

W innym spocie tej samej firmy obserwujemy, co dzieje się z kwiatem¹³, o który ktoś przesadnie i nadmiarowo dba – początkowo, podlewany w zdrowych proporcjach, kwitnie i ma się dobrze. Z czasem jednak, gdy ta sama ręka co w przypadku spotu z kawą – systematycznie go przelewa, zaczyna gnić i w rezultacie usycha.

Kampanie społeczne mieszczą się w szerokim obszarze działań, które można nazwać edukacją społeczną czy działaniami z zakresu profilaktyki uniwersalnej. W tym obszarze znajduje się także informowanie graczy o tym, które z gier są bardziej lub mniej uzależniające. I tu z pomocą przychodzi technologia – są bowiem aplikacje, badające potencjał uzależniający gier. Jest nią istniejący od lat ASTERIG¹⁴, który mierzy możliwe wymiary potencjalnego ryzyka produktów hazardowych. Jest nią także Gamgard¹⁵, który został opracowany już wiele lat temu, bo w 2006 roku. Każda

z tych aplikacji została stworzona przez zespół ekspertów i badaczy gier z całego świata.

Polska na szarym końcu

Jak to wygląda w Polsce? Niestety, większość wymienionych działań nie jest u nas realizowana. Dodatkowo: co do poziomu wdrażania odpowiedzialnej gry, choćby na podstawowym poziomie – wszystko, co jest robione w naszym kraju, jest niespójne i niekonsekwentne.

Czemu? Żeby to zrozumieć należy odwołać się do zapisów ustawy hazardowej. To ona bowiem opisuje, w jakim stopniu i w jakiej formie operatorzy gier losowych powinni starać się (bądź nie) przeciwdziałać uzależnieniu od hazardu u swoich klientów. I tak według ustawy, kasyna stacjonarne nie są zobowiązane do wdrażania odpowiedzialnej gry. Firmy oferujące zakłady bukmacherskie w punktach stacjonarnych – także nie są. Podobnie kioski, w których sprzedaje się zdrapki, kupony Lotto czy inne gry liczbowe Totalizatora Sportowego. A zatem w 50 kasynach, w 1581 legalnych punktach naziemnych oferujących zakłady bukmacherskie oraz 46 tys. kiosków w całej Polsce nie ma słowa o odpowiedzialnej grze – o ile operator sam nie podejmie takiej decyzji, że chce to robić. A w większości – nie podejmuje. Wyjątkiem jest Casinos Poland, które systematycznie szkoli swoich pracowników w obszarze interweniowania wobec graczy problemowych i uzależnionych; wydrukowało także dyskretne wizytówki z telefonem zaufania 801 889 880 i rozłożyło je w toaletach, tak by goście mogli je wziąć nie narażając się na krępujące spojrzenia. Ponadto na ekranach rozmieszczonych w kasynie pojawiają się konkretne hasła dotyczące zasad odpowiedzialnego grania, choćby: *nie pożyczaj pieniędzy na grę, nie traktuj hazardu jako sposobu na zarobek, nie graj, będąc pod wpływem alkoholu* itp.

Wszystkie te działania podejmowane są przez Zarząd i Dział Społecznej Odpowiedzialności Biznesu wspomnianego kasyna z ich własnej inicjatywy.

Gdzie zatem ustawa hazardowa reguluje zasady odpowiedzialnej gry i narzuca je operatorom oraz nie pozwala im na dowolność? W dwóch miejscach, w których można obstawiać gry: w internecie (w Polsce legalnie działa jedna strona, na której można grać w gry kasynowe oraz 20 stron z możliwością obstawiania meczów sportowych) i w salonach z automatami.

Co to w praktyce oznacza? Że na 25 legalnych¹⁶ stronach internetowych, na których można grać oraz w ponad 1000¹⁷ punktach z automatami, można znaleźć regulamin

odpowiedzialnej gry. W dobie skrótu informacyjnego i przekazywania społeczeństwu treści za pomocą obrazu, warto zaznaczyć, że regulamin ten niestety nie jest prostą i krótką lekturą – jest bowiem długi oraz pisany prawniczym językiem.

Co jednak ważne, gwarantuje graczom, że mogą i mają prawo do skorzystania z narzędzi do kontrolowania grania. Te narzędzia mają im pomóc grać odpowiedzialnie, tak by pojawiający się problem z hazardem nie pogłębił się i nie stał się uzależnieniem. Do narzędzi kontrolowanego grania należą:

- Możliwość zaplanowania oraz systemowego ustawienia limitu środków, za które chce się grać w perspektywie dziennej czy miesięcznej. Po przekroczeniu ustalonej przez samego siebie kwoty, system automatycznie blokuje możliwość kontynuacji grania. Co ważne, choć jest możliwość zmiany wysokości limitu, to nigdy nie dzieje się to od razu. Gracz musi poczekać minimum 24 godziny, by móc zwiększyć stawki. A zatem system i regulamin odpowiedzialnej gry wymusza na graczach przerwę w grze.
- Ustawienie limitu czasu, przez który planuje się grać – zarówno dobowo, jak i miesięcznie. Tu, jeśli mówimy o kontrolowaniu, sytuacja wygląda identycznie – jeśli gracz ustawi sobie, że maksymalny czas gry dziennie to 2 godziny, to po jego przekroczeniu, system zawiesi grę.
- Poza możliwością limitowania istnieje jeszcze tzw. przerwa w grze. Czym ona jest? Gracz może zgłosić do obsługi chęć zawieszenia uczestnictwa w graniu na wybrany przez siebie okres – np. jednego tygodnia czy trzech miesięcy.
- I ostatnie narzędzie – samowykluczenie z gry. Na prośbę gracza operator gier losowych likwiduje jego konto bez możliwości otworzenia go na nowo i wznowienia gry.

Czy gracze w Polsce korzystają z tych narzędzi? Nie wiemy, ponieważ nikt tego nie bada. Można się domyślać, że jeśli robią to hazardziści, to niestety dzieje się to bardzo rzadko. Z prostego powodu – nikt w Polsce nie stara się im wytłumaczyć, czemu te narzędzia miałyby służyć i jak ich używać. Od 6 lat próbuję namówić firmy hazardowe do realizacji takiej kampanii, używając argumentów dotyczących licznych korzyści, jakie mogliby z tego mieć – niestety bezskutecznie. Część firm tłumaczy się brakiem środków, część zapisami prawnymi, które ponoć miałyby uniemożliwiać realizację takiej kampanii. To drugie na pewno – z uwagi na ustawowy zakaz reklamy gier hazardowych – wymusza na przyszłym realizatorze bardzo

ważne zaprojektowanie takiej kampanii, by firma nie naraziła się na zarzut reklamowania swoich usług. Kończąc wątek wdrażania odpowiedzialnej gry w Polsce, należy podkreślić, że bezwzględnie w naszym kraju, zgodnie z art. 27 ustawy o grach hazardowych – wstęp do ośrodków gier oraz do punktów przyjmowania zakładów wzajemnych jest dozwolony dla osób, które ukończyły 18 lat. Zaś w grach hazardowych, z wyjątkiem loterii fantowych oraz loterii promocyjnych, mogą uczestniczyć wyłącznie osoby pełnoletnie. Podkreślam to, ponieważ jeszcze 13 lat temu nie było to takie oczywiste.

Kolejną kwestią, o której nie można zapominać, jest ta, że Ministerstwo Zdrowia przez ostatnie 10 lat, w ramach NPZ, niemal w całości sfinansowało szkolenia dla firm hazardowych z zakresu odpowiedzialnej gry. Przeszkolono ponad 1000 osób reprezentujących 20 firm hazardowych¹⁸. To 95% rynku legalnego w Polsce. I za tę możliwość należy się wielki ukłon w stronę kierownictwa Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, które zaufało Fundacji Inspiratornia i pozwoliło ten proces przez ostatnie lata przeprowadzić.

Kolejny ukłon należy się za to, że na międzynarodowych konferencjach poświęconych uzależnieniom behawioralnym, organizowanych przez Fundację Res Humanae Polska, gościli najważniejsze osoby zajmujące się problematyką odpowiedzialnej gry na świecie – wspomniany Mark Griffiths i Pieter Remmers¹⁹. Obaj stworzyli podwaliny wszystkiego, co wiemy o odpowiedzialnej grze. Griffiths zrealizował dziesiątki badań naukowych na temat skuteczności tradycyjnych narzędzi odpowiedzialnej gry, także aplikacji do monitorowania zachowań graczy²⁰. Remmers jest członkiem Komitetu Wykonawczego Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Hazardem (EASG). A w 2003 roku stworzył G4 (Global Gambling Guidance Group), która zajmuje się Międzynarodowym Systemem Akredytacji w zakresie odpowiedzialnej gry dla branży gier hazardowych, zakładów wzajemnych i loterii, zarówno stacjonarnych, jak i internetowych. Obaj dzielili się z polskimi odbiorcami swoim doświadczeniem.

Przyszłość odpowiedzialnej gry w Polsce

Zatem wiedza w Polsce jest – a firmy są do jej praktycznego wdrażania przygotowane. Kierunek, który został obrany przez państwo, jest także słuszny, jednak brak mu spójności, konsekwencji oraz kilku praktycznych elementów:

- Imiennej karty gracza – czyli narzędzia, za pomocą którego gracz miałby możliwość korzystania z gier. Wówczas limity, które by sobie określał, byłyby indywidualne i obowiązywałyby we wszystkich miejscach, w których by grał – czyli w kasynach, punktach z zakładami bukmacherskimi czy salonach z automatami oraz kolekturami, a nie jedynie – jak jest obecnie – wyłącznie w salonach.
- Aplikacji, która monitoruje zachowania gracza i przekazuje mu informacje zwrotne – w tym ostrzegawcze czy motywacyjne związane np. z faktem, że gra zbyt ryzykownie.
- Kampanii społecznej informującej, jak grać odpowiedzialnie – bez informacji o tym, po co takie narzędzia są tworzone i jak ich używać, nie będzie możliwości, by gracze z nich korzystali.

I najważniejsze – przeprowadzenia badań, które przeanalizują, które z narzędzi i na jakich zasadach działają i są w Polsce skuteczne. Wtedy dopiero będziemy mogli ocenić, co w naszym kraju się sprawdza, a co nie, i ewentualnie to zmieniać.

Przypisy

- ¹ Konferencja poświęcona promocji wyników badań dr B. Lelonek-Kulety pt. „Znacząca wygrana”, która odbyła się 7 kwietnia 2022 roku.
- ² <https://e-play.pl/znacząca-wygrana-w-grach-hazardowych-konferencja-prasowa/>
- ³ <https://www.neccton.com/index.html#services>
- ⁴ <https://www.sts.pl/blog/odpowiedzialna-gra-sts-neccton/>
- ⁵ <https://www.fdj.fr/informations/playscan>
- ⁶ <https://mindway.ai/products/gamescanner/>
- ⁷ Stowarzyszenie branżowe z siedzibą w Brukseli, reprezentujące wiodących operatorów gier i zakładów online w UE. Są nimi: William Hill, Bet365, Kindred, Betsson, CVG – firmy członkowskie EGBA mają ponad 16,5 mln klientów w Europie; <https://www.egba.eu/>
- ⁸ <https://www.egba.eu/news-post/personalised-safer-gambling-communication-sees-massive-growth-in-2021-new-egba-report/>
- ⁹ <https://mindway.ai/products/gamalyze/>
- ¹⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=PVFc56sIBEs>
- ¹¹ https://futbol.pl/news/550002_Wayne_Rooney_Hazard_Nie_bylo_dla_mnie_zadnych_limitow_wciagnelo_mnie
- ¹² <https://www.youtube.com/watch?v=cbg5v2BBqqM>
- ¹³ <https://www.youtube.com/watch?v=jdA3dR60DjM>
- ¹⁴ <http://asterig.org/index.php/en/>
- ¹⁵ <https://www.gamgard.com/>
- ¹⁶ <https://www.podatki.gov.pl/pozostale-podatki/gry-hazardowe/zaklady-wzajemne-i-gry-hazardowe-przez-internet/>
- ¹⁷ <https://www.pap.pl/mediaroom/1185648%2Ctotalizator-sportowy-rozwija-siec-salonow-gier-na-automatach-otworzono-1000-punkt>
- ¹⁸ Szkolenia realizowała Fundacja Inspiratornia.
- ¹⁹ <https://spectrumgaming.com/team/pieter-remmers/>
- ²⁰ https://www.academia.edu/35383498/Griffiths_M_D_2017_Evaluating_responsible_gambling_tools_using_behavioural_tracking_data_Casino_and_Gaming_International_31_41_45

Terapeuci uzależnień doceniają skuteczność AA i powszechnie widzą sens w zalecaniu swoim pacjentom udziału w spotkaniach Wspólnoty już w czasie leczenia uzależnienia od alkoholu. Badania zrealizowane w 2018 roku przez polską Wspólnotę AA wśród członków AA potwierdzają, że 37% z nich pojawiło się w AA dzięki zachętom terapeutów.

MIEJSCE WSPÓLNOTY ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW W PROCESIE LECZENIA I ZDROWIENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jadwiga Fudała

Specjalista psychoterapii uzależnień

Terapeuta motywujący

Kilka wstępnych uwag

Wiele osób utożsamia pozaprofesjonalną grupową pomoc dla osób nadużywających alkoholu wyłącznie ze Wspólnotą Anonimowych Alkoholików. Jest to dość powszechne i nieuprawnione przeświadczenie, ponieważ w Polsce działają także liczne stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz wspólnoty religijne czy grupy wsparcia, których celem jest pomoc osobom nadmiernie pijącym. Wspólnota AA jest niewątpliwie najbardziej doświadczona, powszechna, znana i spopularyzowana (podręczniki, broszury edukacyjne, filmy fabularne, wydawnictwa Fundacji Służby Krajowej AA). Cieszy się też dużym zaufaniem profesjonalistów, kierujących swoich uzależnionych pacjentów/klientów/podopiecznych na mityngi AA. Z tego powodu na całym świecie, w tym również w Polsce, powstało i powstaje wiele grup wzajemnej pomocy, wzorujących się na programie i zasadach funkcjonowania Wspólnoty AA (Anonimowi Narkomani, Anonimowi Hazardziści, Anonimowi Użytkownicy Komputera, Anonimowi Seksoholicy itp.).

Pomaganie w grupach pomocy pozaprofesjonalnej nie opiera się na paradygmatach naukowych i wynikających z nich zaleceniach klinicznych, ale na doświadczeniach ludzi mających określone problemy i dążących do poradzenia sobie z nimi. Nie oznacza to, że samopomoc pozostaje zupełnie „szczelna” na działania oferowane przez pomoc profesjonalną, bowiem część doświadczeń, którymi dzielą się uczestnicy grup ma źródło w leczeniu chorób i zaburzeń w placówkach medycznych. Również leczenie profesjonalne nie jest wolne od wpływów grup wzajemnej pomocy. Są one wyraźnie widoczne w programach terapii uzależnie-

nia od alkoholu realizowanych w poradniach i oddziałach terapeutycznych.

Związki między lecznictwem uzależnień i Wspólnotą AA

O bliskości profesjonalnych i samopomocowych form pomagania może świadczyć pomieszczenie pojęciowe obecne zarówno w języku potocznym, w mediach, jak i w wypowiedziach profesjonalistów. Można przeczytać i usłyszeć o poradniach AA, spotkać się z sytuacją, gdy lekarze, sędziowie czy pracownicy pomocy społecznej zalecają osobom uzależnionym odbycie leczenia w AA. Wynika to najczęściej z niewiedzy. Działania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików nigdy nie aspirowały do miana profesjonalnych działań leczniczych, a placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, nawet jeśli w swoich programach wykorzystywały dorobek Wspólnoty, funkcjonowały w organizacyjnych ramach instytucji medycznych i nigdy nie gwarantowały pacjentom anonimowości.

Skąd zatem tyle nieporozumień? Jednym z powodów może być wspólny cel. Powszechnie wiadomo, że zarówno lecznictwo uzależnień, jak i Wspólnota Anonimowych Alkoholików zajmują się pomaganiem osobom uzależnionym w zaprzestaniu picia i poprawie funkcjonowania, ale tylko wtajemniczeni wiedzą, w jaki sposób ten cel jest realizowany. Innym powodem może być to, że polskie lecznictwo odwykowe w latach 80. i 90. ubiegłego wieku, wzorując się na amerykańskich ośrodkach leczenia uzależnień, zbudowało swoje oferty programowe na filozofii 12 Kroków Anonimowych Alkoholików (Terapie 12 Kroków, później model Minnesota). Celem leczenia było dążenie do zachowania przez osoby

uzależnione abstynencji oraz zapoznanie pacjentów z programem Wspólnoty (zwłaszcza z pierwszymi czterema krokami) i zmotywowanie ich do aktywnego udziału w spotkaniach AA, zarówno w trakcie trwania programów leczniczych, jak i po ich zakończeniu [7, 9]. Tym samym uczestnictwo w mityngach spikerskich, otwartych, informacyjnych stało się obligatoryjnym elementem kształcenia terapeutów uzależnień, którzy „uczyli się” Wspólnoty, aby bardziej rzetelnie i wiarygodnie polecać ją swoim pacjentom. To motywowanie przybierało nierzadko formy zmuszania pacjentów do udziału w mityngach, jako warunku wypełniania kontraktów terapeutycznych. Mityngi AA odbywały się często w placówkach odwykowych i obecność na nich była dla pacjentów obowiązkowa, tak jak obecność na innych zajęciach terapeutycznych pod groźbą wykluczenia z programu leczenia.

Co ciekawe, w Stanach Zjednoczonych, a później w innych krajach, programy leczenia uzależnień odwołujące się do dorobku AA, stały się bardzo ustrukturalizowane, dyrektywne, konfrontacyjne, oparte na sztywnych regułach. W założeniach Wspólnoty AA, zapisanych w Wielkiej Księdze i innych materiałach źródłowych, fundamentem pomagania była dobrowolność, troska, empatia, poszanowanie autonomii osób szukających oparcia oraz brak inwazyjności we wzajemnych relacjach. W AA nie postulowano wykluczania ze Wspólnoty osób łamiących abstynencję, co było przyjętą praktyką w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. Owszem, program Wspólnoty cechowała pewna ortodoksja w przyjęciu generalnych założeń co do rozumienia zjawiska uzależnienia i czynników pomocnych w procesie zdrowienia, ale pozostawiał on członkom Wspólnoty wybór takich dróg i sposobów, które im wydawały się najlepsze. Dlaczego zatem profesjonaliści: lekarze, psycholodzy, a także trzeźwiejący alkoholicy, będący wtedy często członkami zespołów terapeutycznych, mimo wykorzystania dorobku Wspólnoty AA, tak bardzo zmienili podejście do pomagania pacjentom uzależnionym od alkoholu? Nadmierna dyrektywność i dydaktyzm cechowała profesjonalne pomaganie długie lata i mimo zmian, jakie zachodziły w programach i organizacji placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, pobrzmiewa echem do dziś, choć na szczęście coraz słabiej. W drugiej połowie lat 90. leczenie odwykowe w Polsce zaczęło się zmieniać. Powstała pierwsza szkoła psychoterapii uzależnień, w której większą wagę przykładano do profesjonalnej pomocy psychologicznej, a rozwijająca się koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia i powstające na jej bazie programy terapeutyczne w zdecydowanie mniejszym stopniu nawiązywały do filozofii i retoryki AA i dość

jednoznacznie rozdzielały obszary leczenia profesjonalnego i samopomocowego [5]. W programach terapeutycznych realizowanych w placówkach nadal jednak nawiązywało do pojęcia „bezsilności wobec alkoholu” oraz konieczności akceptacji „tożsamości osoby uzależnionej” jako fundamentu zaprzestania picia i owocnego „procesu trzeźwienia”. Choć treści programów profesjonalnych opisywano za pomocą pojęć i metod psychologicznych, nadal zalecano pacjentom uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Alkoholików, korzystano z licznych aforyzmów Wspólnoty (np. „z kiszonego ogórka nie zrobisz świeżego”) i zaleceń wypracowanych przez Wspólnotę (jak np. 24 godziny, HALT).

W ostatnich latach łatwość dostępu do wiedzy, doświadczeń terapeutów w innych krajach, rozwój różnych nurtów psychoterapeutycznych powodują wzrost różnorodności ofert. Terapeuci kończący różne szkoły psychoterapii wnoszą do praktyki leczenia osób uzależnionych doświadczenia nurtów innych niż nauczane w szkołach psychoterapii uzależnień. Pojawia się więc pytanie: na ile współczesne leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce nadal potrzebuje AA? Czy terapeuci opisujący swoje działania w pojęciach psychologii klinicznej i psychoterapii doceniają działania Wspólnoty i czy nadal motywują swoich pacjentów do aktywnego uczestnictwa w mityngach?

Obecność AA w obecnej praktyce klinicznej terapeutów uzależnień

W ostatnich latach Wspólnota zaczęła wyrażać niepokój o mniejsze zaangażowanie terapeutów uzależnień w kierowanie pacjentów do AA oraz o ograniczanie dostępności mityngów AA na terenie placówek leczniczych. Bohdan Woronowicz, pierwszy i długoletni powiernik klasy A Służby Krajowej AA, w numerze drugim czasopisma „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” z 2015 roku, wyraził opinię, że psychoterapia uzależnienia od alkoholu spycha AA na margines. Wskazał przy tym na powody rywalizacyjne: prestiżowe (walka o to, kto mądrzejszy, skuteczniejszy) i ekonomiczne (walka o klientów). Terapeuci blisko współpracujący ze Wspólnotą również wyrażają taki niepokój. Czy tak rzeczywiście jest?

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) do roku 2020 cyklicznie zadawała wszystkim placówkom leczenia uzależnienia od alkoholu pytanie, czy terapeuci kierują swoich pacjentów do AA. Pytano także o to, na ile kierowanie do AA jest uważane przez terapeutów jako zalecenie obligatoryjne, na ile zaś jest

traktowane jako propozycja. Rozkład odpowiedzi na tak zadane pytanie w ciągu ostatnich lat przedstawia tabela 1. Z przedstawionych danych wynika, że niezmiennie od 2006 roku do 2020 95-98% osób wypełniających ankietę (najczęściej są to kierownicy placówek leczenia uzależnienia od alkoholu) deklaruje, że w ich placówkach pacjenci są kierowani do AA. Nawet jeśli są to deklaracje nieco zawyżone w stosunku do stosowanej praktyki, to jednak trzeba podkreślić, że w ostatnich latach kierowanie do AA jest nadal powszechną praktyką. To, co rzuca się w oczy podczas analizy przytoczonych danych, to wzrost w omawianym czasie odsetka placówek, które traktują kierowanie do AA jako propozycję dla pacjentów, a nie obowiązek. O ile w roku 2006 różnica między omawianymi opcjami wynosiła tylko 2 punkty procentowe (49% v. 47%), o tyle różnica ta w 2019 roku wynosiła już 38 punktów procentowych na korzyść kierowania do dobrowolnego uczestnictwa w AA (67% v. 29%). Jest to tendencja zbieżna ze zmieniającymi się trendami w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu: mniejszą dyrektywnością wobec pacjentów i większym poszanowaniem ich autonomii. Zbieżna jest również z duchem AA i preferowanym we Wspólnocie klimatem pomagania, który wyklucza stosowanie konfrontacji czy jakichkolwiek form nacisku na osoby uzależnione w celu nakłaniania ich do udziału w spotkaniach. Warto też zauważyć, że liczba placówek niezalecających pacjentom w ogóle uczestnictwa we Wspólnocie AA nie zmienia się i jest bardzo niewielka (2%). Oczywiście zdarzają się sytuacje, gdy terapeutyci nie tylko nie zalecają, ale wręcz zniechęcają pacjentów do AA oraz sytuacje, gdzie członkowie grupy AA zniechęcają kolegów ze Wspólnoty do podjęcia leczenia. Są to jednak zjawiska rzadkie i nie można na ich podstawie wyciągać wniosku o rywalizacji czy stanie wojny między AA i lecznictwem uzależnień. Optymistyczne jest również to, że przynajmniej na poziomie deklaracji terapeutów uczestnictwo pacjentów w AA traktowane jest jako ważne zalecenie dla osób pozostających w leczeniu i po jego ukończeniu. Niezależnie od poziomu błędu, jakim są obciążone wyniki

badan społecznych, powyższe dane nie potwierdzają tezy o marginalizacji AA.

O ile analizowane wyżej pytanie bada deklarowane postawy, to odpowiedzi na pytanie, czy na terenie placówki odbywają się mityngi, jest pytaniem o fakty. Analizując dane, zgromadzone w latach 2006–2012 (od 2013 roku w ankiecie PARPA nie zamieszczano tego pytania), warto wziąć pod uwagę typ placówki leczenia uzależnienia od alkoholu. O ile bowiem w latach 2006–2012 zaledwie o 4 punkty procentowe zmniejszył się odsetek placówek, w których odbywały się spotkania Wspólnoty AA, to w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych zostało zlikwidowanych blisko 40% mityngów. Nie wiadomo, jak obecnie wygląda ta sytuacja.

Z innych badań, zrealizowanych przez PARPA w 2014 roku, wynika, że aż 2/3 specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień biorących udział w badaniu zadeklarowało, że w pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi od alkoholu korzystają z doświadczeń i programu 12 Kroków Anonimowych Alkoholików. Najczęściej oświadczenie takie składali instruktorzy (82%), rzadziej psychologowie z certyfikatem specjalistów psychoterapii uzależnień (67%), najrzadziej, ale też często – specjaliści psychoterapii o wykształceniu innym niż psychologiczne (61%).

W tej samej grupie badanych 47% osób wyraziło przekonanie, że osoby zdiagnozowane jako uzależnione mogą skutecznie rozstać się z alkoholem wyłącznie dzięki uczestnictwu we Wspólnocie AA. Najczęściej taką opinię wyrażali psychologowie (52%) oraz osoby mające najdłuższy, ponad 10-letni staż pracy w lecznictwie odwykowym (53%).

Nieco ponad 90% osób, które zdobyły w latach 2009–2014 certyfikaty specjalisty lub instruktora i wzięły udział w badaniu, zadeklarowało konieczność zachęcania swoich pacjentów do udziału w spotkaniach Wspólnoty AA, przy czym tylko co dwudziesty badany był zdania, że pacjent powinien obowiązkowo uczestniczyć w mityngach w czasie

Tabela 1. Odsetek placówek leczenia uzależnień deklarujących kierowanie swoich pacjentów do grup AA.

Odsetek placówek deklarujących obligatoryjne kierowanie pacjentów do AA					
2006	2007	2011	2013	2019	2020
47	47	44	38	29	29
Odsetek placówek deklarujących kierowanie pacjentów do AA, ale nie wymagających takiego uczestnictwa					
49	49	54	59	67	66
Odsetek placówek deklarujących, że nie zalecają pacjentom uczestnictwa w AA					
0,8	0,7	0,5%	1,2%	2%	2%

leczenia odwykowego, zaś pozostali uważali, że pacjentów należy motywować, ale nie powinno się ich do tego zmuszać. Co dziesiąta osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień (co piąty psycholog i jednocześnie specjalista psychoterapii uzależnień), nie była nigdy na mityngu AA. Ponad połowa badanych była na mityngu raz lub kilka razy (odpowiedziało tak 61% psychologów, 52% specjalistów niebędących psychologami oraz 29% instruktorów). Wiele razy uczestniczyło w mityngach AA 54% instruktorów, 37% specjalistów niebędących psychologami i 19% psychologów. Zatem większość terapeutów uzależnień uczestniczyła osobiście w spotkaniu Wspólnoty AA, choć najczęściej było to doświadczenie najwyższe kilkukrotne.

Pytani o zainteresowanie różnymi tematami doskonalenia zawodowego, terapeuci z certyfikatami dość rzadko (zaledwie 16% z nich) wskazywali na chęć pogłębienia wiedzy o filozofii, programie i zasadach działania Wspólnoty AA. Najbardziej zainteresowani tym obszarem byli instruktorzy (39%). Chęć ta rosła proporcjonalnie do stażu pracy w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu (tabela 2.) Przedstawione dane pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Terapeuci uzależnień doceniają skuteczność AA i powszechnie widzą sens w zalecaniu swoim pacjentom udziału w spotkaniach Wspólnoty już w czasie leczenia uzależnienia od alkoholu. Badania zrealizowane w 2018 roku przez polską Wspólnotę AA wśród członków AA potwierdzają, że 37% z nich pojawiło się w AA dzięki zachętom terapeutów.
2. Maleje akceptacja dla praktyki zmuszania pacjentów do udziału w mityngach i jednocześnie rośnie przekonanie o potrzebie zachęcania ich do uczestnictwa w spotkaniach Wspólnoty w trakcie leczenia, jak i po leczeniu.
3. Większość terapeutów brała udział w jednym lub kilku mityngach, mają oni zatem niewielkie doświadczenie osobiste w kontaktach ze Wspólnotą. Poza literaturą publikowaną przez Biuro Fundacji Służby Krajowej AA nie ma na rynku wydawniczym

wielu publikacji naukowych czy popularnonaukowych, które przybliżałyby wiedzę o AA. Temat ten zajmuje marginalne miejsce w programach szkolenia terapeutów uzależnień. Stan wiedzy terapeutów o filozofii, programie, zasadach Wspólnoty AA nie jest wystarczający. Mimo to niewiele osób chciałoby się doskonalić zawodowo w tym zakresie. Wydaje się zatem, że kierując pacjentów do AA, terapeuci opierają nie tyle na osobistym doświadczeniu, czy wiedzy, ale na zaufaniu i wierze, że może to być dla pacjentów skuteczna droga zdrowienia.

Badania skuteczności AA

W dobie dążenia do badania skuteczności działań pomocowych, warto zadać sobie pytanie: na jakiej podstawie terapeuci budują przekonanie, że AA pomaga pacjentom uzależnionym od alkoholu? Mocnym argumentem na rzecz tej wiary są indywidualne, czasami spektakularne doświadczenia byłych pacjentów, którzy wytrzeźwili dzięki AA oraz wyniki badań katamnesticznych programów różnych placówek, które dowodzą, że osoby uzależnione, które uczęszczają na spotkania AA, częściej utrzymują po terapii abstynencję niż osoby, które nie uczestniczą w mityngach [3].

Pozytywnego związku między udziałem pacjentów w grupach AA a lepszymi rezultatami ich terapii dowodzą również wyniki randomizowanych badań naukowych. Wynika z nich, że [2, 4, 6]:

- klienci uczestniczący w terapii uzyskują lepsze wyniki wówczas, gdy równolegle uczestniczą w spotkaniach grup AA;
- uczestnictwo w większej liczbie spotkań wiąże się z ograniczeniem zachowań nałogowych w okresie leczenia i później;
- częstszy udział w spotkaniach lepiej prognozuje abstynencję do pięciu lat po terapii, a także przekłada się na wyższy wskaźnik abstynencji u osób bez terapii;

Tabela 2. Chęć doskonalenia się instruktorów terapii uzależnień w obszarze działania Wspólnoty AA w zależności od stażu pracy.

	Staż pracy z placówce leczenia uzależnień			
	do 4 lat	5-9 lat	10 lat i więcej	Razem
Chciałbym doskonalić się zawodowo w obszarze działania Wspólnoty AA	7%	15%	20%	16%

- nie tyle liczba mityngów, ale poziom zaangażowania w program i życie Wspólnoty AA koreluje z sukcesem klientów. Szczególne znaczenie ma tu budowanie relacji ze sponsorem i przepracowanie pierwszych czterech kroków programu AA;
- programy leczenia oparte na filozofii 12 Kroków AA, dziś traktowane jako nieco anachroniczne, okazały się co najmniej tak samo skuteczne, jak terapia motywująca i behawioralno-poznawcza, zaś w utrzymywaniu dłuższej abstynencji nawet skuteczniejsze niż terapia behawioralno-poznawcza;
- nie potwierdzono żadnego związku między efektywnością interwencji terapeutycznych a osobistymi doświadczeniami zdrowienia z uzależnienia terapeutów, nawet tych, którzy pracują w programach opartych na filozofii 12 Kroków;
- brak jest przekonujących dowodów na przewagę uczestnictwa w AA nad innymi formami pomocy osobom uzależnionym od alkoholu.

Powyższe wyniki badań prowadzą do wniosku, że dowiedziono skuteczności pomocy oferowanej przez Wspólnotę Anonimowych Alkoholików, jednak nie ma dowodów świadczących o wyższości tej formy pomocy osobom uzależnionym nad innymi. Warto jednak pamiętać, że część z tych badań była realizowana w Stanach Zjednoczonych, gdzie AA jest bardzo silne, niektóre dość dawno, gdy dominującymi modelami pomocy profesjonalnej były programy oparte na filozofii 12 Kroków. Wtedy zarówno pomoc profesjonalna, jak i nieprofesjonalna oparte były na tych samych paradygmatach. Ówczesny stan wiedzy opisywał uzależnienie od alkoholu jako jednorodne zaburzenie o charakterze pierwotnym, chronicznym, postępującym i potencjalnie śmiertelnym. Wszyscy uzależnieni byli postrzegani i traktowani (leczeni) jednakowo, bez względu na indywidualne różnice i wynikające z nich potrzeby. Postęp badań w obszarze zaburzeń związanych z używaniem alkoholu dostarczył dowodów na to, że uzależnienie od alkoholu to zaburzenie niejednorodne, mające różną etiologię, przebieg, występowanie i nasilenie objawów oraz różne rokowania.

- Przebieg uzależnienia może, ale nie musi mieć charakteru chronicznego (z uzależnienia można wyzdrowieć).
- U części osób z podwójną diagnozą leczenie objawów współwystępujących chorób psychicznych potrafi łagodzić obraz uzależnienia, a nawet wycofać objawy (uzależnienie nie zawsze ma charakter pierwotny).
- Równoległe leczenie różnych problemów pacjenta i pomoc w rozwiązywaniu jego bieżących trudności (innych niż

picie) zwiększa jego szanse na zdrowienie z uzależnienia (nie odkładamy wszystkich problemów pacjenta na czas po zakończeniu terapii uzależnienia).

- Niektóre osoby uzależnione są w stanie wrócić do picia na poziomie niskiego ryzyka szkód bez objawów uzależnienia i bez nawrotów ciężkiego picia (Uzależnienie nie zawsze ma charakter postępujący, osoby z lekkim przebiegiem uzależnienia mogą ograniczyć picie).
- Znaczna część osób uzależnionych potrafi poradzić sobie z problemem picia bez pomocy profesjonalistów oraz grup samopomocowych (zjawisko samowyleczeń).

Zmiana paradygmatów wymusza konieczność bardziej wnikliwej diagnozy osób zgłaszających się do terapii uzależnienia i budowania zróżnicowanych ofert leczenia. Następuje poszerzenie celów i oferty pomocy: poza abstynencją jako cel optymalny dla osób uzależnionych postuluje się również dążenie do ograniczenia picia i redukcji szkód wynikających z nadużywania alkoholu. Skuteczna terapia uzależnienia od alkoholu nie zakłada dziś konieczności akceptacji „tożsamości” osoby uzależnionej. Etykieta „alkoholika” to jeden z istotniejszych powodów unikania placówek leczenia uzależnienia i Wspólnoty AA. Terapia jest bardziej zindywidualizowana, mniej schematyczna, mniej ustrukturalizowana. Większa jest rola relacji terapeutycznej opartej na współpracy, partnerstwie, empatii, uwzględniającej autonomię, zasoby i potrzeby pacjenta, jego miejsce w procesie zmiany i wynikające z tego wyzwania. Doświadczenia badawcze zachęcają do wycofania się z perspektywy negatywnej (straszenie konsekwencjami) na rzecz pozytywnej, wspierającej wizję korzyści wynikających ze zmiany i rozwoju.

Tak, jak nie ma oferty leczenia pasującej do wszystkich pacjentów, tak nie ulega również wątpliwości, że program AA, jako uzupełnienie profesjonalnej terapii uzależnienia, nie jest ofertą dla każdego. Dla pacjentów, którzy go zaakceptują może być prawdziwym dobrodziejstwem. Czasami jednak stoi w sprzeczności z założeniami trwającego leczenia. Osoby dążące do ograniczenia picia raczej nie odnajdą się w środowisku dążącym do całkowitej, bezwzględnej abstynencji. Ateistom i agnostykom trudno będzie powierzyć swoją wolę i życie opiece Boga, tak, jak go rozumieją, zwłaszcza jeśli trafią do grupy prezentującej silne przywiązanie do określonej religii i instytucji Kościoła (w Polsce najczęściej katolickiego). Spotkanie AA może być trudnym doświadczeniem dla osób uzależnionych prezentujących silny poziom lęku społecznego lub mających unikające cechy osobowości. Badania dowodzą, że

istotnymi przesłankami zaangażowania się w ruch AA jest posiadanie poglądów zbliżonych do filozofii AA i silne przekonanie, że dążenie do abstynencji jest jedynym celem zmiany i podstawą duchowego rozwoju [2].

Niezależnie od przyjętej koncepcji profesjonalnego pomagania, jeżeli nie ma wyraźnych przeciwwskazań zdrowotnych czy oczywistego konfliktu paradygmatów, warto zachęcać pacjentów do aktywności w AA już podczas podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu, tym bardziej, że ludzie najczęściej decydują się na udział w mityngach i pozostają we Wspólnocie właśnie w czasie terapii (o ile nie zrobili tego wcześniej). Po zakończeniu leczenia ich szanse na zaangażowanie się w AA maleją [6]. Wspólnota może być źródłem pozytywnego emocjonalnego i społecznego wsparcia, daje akceptację, nadzieję, stwarza szanse na wyjście z izolacji, na zawieranie trzeźwych znajomości, a nawet przyjaźni. Może zaspokajać te potrzeby, których nie zaspokoi pomoc profesjonalna i jest obecna wtedy, gdy placówki leczenia uzależnień są nieczynne. Zwłaszcza teraz, w dobie racjonowania funduszy na świadczenia zdrowotne, bezpłatne wsparcie AA dla pacjentów pozostających w leczeniu i później, na etapie podtrzymania zmiany, jest cenną propozycją. Warto dodać, że będące pokłosiem pandemii mityngi AA organizowane online, mogą być korzystnym wsparciem dla osób, które z różnych powodów nie chcą lub nie mogą uczestniczyć w mityngach w miejscu swojego zamieszkania.

Skuteczne motywowanie do udziału w AA

Badania dowodzą, że zmuszanie osób uzależnionych do udziału w AA, nie przynosi korzyści. Znaczny odsetek (ok. 40%) tak „motywowanych” pacjentów przestaje po leczeniu chodzić na spotkania. Jednak samo kierowanie do AA, pozbawione jakiegokolwiek formy systematycznej zachęty, jest również mało skuteczne [6]. Zatem, aby ludzie uzależnieni mieli większą szansę doświadczyć korzyści z udziału we Wspólnocie, należy im proponować udział w AA nie raz, a kilka razy, wracając do tematu co jakiś czas. Aby nie prowokować oporu, propozycja powinna być przedstawiana jako możliwość, a nie konieczność. Nie należy skłaniać pacjentów do udziału w spotkaniach jednej konkretnej grupy, ale zachęcać ich do sprawdzania różnych grup (o ile jest taka możliwość) i znalezienia tej, która im najbardziej odpowiada. Doskonale sprawdza się współpraca w wolontariuszami, członkami Wspólnoty

AA, którzy za pośrednictwem placówki mogą umówić się z klientem telefonicznie i towarzyszyć mu w pierwszym mityngu. Osobiste doświadczenia współpracy z AA wydają się być najlepszym sposobem zdobywania przez terapeutów wiedzy o AA i najlepszym predyktorem kierowania pacjentów do Wspólnoty.

Refleksje na koniec

Badacze procesu zmiany J. Prochaska i C. DiClemente podkreślają, że prawdopodobieństwo trwałej zmiany zachowania rośnie, gdy osoba dokonująca jej ma możliwość wyboru celu i metod spośród różnych dostępnych opcji. Możliwość wyboru zakłada różnorodność propozycji. Program 12 Kroków AA jest jedną z nich. Ma dowody skuteczności i warto zachęcać osoby, którym pomagamy do skorzystania z tej oferty. Badania realizowane przez PARPA pokazują, że terapeuci mający dłuższy staż pomagania osobom uzależnionym, częściej zachęcają swoich pacjentów do AA. Wynikać to może z tradycji programów terapeutycznych, które realizowali, obserwacji korzyści, jakie uzyskują ich pacjenci zaangażowani we Wspólnotę i z pokory, jaka rodzi się w wyniku gromadzonych doświadczeń zawodowych. Z latami pracy lepiej widzimy i łatwiej akceptujemy prawdę, że nie ma jednej drogi do zmiany tak samo skutecznej dla wszystkich. Że osoba, której pomagamy, ma prawo otrzymać od nas propozycję różnych dróg, i to ostatecznie do niej będzie należał wybór jednej lub kilku z nich.

Bibliografia

1. Brown S., „Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia”, IPIŃ, 1992,
2. Cierpiąłkowska L., Chodkiewicz J., „Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu”, PWN, 2020.
3. Fudała J., „Pacjenci po programie”, Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 1, 2001.
4. Keeey J., Humphreys K., Ferri M., „Anonimowi Alkoholicy i inne programy oparte na programie 12 Kroków”, <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGqQvxjdnzdsRDGmkKSDjmNhpr>,
5. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., „Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka”, IPZ, 2006.
6. Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A., „Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.
7. Nowinski J., Baker S., Carroll K., „Przygotowanie do programu Dwunastu Kroków”, PARPA 1995.
8. Osiatyński W., „Grzech czy choroba”, IPIŃ, 1992.
9. Woronowicz B., „Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Wydawnictwo MEDIA RODZINA i PARPAMEDIA, 2009.
10. Keeey J., Humphreys K., Ferri M., „Anonimowi Alkoholicy i inne programy oparte na programie 12 Kroków, 2020 <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzGqQvxjdnzdsRDGmkKSDjmNhpr>.

Najskuteczniejszą strategią pozwalającą na kształtowanie spożycia napojów alkoholowych jest kombinacja wykorzystania różnych instrumentów w stopniu wynikającym z ich skuteczności potwierdzonej badaniami naukowymi – ograniczenie dostępności fizycznej, ekonomicznej, kontrola wieku, powyżej którego można kupić alkohol, kontrola trzeźwości kierowców, ograniczenia reklamy i marketingu oraz narodowe programy profilaktyczne i edukacyjne.

WPŁYW DOSTĘPNOŚCI FIZYCZNEJ I EKONOMICZNEJ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH NA WYSTĘPOWANIE SZKÓD SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Łukasz Wieczorek

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Od kilkadziesiąt lat politykę cenową/podatkową uważa się za ważny instrument polityki wobec alkoholu. Podobnie ograniczanie dostępności fizycznej alkoholu uznawane jest przez ekspertów za jeden z najważniejszych instrumentów kontroli nad alkoholem. W badaniu ECAS (*European Comparative Alcohol Study*) skonstruowano indeks skuteczności instrumentów polityki alkoholowej, który swoją skuteczność potwierdził w badaniach naukowych. Indeks powstał w wyniku podsumowania opinii kilkadziesiąt ekspertów i badaczy z całej Europy na temat różnych strategii stosowanych w polityce wobec alkoholu (Karlsson, Österberg, 2001). Potwierdza on, że do najskuteczniejszych instrumentów polityki alkoholowej zalicza się kontrolę nad produkcją (monopol państwa) i dystrybucją (punkty sprzedaży) napojów alkoholowych oraz kontrolę cen i podatków na napoje alkoholowe. Obie te strategie uzyskały najwięcej punktów na skali. Do mniej skutecznych strategii zaliczała się kontrola wieku, powyżej którego można kupić alkohol, sprawdzanie trzeźwości kierowców oraz kontrola nad reklamą, marketingiem i sponsoringiem świadczonym przez producentów alkoholu. Najmniej skutecznym instrumentem polityki alkoholowej okazały się narodowe programy, których celem jest profilaktyka i edukacja. Badania amerykańskie nad skutecznością polityki alkoholowej prowadzone w krajach o niskim i śred-

nim dochodzie pokazały, że najbardziej efektywnym instrumentem ograniczania spożycia było ograniczenie dostępności fizycznej, zwłaszcza restrykcje związane z godzinami sprzedaży, systemem licencji na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych. Kolejnym skutecznym instrumentem był minimalny wiek uprawniający do legalnego spożywania alkoholu. Narzędzia ograniczania dostępności ekonomicznej alkoholu, przede wszystkim ceny, przyczyniały się do spadku spożycia ($p < 0,05$), z wyjątkiem objętości wypijanego alkoholu. Podobnie restrykcje związane z reklamą alkoholu, zwłaszcza reklamą piwa. Limity stężenia alkoholu we krwi kierowców oraz wyrwykowe testy na trzeźwość nie były znacząco związane ze spożyciem alkoholu (Cook i współ., 2014). Należy podkreślić, że pojedyncze instrumenty polityki alkoholowej nie mają wpływu lub mają ograniczony wpływ na zredukowanie spożycia alkoholu. Najskuteczniejsza jest kombinacja różnych instrumentów (Leal-López i współ., 2020).

Istnieje obszerna literatura dokumentująca wpływ dostępności fizycznej tzn. liczby punktów sprzedaży, czasu ich otwarcia oraz dostępności ekonomicznej na samo spożycie, ale także na rozpowszechnienie problemów związanych z piciem (Babor i współ., 2010). W opublikowanym kilka lat temu raporcie stwierdzono, że w ostatnich dekadach indeks cen napojów alkoholowych zmniejszał się we wszystkich krajach UE, z wyjątkiem Włoch. Towarzyszył temu wzrost konsumpcji oraz wzrost współczynników

zgonów z powodu marskości wątroby (Rabinovich i współ., 2009).

Celem artykułu będzie przegląd badań naukowych na temat związku między dostępnością fizyczną i ekonomiczną napojów alkoholowych oraz wielkością spożycia i występowaniem szkód zdrowotnych wynikających z picia.

Metodologia przeglądu

Do wyszukiwania artykułów wykorzystanych w przeglądzie użyto bazy EBSCO Host, która zawiera artykuły pełnotekstowe. Wzięto pod uwagę dwie grupy słów kluczowych. W pierwszej wykorzystano słowa *alcohol* i *physical availability*, a w drugiej *alcohol* i *affordability*. W przypadku pierwszej grupy słów kluczowych uzyskano 81 artykułów opublikowanych w latach 1979–2020. Z kolei w przypadku drugiej grupy uzyskano 362 artykuły opublikowane w latach 1993–2021.

Po przeczytaniu streszczeń artykułów odnoszących się do badań nad dostępnością fizyczną alkoholu do analizy zakwalifikowano 12 artykułów. Natomiast po przeczytaniu streszczeń artykułów dotyczących dostępności ekonomicznej do przeglądu zakwalifikowano 19 artykułów. Na podstawie bibliografii artykułów włączonych do przeglądu wybrano dodatkowo 28 artykułów. Dzięki czemu uzyskano większy zasób publikacji.

Wyniki

Związek między gęstością punktów sprzedaży napojów alkoholowych a wielkością spożycia i występowanie szkód zdrowotnych i społecznych

Badania nad związkiem między dostępnością fizyczną napojów alkoholowych a spożyciem mają długą tradycję, sięgającą połowy ubiegłego stulecia (Noval, Nilsson, 1984; Mäkelä i współ., 1981; Popova i współ.,

2009; Babor i współ., 2010). W jednej z pierwszych analiz z tego obszaru, przeprowadzonych w Szwecji, poddano ocenie wpływ wprowadzenia piwa (o wartości do 4,5% alkoholu) do sprzedaży w sklepach spożywczych oraz ustanowienia bariery wieku, w jakim można kupić alkohol na poziomie 16 lat. W wyniku tej zmiany odnotowano wzrost spożycia alkoholu o 15%, szczególnie wśród osób młodych. Po wycofaniu piwa ze sklepów spożywczych konsumpcja spadła do poprzedniego poziomu (Noval, Nilsson, 1984). Innym krajem skandynawskim, który doświadczył podobnej historii, była Finlandia, gdzie dopuszczono sprzedaż piwa w sklepach spożywczych, dotychczas dostępnego tylko w sklepach

monopolowych. Oznaczało to zwiększenie sieci sprzedaży z około stu sklepów monopolowych do ponad 2,5 tys. sklepów spożywczych. W ciągu roku od tej zmiany nastąpił skokowy wzrost konsumpcji piwa o 20 litrów na jednego mieszkańca i dalszy, choć niewielki, wzrost konsumpcji wódek (Mäkelä i współ., 1981).

Badania amerykańskie z ubiegłej dekady pokazały, że gęstość punktów sprzedaży była istotnie związana z nadmiernym spożyciem alkoholu i upijaniem się (Truong, Sturm,

2007). Podobne wyniki obserwowane są w badaniach australijskich, gdzie gęstość punktów sprzedaży alkoholu była postrzegana jako istotny korelat na poziomie społeczności, związany ze zwiększonym rozpowszechnieniem intensywnego picia (Livingston i współ., 2008; Popova i współ., 2009).

Na początku XXI wieku powstała publikacja *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*, która kompleksowo omawiała wpływ wykorzystania instrumentów polityki alkoholowej na ograniczanie picia. Analiza większości ujętych w niej badań pokazuje, że duże zmiany w dostępności fizycznej i ekonomicznej powodują istotne zmiany w konsumpcji alkoholu i rozpowszechnieniu problemów wynikających z picia (Babor i współ., 2010).

Polska znajduje się w czołówce krajów, w których na przestrzeni ostatnich lat zauważa się spadek realnych cen napojów alkoholowych w stosunku do wzrostu wynagrodzeń obywateli i inflacji, co przekłada się na wzrost dostępności ekonomicznej. W celu jej ograniczenia można wykorzystać różne strategie, takie jak zwiększenie podatków, podwyżka cen napojów alkoholowych czy ustanowienie ceny minimalnej.

Szwedzkie badania, koncentrujące się na ocenie zwiększenia liczby dni w tygodniu, w których można sprzedawać alkohol, pokazały istotny statystycznie wzrost sprzedaży napojów alkoholowych o 3,3%. Odnotowano również statystycznie istotny wzrost w prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu (o 8,3%) w soboty i w niedzielę. Autorzy stwierdzają, że umożliwienie sprzedaży alkoholu w dodatkowym dniu tygodnia (w soboty) przyczyniło się do wzrostu spożycia napojów alkoholowych (Norström, Skog, 2003).

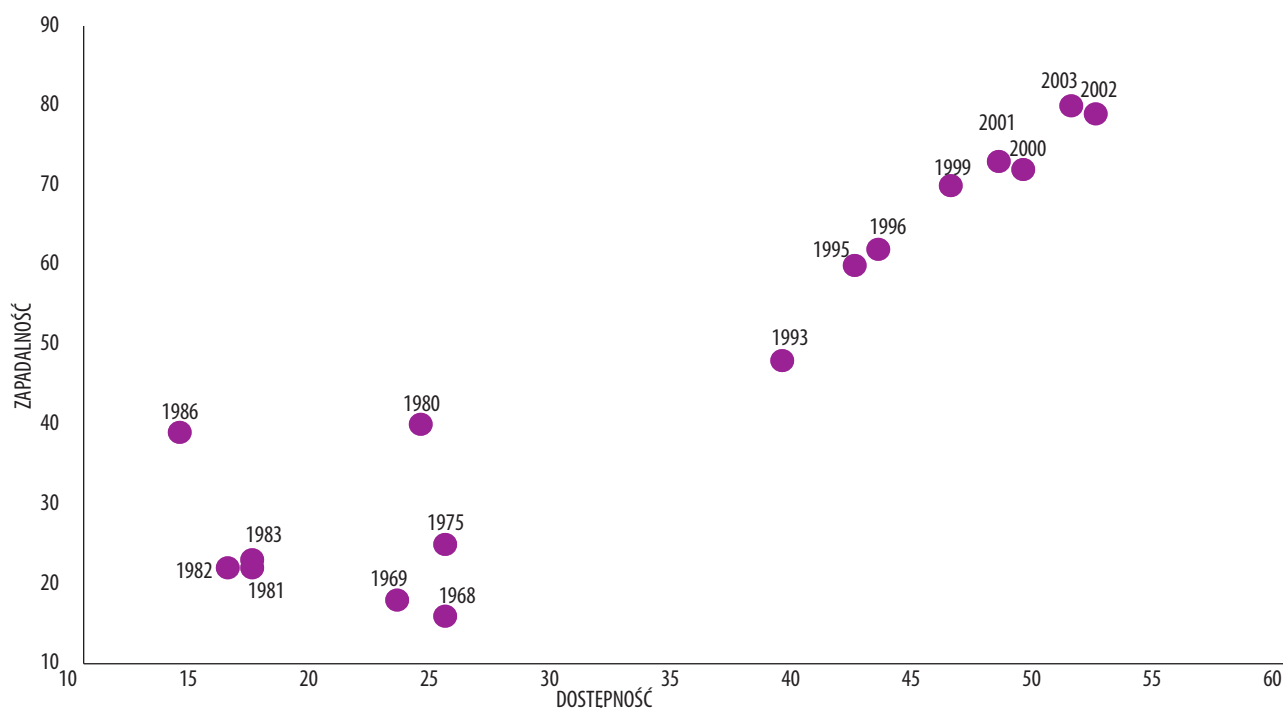
Polskie badania nad dostępnością fizyczną napojów alkoholowych sięgają połowy XX wieku. Poddano w nich analizie trend czasowy lat 1965–2003. W wyniku analizy serii czasowych stwierdzono zależność prostoliniową między dostępnością fizyczną alkoholu a liczbą pierwszorazowych hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych spowodowanych alkoholem (wykres 1).

Zwiększająca się dostępność fizyczna napojów alkoholowych wpływa na występowanie zaburzeń psychicznych. Lewy dolny róg wykresu pokazuje okres obowiązywania restrykcyjnych przepisów, natomiast prawy górny lata, w których obowiązywały liberalne

przepisy. W wyniku liberalizacji przepisów i zrezygnowania z restrykcyjnych instrumentów obserwuje się zwiększającą się dostępność fizyczną alkoholu, co przekłada się na większą zapadalność na choroby psychiczne. Polskie analizy pokazały, że wzrost liczby punktów sprzedaży alkoholu o 10 tys. prowadzi do 2 ty. nowych hospitalizacji. Z kolei badania zgonów z powodu marskości wątroby udowodniły zależność, że wzrost liczby punktów sprzedaży o 100 tys. niesie za sobą około tysiąca zgonów mężczyzn w wieku produkcyjnym, z czego jedna trzecia przypada na mężczyzn w wieku 20-44 lata (Moskalewicz i współ., 2005).

Brytyjskie badania prowadzone w oddziałach ratunkowych po wprowadzeniu możliwości sprzedaży napojów alkoholowych przez całą dobę wykazały wzrost liczby pacjentów. Badania te udowodniły, że odsetek osób korzystających z pomocy oddziałów ratunkowych w związku z piciem alkoholu zwiększył się z 2,9% w 2005 roku do 8,0% w 2006 roku. Podobny wzrost odnotowano w przypadku napadów (z 0,99% wszystkich wizyt w oddziale ratunkowym do 1,98%) oraz uszkodzeń ciała wynikających z picia (z 1,61% do 4,11%). Liczba przyjęć do szpitala w związku z pi-

Wykres 1. Zapadalność na zaburzenia psychiczne wynikające z picia alkoholu i dostępność fizyczna napojów alkoholowych.



Źródło: Moskalewicz i współ., 2005.

ciem alkoholu wzrosła z 0,88% do 2,46% (Newton i współ. 2007).

Przestępstwa z użyciem przemocy

Dostępność alkoholu ma istotny pozytywny wpływ na ogólny wskaźnik przestępczości, przestępczości z użyciem przemocy, przeciwko mieniu i wskaźnik zabójstw (Gyimah-Brempong, 2001). Norweskie analizy, uwzględniające zagęszczenie punktów sprzedaży oraz wskaźniki przestępczości z użyciem przemocy na 100 tys. mieszkańców oraz wyroki skazujące za użycie przemocy, pokazały dodatnią i istotną statystycznie zależność ($p=0,03$) między gęstością rozmieszczenia punktów sprzedaży napojów alkoholowych a przestępstwami z użyciem przemocy (Norström, 2000). Podobny związek został odnotowany w badaniach prowadzonych w USA, gdzie analizowano korelację między przestępstwami z użyciem przemocy a gęstością punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Wyniki analiz pokazały, że w tych rejonach, gdzie gęstość punktów sprzedaży jest większa, odnotowuje się wyższe wskaźniki brutalnych przestępstw. Analiza regresji wieloczynnikowej gęstości punktów sprzedaży alkoholu wyjaśniała prawie jedną piątą zmienności wskaźników przestępczości z użyciem przemocy, jakie miały miejsce w obrębie tego punktu (Gorman i współ., 2001).

Samobójstwa i wypadki drogowe

Samobójstwa, wypadki drogowe oraz drogowe wypadki śmiertelne związane z alkoholem są znacząco skorelowane z gęstością punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Porównując pierwszy i trzeci tercyl (miara podziału zbioru na trzy części) gęstości punktów sprzedaży, to liczba samobójstw i wypadków drogowych związanych z alkoholem wzrasta o około 50%, a „alkoholowych” wypadków śmiertelnych wzrasta dwukrotnie. Oznacza to, że im większa dostępność fizyczna napojów alkoholowych, tym wyższy wskaźnik samobójstw, wypadków drogowych i wypadków drogowych ze skutkiem śmiertelnym. Analizy statystyczne pokazują, że wzrost liczby punktów sprzedaży o 1 na 1000 ludności przyczynia się do wzrostu samobójstw o 0,23, wypadków drogowych po spożyciu alkoholu o 2,4 oraz drogowych wypad-

ków śmiertelnych związanych z alkoholem o 0,22 (Escobedo, Ortiz, 2002).

McMillan i Lapham (2006) dostrzegli zależność między ilością dni w tygodniu, w których dozwolona jest sprzedaż napojów alkoholowych, a zwiększoną liczbą wypadków. Ich wyniki badań pokazują, że zniesienie zakazu sprzedaży w niedziele skutkowało wzrostem wypadków osób będących pod wpływem alkoholu o 29% oraz 42-procentowym wzrostem wypadków śmiertelnych, gdzie obecny był alkohol. Rezultaty te zostały potwierdzone w kolejnych analizach. Wynika z nich, że po zezwoleniu na sprzedaż napojów alkoholowych w dodatkowy dzień, liczba wypadków drogowych spowodowanych pod wpływem alkoholu wzrasta w przedziale od 1,04 do 1,90 w zależności od regionu. Dodatkowo wyniki badań pokazały, że regiony, które na powrót zdecydowały się wprowadzić zakaz sprzedaży w niedzielę, były w stanie ograniczyć większość szkód wynikających ze zwiększonej dostępności alkoholu (McMillan i współ., 2007).

Stwierdzono również zależność między godzinami sprzedaży napojów alkoholowych a wypadkami samochodowymi z udziałem osób znajdujących się pod wpływem alkoholu. Późniejsze godziny otwarcia punktów sprzedaży alkoholu przekładają się na znaczny wzrost wypadków. Oznacza to, że wydłużenie godzin handlu alkoholem przyczynia się do zwiększenia liczby wypadków oraz większego spożycia (Chikritzhs, Stockwell, 2007).

Związek między ograniczaniem dostępności ekonomicznej a spożyciem napojów alkoholowych i występowaniem szkód zdrowotnych i społecznych

Dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych może się zmieniać, ponieważ zmieniają się ich ceny i wysokość podatków. Zmienia się również sytuacja materialna kupujących, np. w związku z sytuacją makroekonomiczną czy niższymi dochodami pozostającymi do dyspozycji (Leal-López i współ., 2020). Analizy trendów obejmujące lata 1975–2008 przeprowadzone przez Nelsona (2014) ujawniły, że wzrost dostępności ekonomicznej związany jest głównie ze wzrostem realnych dochodów ludności, a nie ze spadającymi cenami alkoholu. Według tych analiz

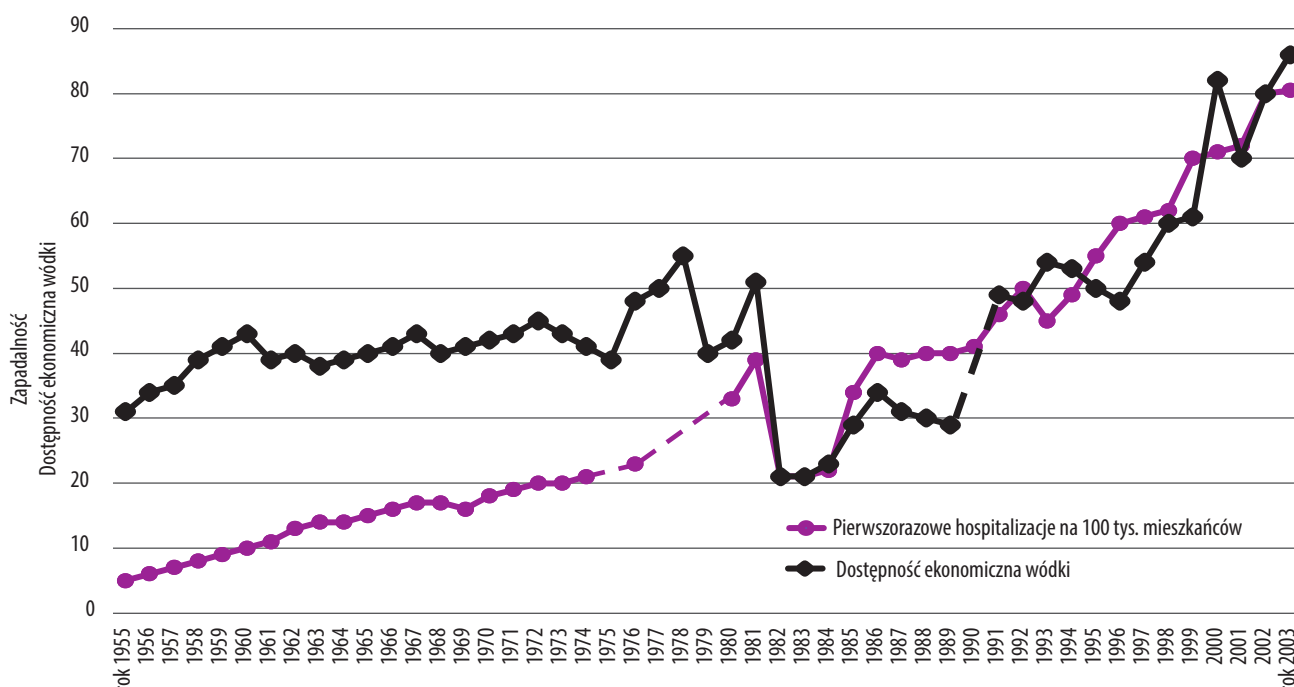
Polska znajduje się w czołówce krajów, w których na przestrzeni ostatnich lat odnotowuje się spadek realnych cen napojów alkoholowych w stosunku do wzrostu wynagrodzeń obywateli i inflacji, a przez to wzrost dostępności ekonomicznej.

Wagenaar i współ. (2010) prześledzili wyniki uzyskane w 50 artykułach naukowych, które poświęcone były analizie wpływu podatków akcyzowych i cen alkoholu na chorobowość i umieralność wynikającą ze spożycia alkoholu. Wyniki tej metaanalizy pokazały korelację ujemną – im wyższa cena napojów alkoholowych, tym mniejsze rozpowszechnienie różnych problemów zdrowotnych i społecznych. Badania pokazują, że 10-procentowa podwyżka cen napojów alkoholowych przyczynia się do ograniczenia spożycia o około 5%. Ceny i podatki nakładane na napoje alkoholowe istotnie wpłynęły na wszystkie kategorie analityczne przyjęte przez badaczy: choroby i śmiertelność związaną z alkoholem, przemoc, liczbę ofiar wypadków drogowych, jazdę pod wpływem alkoholu, choroby przenoszone drogą płciową oraz ryzykowne zachowania seksualne, używanie narkotyków i popełnianie przestępstwa. W przypadku samobójstw korelacja ujemna nie była istotna statystycznie.

Fińskie badania opisujące związek obniżki cen napojów alkoholowych wprowadzonych w 2004 roku na umieralność z powodu nadużywania alkoholu odnotowały wzrost śmiertelności o 16% wśród mężczyzn i 31% wśród kobiet. Większość tych zgonów była związana z chorobami przewlekłymi, zwłaszcza chorobami wątroby. Największy wzrost śmiertelności odnotowano wśród mężczyzn w wieku 55-59 lat i kobiet w wieku 50-54 lata. W grupie osób 30-59 lat, najwyższy odsetek zgonów odnotowano wśród osób bezrobotnych oraz rencistów, osób z niskim wykształceniem, z niższych warstw struktury społecznej oraz z niskimi dochodami. Wyniki te sugerują, że duża obniżka ceny alkoholu doprowadziła do znacznego wzrostu umieralności związanej z piciem, szczególnie wśród osób z grup mniej uprzywilejowanych (Herttua i współ., 2008).

W innym badaniu, Wagenaar i współ. (2009) analizowali związek wzrostu podatków nakładanych na napoje alkoholowe na przestrzeni dwudziestu lat (1983–2002) na śmiertelność z powodu chorób wywołanych piciem alkoholu. Zaobserwowali oni statystyczny istotnie spadek wskaźnika zgonów spowodowanych chorobami wynikającymi z picia

Wykres 2. Pierwszorazowe hospitalizacje z powodu używania alkoholu na 100 tys. mieszkańców i dostępność ekonomiczna wódki.



Źródło: Moskalewicz, Sierosławski, 2005.

alkoholu. Obniżenie tego wskaźnika miało miejsce bezpośrednio po podwyższeniu podatków na napoje alkoholowe. Podwyżka podatku w 1983 roku spowodowała spadek zgonów o 29% ($d\text{ Cohena} = -0,57$), a w 2002 roku o 11% ($d\text{ Cohena} = -0,52$).

Polskie analizy związku między dostępnością ekonomiczną a spożyciem i szkodami zdrowotnymi wynikającymi z picia obejmują blisko pięćdziesięcioletnie serie czasowe. Stwierdzono w nich bardzo silne podobieństwa trendów w dostępności i rozpowszechnieniu psychoz alkoholowych oraz zgonów z powodu marskości wątroby (wykres 2). Spadkowi dostępności ekonomicznej z początku lat 80. towarzyszył 25-procentowy spadek pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych oraz podobny spadek liczby zgonów z powodu marskości wątroby. W latach 90. odnotowano trzykrotny wzrost dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych, jak również wzrost w rozpowszechnieniu psychoz i zgonów z powodu marskości wątroby. Analiza regresji logistycznej pokazała, że dostępność ekonomiczna wódki wyjaśnia 25% zmienności zapadalności na psychozy alkoholowe. Zwiększenie dostępności ekonomicznej o 60 butelek zwiększy zapadalność na psychozy o ponad 7 tys. nowych hospitalizacji rocznie (20 na 100 tys. mieszkańców). Model obejmujący zależność między dostępnością ekonomiczną wódki a umieralnością z powodu marskości wątroby wyjaśnia również ok. 25% zmienności zgonów mężczyzn w wieku produkcyjnym (Moskalewicz, Sierosławski, 2005).

Przestępstwa z użyciem przemocy

Przegląd literatury na temat związku między polityką alkoholową a przemocą między partnerami pokazał, że najskuteczniejszym instrumentem polityki alkoholowej w ograniczaniu zachowań z użyciem przemocy było ograniczenie liczby punktów sprzedaży. W przypadku ograniczenia dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych nie odnotowano takiego związku (Kearns i współ., 2015).

Herttua i współ. (2008) analizowali wpływ obniżenia podatku akcyzowego nakładanego na napoje alkoholowe na występowanie zachowań przemocowych. Ich badania pokazują, że nie odnotowano wzrostu odsetka tego typu zjawisk w związku z obniżeniem

cen napojów alkoholowych i po wzroście spożycia na głowę mieszkańca. W przypadku przemocy domowej stwierdzono nawet spadek. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach amerykańskich, które udowodniły związek wyższych cen i podatków na napoje alkoholowe a ograniczeniem spożycia na głowę mieszkańca, jednak nie odnotowały bezpośredniego związku z występowaniem zachowań przemocowych, w tym zabójstw kobiet (Durrance i współ., 2011).

Z kolei inne rezultaty uzyskano w badaniach prowadzonych w Wielkiej Brytanii, w których analizowano związek ceny piwa z występowaniem uszkodzeń ciała powstałych w wyniku zachowań agresywnych po spożyciu alkoholu. Wynika z nich, że odsetek obrażeń jest ujemnie skorelowany z realną ceną piwa. Autorzy konkludują, że wyższe ceny napojów alkoholowych skutkują ograniczeniem liczby obrażeń wynikających z zachowań agresywnych, a przez to przyczyniają się do zmniejszenia popytu na usługi zdrowotne w oddziałach ratunkowych (Matthews i współ., 2006).

Samobójstwa

Analiza serii czasowych obejmujących trzydzieści lat (1965–1994) pokazała, że podatki nakładane na napoje alkoholowe korelowały istotnie ze standaryzowanym wskaźnikiem samobójstw mężczyzn. Z drugiej strony nie stwierdzono istotnych związków ze wskaźnikiem samobójstw kobiet (Yamasaki i współ., 2005). Podobne rezultaty uzyskali Markowitz i współ. (2003). Ich analizy wskazują, że wzrost akcyzy na piwo wiąże się z ograniczeniem liczby samobójstw wśród mężczyzn. Nie ma jednak wpływu na samobójstwa wśród kobiet. Przegląd literatury zrealizowany przez Kølves i współ. (2020) zidentyfikował rosyjskie badania, które analizowały wprowadzenie restrykcyjnych przepisów podnoszących podatek akcyzowy na produkcję i sprzedaż napojów alkoholowych. Wynika z nich, że jego wprowadzenie spowodowało natychmiastowe obniżenie wskaźników samobójstw wśród mężczyzn, ale nie wśród kobiet. Podobnie badania amerykańskie pokazały ujemną korelację cen i podatków nakładanych na napoje alkoholowe i samobójstw. Wzrost podatku akcyzowego na piwo wiązał się ze spadkiem liczby samobójstw wśród młodych mężczyzn w wieku od 10 do 24 lat; wpływ

na wskaźniki samobójstw kobiet był znikomy. Inne badanie wykazało negatywną korelację z wysokością akcyzy na wino, ale nie na piwo i napoje spirytusowe w grupie wiekowej od 25 do 64 lat.

Wypadki drogowe

Ponicki i współ. (2007) dostrzegli pozytywną korelację między wzrostem podatku akcyzowego na piwo a ograniczeniem liczby śmiertelnych wypadków drogowych wśród młodzieży.

Analiza regresji wielokrotnej szeregów czasowych obejmujących lata 1972–1990 dla Ontario wskazuje, że wzrost ceny alkoholu ma znaczący wpływ w ograniczaniu wypadków i wykroczeń drogowych związanych z alkoholem. Autorzy konkludują, że podatki nakładane na napoje alkoholowe i polityka cenowa mogą być wykorzystane do ograniczenia zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu (Adrian i współ., 2001).

Podsumowanie i wnioski

Decydenci dysponują wieloma instrumentami pozwalającymi na kształtowanie polityki wobec alkoholu. Do najskuteczniejszych z nich zalicza się ograniczanie dostępności fizycznej oraz ekonomicznej napojów alkoholowych. Jednak należy podkreślić, że pojedyncze instrumenty mają ograniczony wpływ na zmniejszenie spożycia. Najskuteczniejszą strategią jest wykorzystanie kombinacji różnych narzędzi.

Dostępność fizyczna może być regulowana poprzez bardziej rygorystyczne przepisy licencyjne, pozwalające na zmniejszenie gęstości rozmieszczenia punktów sprzedaży (na wynos w sklepach detalicznych bądź do spożycia na miejscu w restauracjach i barach), uregulowanie dni i godzin, w jakich mogą być sprzedawane napoje alkoholowe, wprowadzenie monopolu państwowego na sprzedaż detaliczną.

Prezentowany przegląd literatury dostarcza dowodów, że ograniczanie dostępności fizycznej napojów alkoholowych jest skutecznym narzędziem zmniejszania spożycia, jak również pozwala na ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z picia. Na obszarach z większą gęstością punktów sprzedaży alkoholu odnotowuje się wyższe spożycie oraz wyższe odsetki przypadków uszkodzeń ciała, przestępstw

z użyciem przemocy, wypadków drogowych, w których obecny jest alkohol.

Równie skutecznym instrumentem kontroli spożycia alkoholu, mającym wpływ na stan zdrowia ludności, jest kształtowanie dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych. W ostatnich latach obserwuje się rosnącą dostępność alkoholu, częściowo z powodu rzeczywistych obniżek cen. Polska znajduje się w czołówce krajów, w których na przestrzeni ostatnich lat zauważa się spadek realnych cen napojów alkoholowych w stosunku do wzrostu wynagrodzeń obywateli i inflacji, co przekłada się na wzrost dostępności ekonomicznej. W celu jej ograniczenia można wykorzystać różne strategie, takie jak zwiększenie podatków, podwyżka cen napojów alkoholowych czy ustanowienie ceny minimalnej.

Badania pokazują, że wzrost podatków na napoje alkoholowe, który przekłada się na wzrost cen, przyczynia się do ograniczenia wielkości spożycia oraz szkód wynikających z picia – uszkodzeń ciała, wypadków po spożyciu alkoholu, samobójstw.

Wnioski:

- W celu ograniczania spożycia alkoholu i szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z picia należy wykorzystywać skuteczne instrumenty polityki, mające swoje potwierdzenie w badaniach naukowych.
- Najskuteczniejszą strategią pozwalającą na kształtowanie spożycia jest kombinacja wykorzystania różnych instrumentów w stopniu wynikającym z ich skuteczności potwierdzonej badaniami naukowymi – ograniczenie dostępności fizycznej, ekonomicznej, kontrola wieku, powyżej którego można kupić alkohol, kontrola trzeźwości kierowców, ograniczenia reklamy i marketingu, narodowe programy profilaktyczne i edukacyjne.
- Polityka kontroli nad alkoholem powinna być cyklicznie oceniana i ewaluowana na różnych poziomach – gminy, powiatu, województwa, kraju.
- Zagęszczenie punktów sprzedaży napojów alkoholowych wiąże się z wielkością spożycia i wskaźnikami dotyczącymi przypadków uszkodzeń ciała, przestępstw z użyciem przemocy, wypadków drogowych, w których obecny jest alkohol.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Wyniki uzyskane w badaniu EZOP II pokazują, że mimo upływu blisko dziesięciu lat od poprzedniej edycji badania, nie nastąpiły poważniejsze zmiany w rozpowszechnieniu większości zaburzeń psychicznych. Nadal co czwarty Polak potwierdza, że w swoim życiu doświadczył problemów zdrowia psychicznego.

ZABURZENIA ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI W STRUKTURZE SPOŁECZNEJ – WYNIKI BADANIA EZOP II¹

Michał Kucharski, Jakub Stokwiszewski, Jacek Moskalewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wstęp

Wyniki pierwszego w Polsce badania stanu zdrowia psychicznego mieszkańców naszego kraju – EZOP I (Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska) (Kiejna i in., 2012), zrealizowanego w latach 2010–2011 i finansowanego w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmów Finansowych Europejskiego Obszaru Gospodarczego, potwierdziły potrzebę monitorowania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Otrzymane wnioski z badania EZOP I wykorzystano przy konstruowaniu Narodowego Programu Zdrowia oraz reformy systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Po dziesięciu latach, dzięki finansowaniu ministra zdrowia, w ramach 3. celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, obejmującego profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa, zrealizowano badania pn. „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”. Były one zarówno kontynuacją badania EZOP, jak też jego rozszerzeniem. Głównym wykonawcą badania EZOP II był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ściśle współpracujący ze specjalistami z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP-PZH) oraz z Harvard Medical School, która na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia koordynuje badania nad zdrowiem psychicznym na całym świecie, wykorzystując standardy World Mental Health Survey Initiative, w tym

instrument badawczy WHO WMH-CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

W projekcie zastosowano metodę wspomaganych komputerowo, bezpośrednich wywiadów ankietowych CAPI (*computer assisted personal interview*) na próbie losowej populacji generalnej. Do wylosowania próby posłużono się operatem – Powszechnym Elektronicznym Systemem Ewidencji Ludności PESEL. W badaniu została dobrana próba losowa, warstwowa z proporcjonalną alokacją. Warstwowanie próby uwzględniło wielkość miejscowości oraz ich rozmieszczenie w ramach województw Polski, a także rozkłady płci i wieku. Jako podstawę warstwowania przyjęto dane z GUS dotyczące ludności Polski (stan na 30.06.2017).

Inaczej niż w pierwszej edycji badania EZOP, które objęło ludność w wieku produkcyjnym 18–64 lata, wylosowano trzy grupy wiekowe: dzieci do 6. roku życia, dzieci i młodzież w wieku 7–17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i starszych. Realizacja projektu trwała prawie 4 lata. Badania terenowe przeprowadzono w latach 2018 i 2019 roku. Zbieranie materiału badawczego zakończono kilka miesięcy przed wybuchem pandemii COVID-19. W tym czasie zrealizowano 15 tys. wywiadów, z czego prawie 12 tys. stanowiły wywiady z dorosłymi. Średni czas realizowanego wywiadu z osobami dorosłymi wyniósł ponad 1h 30 minut. Uzyskano wysoki odsetek realizacji próby przekraczający 60%. W projekcie brało udział ponad 200 przeszkolonych w toku pięciodniowych seminariów w małych grupach ankietatorów z całej Polski. Wyniki badania zostały przedstawione w raporcie końcowym,

do przygotowania którego zaangażowano interdyscyplinarny zespół specjalistów z różnych obszarów zdrowia, w skład którego weszło ponad 20 osób.

Kwestionariusz

Na całym świecie, na wszystkich zamieszkałych kontynentach, przeprowadzono blisko 40 badań populacyjnych z wykorzystaniem narzędzia CIDI. W badaniu dorosłych mieszkańców Polski wykorzystano polską adaptację kwestionariusza CIDI – WHO WMH-CIDI w wersji 21.1.4. Kwestionariusz CIDI to narzędzie rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w pełni wystandaryzowany, ustrukturalizowany instrument do badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych i ich uwarunkowań. Niewątpliwym atutem przemawiającym za zastosowaniem tego narzędzia w badaniach populacyjnych na dużych próbach jest fakt, że kwestionariusz pozwala na realizację wywiadów przez specjalnie do tego celu przeszkolonych ankierów, nieposiadających specjalistycznego wykształcenia w dziedzinie psychiatrii czy psychologii. CIDI ma budowę modułową i składa się z ponad 40 wzajemnie powiązanych sekcji. Wśród nich znajdują się sekcje przesiewowe, diagnostyczne, dotyczące ogólnego stanu zdrowia, sekcje demograficzne, a także pytania dotyczące dostępu do pomocy specjalistycznej. Kwestionariusz CIDI klasyfikacji umożliwia postawienie diagnoz zgodnych z obowiązującymi w czasie badania systemami chorób – zarówno DSM-IV oraz

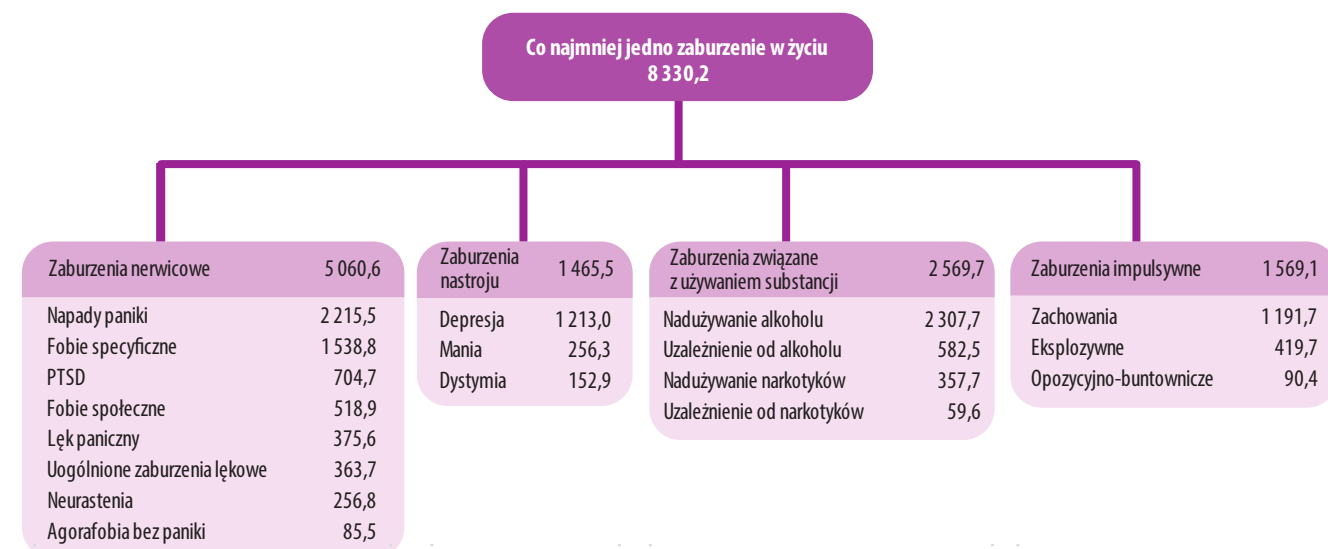
ICD-10. Diagnozę generuje algorytm ukryty w elektronicznym skrypcie wywiadu, nie informując ani ankiera, ani respondenta o wynikach. Dzięki temu istnieje możliwość uzyskania kluczowych informacji na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych zarówno w ramach konkretnych rozpoznań psychiatrycznych (np. depresja, mania, fobie, uzależnienie od alkoholu, od substancji psychoaktywnych) oraz szerokich kategorii diagnostycznych, tj. zaburzeń nerwicowych, nastroju, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń impulsywnych.

W artykule zostaną omówione wyniki badania EZOP II w obszarze zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (alkohol i narkotyki) z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, poziom aktywności zawodowej, miejsce zamieszkania. Ukazany zostanie związek między używaniem substancji a miejscem na drabinie struktury społecznej. Omówimy także uporczywość tych zaburzeń oraz próby podejmowania leczenia przez osoby doświadczające problemów związanych z używaniem substancji.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dorosłych

Wyniki badania EZOP II pokazują, że nieco ponad 1/4 dorosłych mieszkańców Polski doświadczyła w swoim życiu zaburzeń psychicznych, co oznacza 8 mln osób (8 330,2 tys.). Zaburzeniami najczęściej identyfikowa-

Rycina 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu (oszacowania w tysiącach) według szerokich kategorii diagnostycznych wśród ludności w wieku 18+ według badania EZOP II z lat 2018–2019.



nymi były problemy z obszaru zaburzeń nerwicowych, które na przestrzeni życia wystąpiły u około 5 060,6 tys., w tym napady paniki u 2 215,5 tys. osób, fobie specyficzne u 1 538,8 tys. osób. Na drugim miejscu znalazły się osoby doświadczające problemów związanych z używaniem substancji – 2 569,7 tys., z czego – na przestrzeni całego życia – kliniczne objawy nadużywania alkoholu potwierdziło 2 307,7 tys. osób, a nadużywanie narkotyków 357,7 tys. Rozpowszechnienie zaburzeń nastroju i zaburzeń impulsywnych wystąpiło u około 1,5 mln osób (zaburzenia nastroju – 1 465,5 tys., zaburzenia impulsywne 1 569,1 tys. (rycina 1).

W porównaniu ze zrealizowanym 10 lat wcześniej badaniem EZOP I nie odnotowano znaczących zmian w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Nie stwierdzono również istotnych statystycznie zmian w rozpowszechnieniu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Mniejsze rozpowszechnienie nadużywania alkoholu w badaniu EZOP II wiąże się z niefortunnym wypadaniem z próby mężczyzn w średnim wieku – wieku najwyższej konsumpcji alkoholu, a nie odzwierciedla rzeczywistego spadku rozpowszechnienia zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu.

Występowanie zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu i narkotyków

Alkohol

Pytania kwestionariusza CIDI dotyczące spożycia alkoholu wpisują się w klasyfikację Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (Wciórka J. red., 2008). Dzięki ich zoperacjonalizowaniu jest możliwe oszacowanie rozpowszechnienia „nadużywania alkoholu” oraz „uzależnienia od alkoholu” w perspektywie całego życia.

Nadużywanie alkoholu jest diagnozowane w przypadku potwierdzenia przynajmniej jednego z czterech kryteriów klinicznych:

- Picie alkoholu powodowało zaniedbywanie obowiązków związanych z pracą, szkołą i/lub domem.
- Picie alkoholu w sytuacjach, w których istniało niebezpieczeństwo spowodowania wypadku (np. prowadzenie samochodu lub obsługiwanie maszyny).
- Picie alkoholu było przyczyną zatrzymania przez policję (zachowania zakłócające porządek publicznych).

- Kontynuacja picia, mimo doświadczania powtarzających się problemów w kontaktach z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami i współpracownikami.
- Uzależnienie od alkoholu diagnozowano wtedy, gdy zostały potwierdzone przynajmniej trzy problemy obejmujące szkody somatyczne i psychiczne:
- Silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania alkoholu.
 - Upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z piciem alkoholu, tj. nad jego rozpoczynaniem, kończeniem oraz poziomem użycia, potwierdzona piciem alkoholu w dużych ilościach lub przez czas dłuższy niż zamierzony, albo uporczywym pragnieniem picia alkoholu, albo nieskutecznością wysiłków zmniejszania lub kontrolowania picia.
 - Fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego pojawiające się, gdy użycie alkoholu jest ograniczone lub przerywane, potwierdzone wystąpieniem charakterystycznego dla alkoholu zespołu abstynencyjnego, albo używaniem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia.
 - Potwierdzenie tolerancji wobec działania alkoholu, tj. konieczności picia coraz większych ilości w celu osiągnięcia działania lub pożądanego efektu, albo znacznie zmniejszonego efektu w przypadku dalszego picia tych samych ilości.
 - Silne pochłonięcie sprawą picia alkoholu, przejawiające się istotną zmianą dotychczasowych zainteresowań porzucanych lub ograniczanych z powodu picia, albo przeznaczaniem większości czasu na działania konieczne do uzyskania alkoholu, bądź na uwolnienie się od następstw jego działania.
 - Uporczywe picie, pomimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw, potwierdzone ciągłym dalszym używaniem alkoholu, choć charakter i rozmiar szkód są danej osobie znane lub można oczekiwać, że są znane.

Wyniki badania EZOP II pokazują, że z zaburzeniami związanymi z alkoholem kiedykolwiek w życiu zmagało się 7,3% mieszkańców Polski, co przekłada się na około 2,31 mln osób (95%CI; 2,06-2,55 mln). Wśród nich stadium uzależnienia od alkoholu osiągnęło około 1,9% dorosłych mieszkańców Polski, co przekłada się na około 582,5 tys. osób w przedziale wieku 18+ (95%CI; 442,5-722,4 tys.).

Narkotyki

W badaniu EZOP II pytano także o używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Znalazły się wśród nich pytania o leki oraz o inne substancje psychoaktywne. W grupie leków pytano wyłącznie o używanie niezgodne z zaleceniami lekarza w zakresie leków uspokajających i nasennych, leków stymulujących, leków przeciwbólowych. Jednocześnie respondenci odpowiadali na pytania o doświadczenia z innymi nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, tj. marihuaną, haszyszem, kokainą, narkotykami klubowymi, halucynogenami, opioidami, substancjami wziewnymi lub innymi nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi.

Wyniki badania EZOP II pokazują, że przynajmniej jedną substancję psychoaktywną inną niż alkohol, na przestrzeni życia, zażyło 1 593,4 tys. osób (95%CI; 1 407,6-1 779,3 tys.). Równocześnie osób, które spełniały kliniczne kryteria nadużywania lub uzależnionych, było czterokrotnie mniej, tj. 383 tys. (95%CI; 314,4-451,7 tys.), z czego nadużywających 357,7 tys. (95%CI; 291,0-424,3 tys.), a osób uzależnionych 59,6 tys. (95%CI; 37,8-81,4 tys.).

Występowanie zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu i narkotyków a zmienne społeczno-demograficzne

W dalszej części przedstawione zostaną uwarunkowania społeczno-demograficzne zaburzeń związanych

z używaniem alkoholu i narkotyków. Na potrzeby niniejszego artykułu nadużywanie i uzależnienie od substancji zostało przedstawione łącznie. Kolejne ryciny prezentują wyniki w podziale na kobiety, mężczyzn i ogółem. Dla lepszego zobrazowania różnic ryciny dla alkoholu i narkotyków zestawiono obok siebie. Należy jednak pamiętać, że odsetki na osiach wertykalnych różnią się wyraźnie ze względu na duże różnice w rozpowszechnieniu zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych. Na przykład, jak widać z ryciny 2, rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych wśród mężczyzn wynosi 13%, a zaburzeń „narkotykowych” około 1,5%.

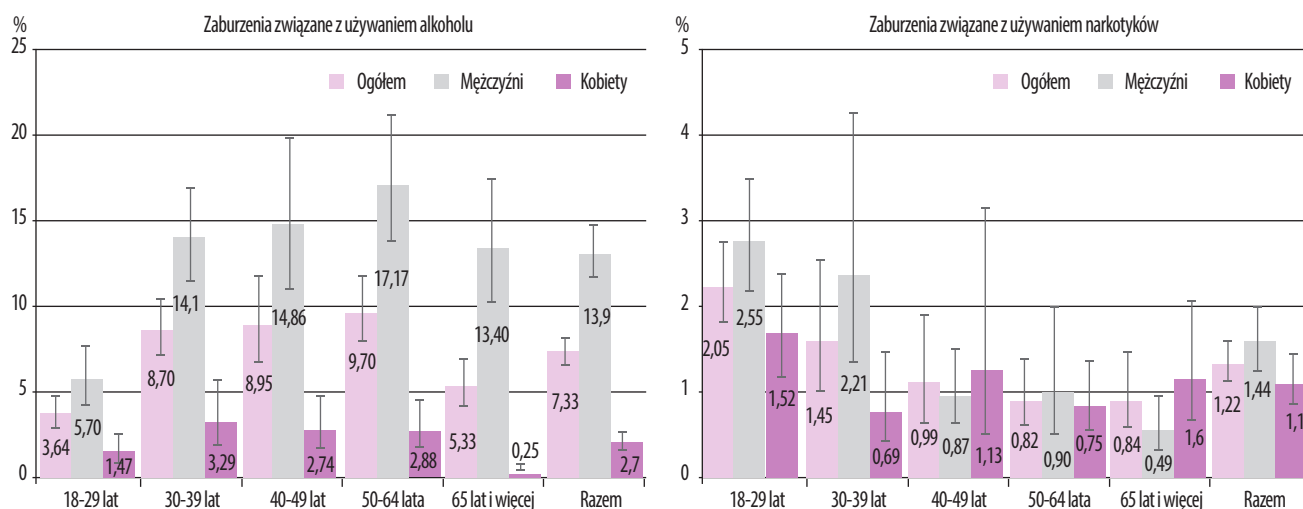
Wiek

Na rycinie 2 zobrazowane zostały wyniki w podziale na pięć grup wiekowych: 18-29 lat, 30-39 lat, 40-49 lat, 50-64 lata, 65 lat i więcej.

Alkohol

Rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu wzrasta z wiekiem. Decydują o tym przede wszystkim wyniki mężczyzn. Zaburzenia związane z alkoholem były rozpoznawane najczęściej wśród mężczyzn w wieku 50-64 lata (17,2%). Wyniki wskazują, że rozpowszechnienie dla kobiet jest prawie sześciokrotnie niższe niż u mężczyzn (13,1% – mężczyźni; 2,1% – ko-

Rycina 2. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a grupy wiekowe.



biety). U kobiet rozpowszechnienie zaburzeń rośnie do około 40. roku życia, aby później ustabilizować się na w miarę równym poziomie, tj. około 3%, po czym po 65. roku życia gwałtownie spaść do poziomu 0,25%.

Narkotyki

Największe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem narkotyków występuje w grupie osób młodych, tj. 18-29 lat (2,1%) oraz osób w wieku średnim 30-39 lat (1,5%). Widoczna jest tendencja do spadku rozpowszechnienia nadużywania narkotyków wraz z wiekiem. Częściej zaburzenia narkotykowe spotykane są u mężczyzn niż u kobiet. Różnica między kobietami a mężczyznami w rozpowszechnieniu zaburzeń wynikających z używania narkotyków nie jest aż tak wysoka jak w przypadku alkoholu i wynosi około 1,5.

Wykształcenie

Alkohol

U mężczyzn zarysowuje się wyraźna tendencja do spadku rozpowszechnienia zaburzeń alkoholowych wraz ze wzrostem wykształcenia. Mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (22,5%) dwa razy częściej doświadczają zaburzeń związanych z używaniem alkoholu niż ci z wykształceniem średnim i wyższym (9%). U kobiet wykształcenie nie jest zmienną różnicującą częstości występowania zaburzeń związanych z alkoholem, a różnice nie osiągają poziomu istotności statystycznej.

Warto jednak zauważyć, że zaburzenia te występowały najrzadziej u kobiet z najniższym poziomem wykształcenia (gimnazjum i niższe) (1,8%), a najczęściej wśród kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym (2,5%).

Narkotyki

Najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z narkotykami występuje u osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym (2,9%), w tym u 3,6% mężczyzn i u 2,5% kobiet. W przypadku kobiet różnice są istotne statystycznie między wykształceniem gimnazjalnym lub niższym oraz wykształceniem zasadniczym zawodowym, a także wyższym (2,5% vs 0,7%).

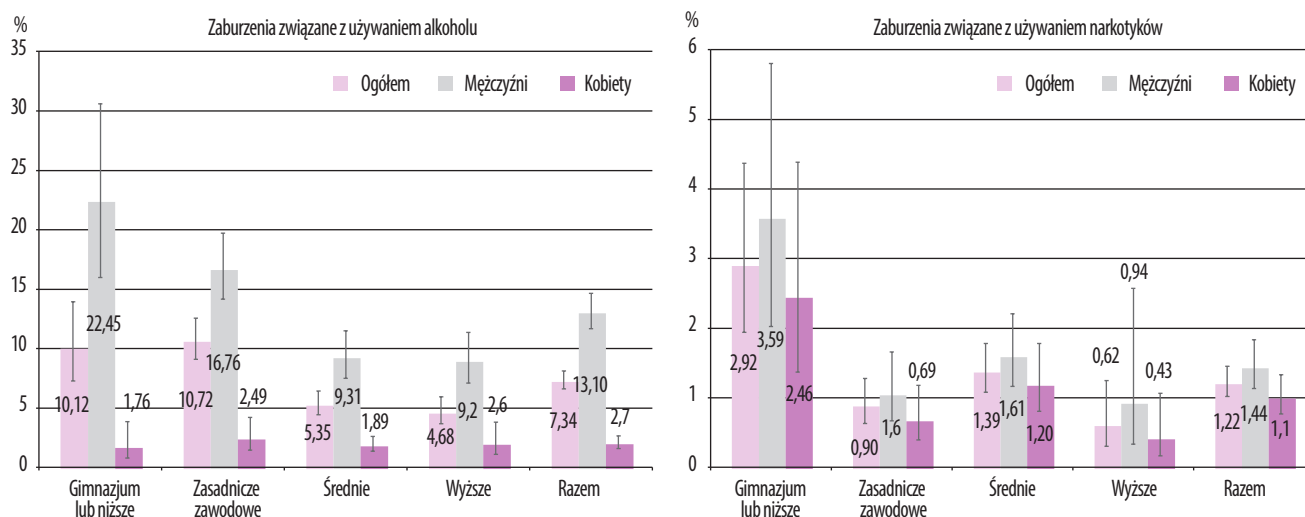
Poziom aktywności zawodowej

Kolejną zmienną różnicującą występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i narkotykami jest poziom aktywności zawodowej.

Alkohol

Najwyższe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu dotyka osób pozostających poza nurtem aktywności zawodowej, co najlepiej obrazują wyniki u mężczyzn. Mimo że wśród pracujących mężczyzn zaburzenie związane z używaniem alkoholu potwierdza prawie 12%, to odsetek ten jest wyższy u emerytów (14,7%), gwałtownie wzrasta u mężczyzn

Rycina 3. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a wykształcenie.



bezrobotnych (34,4%), aby osiągnąć szczyt w grupie mężczyzn pozostających na rencie lub w innej sytuacji życiowej (48,5%).

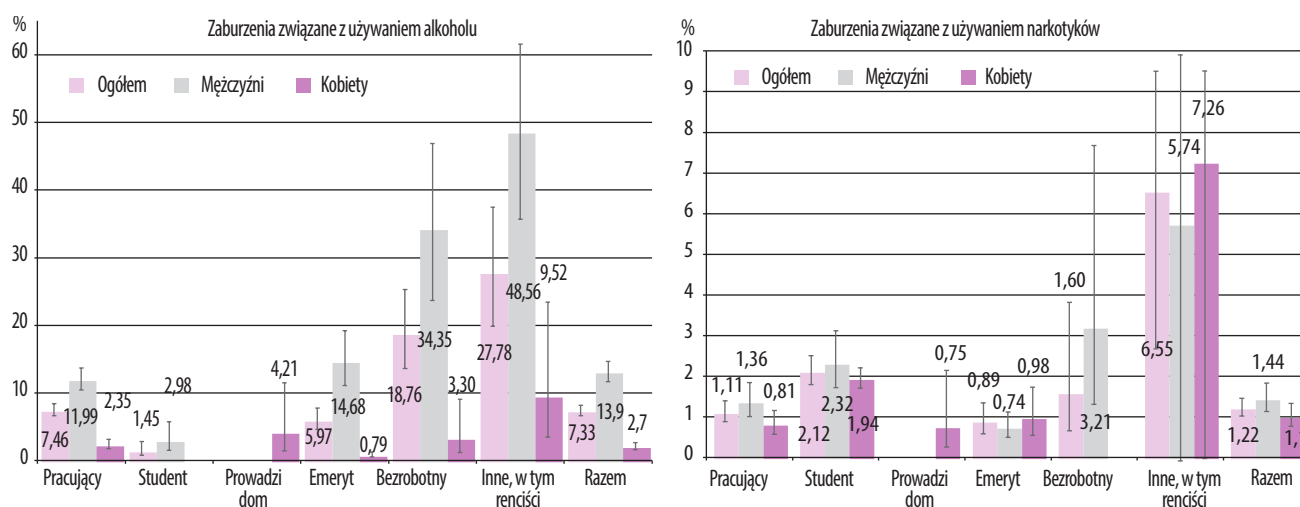
Narkotyki

Najwyższe odsetki związane z używaniem narkotyków są w grupie osób nieaktywnych zawodowo, tj. w grupie bezrobotnych (1,6%) i rencistów (6,6%).

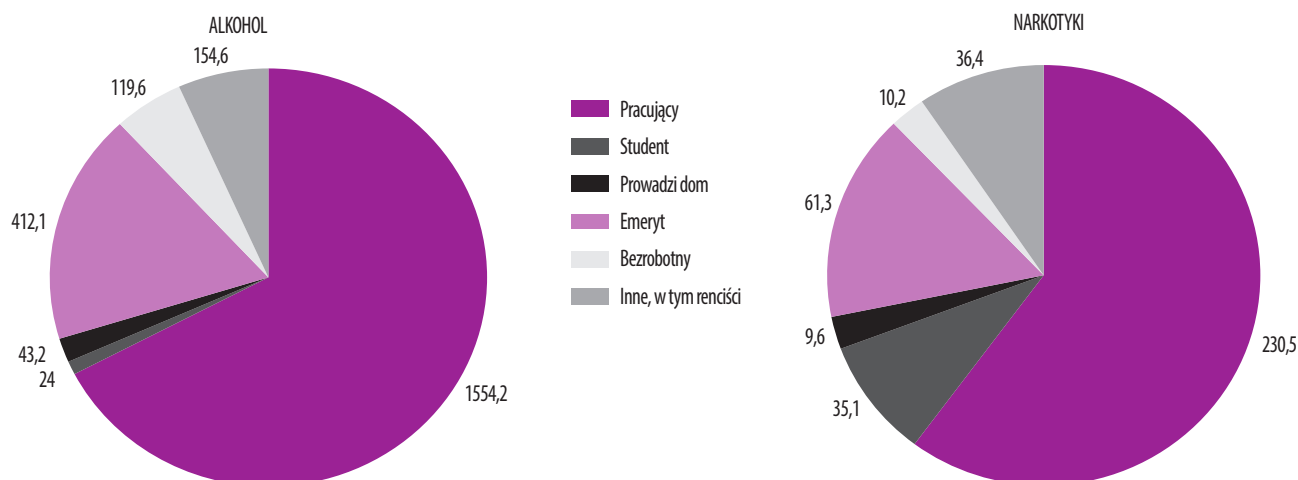
Aktywność zawodowa i paradoks przewencyjny

Aktywność zawodowa może być jednym z czynników mających znaczenie przy szacowaniu ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi. Jak widać z ryciny 4, grupą najbardziej dotkniętą ryzykiem tych zaburzeń są osoby bezrobotne i renciści. Jednak obraz zmienia się diametralnie, kiedy przedstawimy te wyniki w liczbach bezwzględnych, przeliczając odsetki na liczbę osób pracujących, bezrobotnych lub rencistów (rycina 5). Okazuje się, że w przypadku pracujących problem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu

Rycina 4. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a poziom aktywności zawodowej.



Rycina 5. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a poziom aktywności zawodowej (w tys.).



dotyka prawie 1,5 mln osób (w przypadku używania narkotyków – 230,5 tys.), gdy tymczasem „tylko” 120 tys. osób bezrobotnych w przypadku alkoholu i około 10 tys. w przypadku narkotyków. Mimo że ryzyko wystąpienia zaburzeń wśród osób pracujących jest dużo niższe niż w przypadku osób pozostających bez pracy, to liczba osób potencjalnie wymagających pomocy jest znacznie większa wśród zatrudnionych.

Stan cywilny

Alkohol

Grupą największego ryzyka zaburzeń związanych z używaniem alkoholu są osoby rozwiedzione i pozostające w separacji (15,7%), szczególnie mężczyźni, u których pojawia się ono 10-krotnie częściej niż u kobiet (34,9% vs 3,4%). Wysokie ryzyko występuje u mężczyzn pozostających w stałym, niesformalizowanym związku, gdzie 20% z nich zgłaszało problemy wynikające z używania alkoholu. Także w przypadku kobiet pozostawanie w związku nieformalnym bardziej sprzyja rozwojowi zaburzeń wynikających z używania alkoholu niż w związku małżeńskim (5% vs 1,6%).

Narkotyki

Problem używania narkotyków najbardziej dotyka mężczyzn i kobiety pozostających w stałym, niesformalizowanym związku (3,3% vs 1,8). Kobiety po utracie współmałżonka prawie sześciokrotnie częściej cierpią na problemy wynikające z używania narkotyków niż

mężczyźni. Z kolei rozwód, stan separacji prawie pięciokrotnie częściej jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń używania narkotyków u mężczyzn niż kobiet.

Miejsce zamieszkania

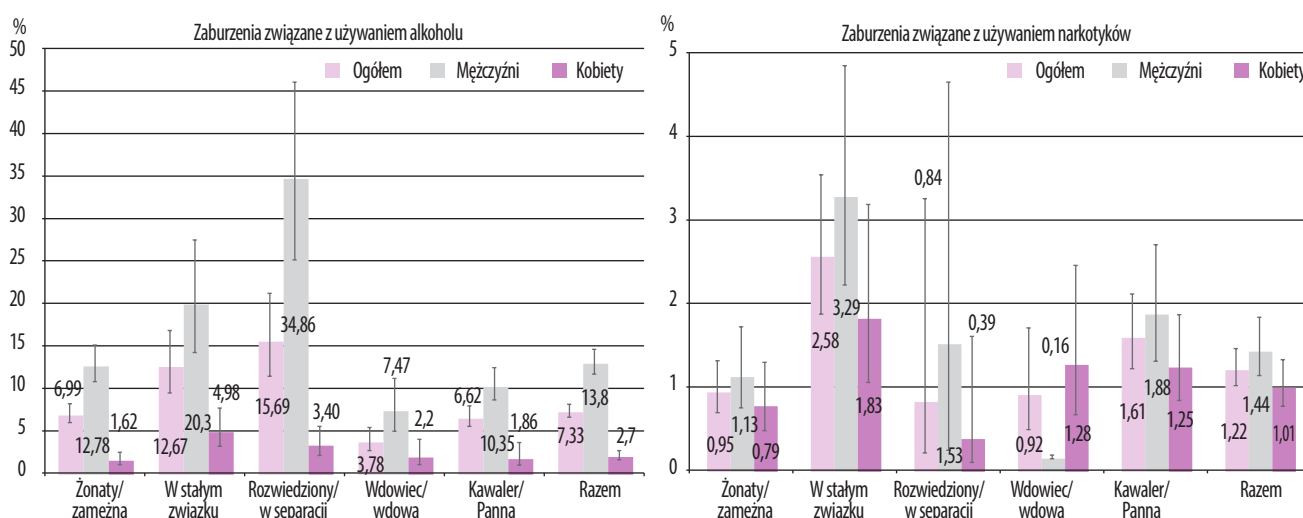
Alkohol

Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem rośnie wraz ze wzrostem wielkości miejscowości zamieszkania i osiąga swój szczyt w miastach od 50 do 200 tys. mieszkańców (11,2%). W przypadku dużych miast, ponad 200-tysięcznych, następuje spadek rozpowszechnienia (5,2%). Zaburzenia związane z alkoholem częściej dotyczą mężczyzn mieszkających w małych miastach (17,7%) i w miastach średniej wielkości (20,4%) niż mężczyzn z terenów wiejskich (10,1%) i z największych miast (9,2%). Wśród kobiet nie zauważono różnic istotnych statystycznie, choć największe rozpowszechnienie zaburzeń związanych z alkoholem zanotowano u kobiet z miast średniej wielkości (3,1%).

Narkotyki

Analogiczna sytuacja jest w przypadku występowania zaburzeń związanych z używaniem narkotyków. Największe rozpowszechnienie występuje w małych i średnich miastach (1,9% i 1,9%), a najmniejsze na wsi (0,8%) i w dużych, ponad 200-tysięcznych miastach (0,8%). Różnice istotne statystycznie występują jedynie dla małych miast w porównaniu z wynikami na wsi i w wielkich miastach.

Rycina 6. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedokolwiek w życiu) a stan cywilny.



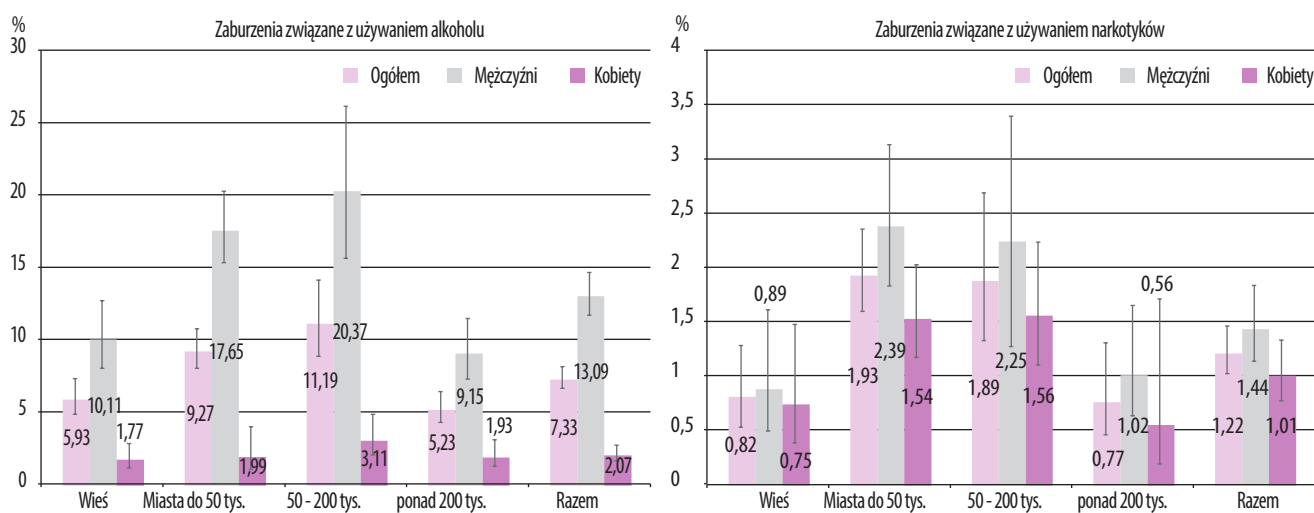
Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych związanych z konsumpcją alkoholu i narkotyków a pozycja w strukturze społecznej

W kolejnym kroku analiz zastanawiano się, jaki jest związek między rozpowszechnieniem zaburzeń alkoholowych i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków a pozycją w strukturze społecznej.

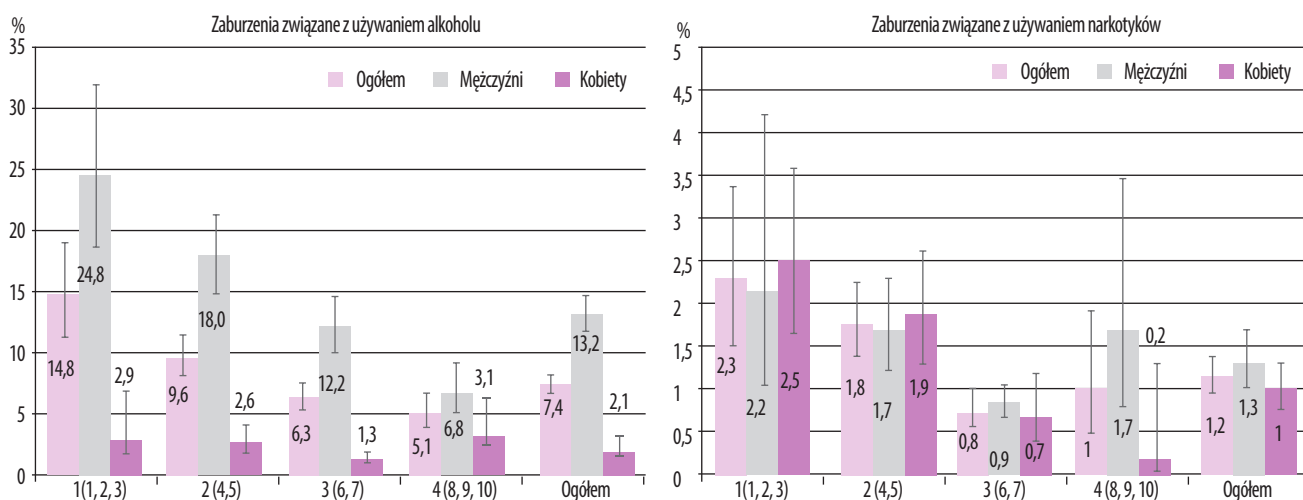
Respondentom pokazano rysunek przedstawiający drabinę z ponumerowanymi, od 1 do 10, szczebelkami. Pierwszy szczebelek od dołu otrzymał wartość 1, a najwyższy 10. Zgodnie z logiką pytania na samym dole

miały znaleźć się osoby, którym powodzi się najgorzej finansowo, mają niskie wykształcenie i kiepską pracę. Na szczycie drabiny znajdują się osoby, którym powodzi się najlepiej, to znaczy mają najwięcej pieniędzy, najlepsze wykształcenie i wykonują najbardziej prestiżowe zawody. Respondenci byli proszeni o to, aby biorąc pod uwagę swoje zarobki, pieniądze, wykształcenie oraz pracę wskazali na drabinie szczebelek, który najlepiej pokazuje ich własną pozycję w hierarchii społecznej. W toku analiz utworzono cztery kategorie zmiennych. Osoby, które oceniają swoją sytuację najgorzej zostały przypisane do pierwszej kategorii (wskazania 1, 2, 3). Do drugiej kategorii zaliczono osoby, które wskazały

Rycina 7. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków (kiedykolwiek w życiu) a miejsce zamieszkania.



Rycina 8. Występowanie zaburzeń związanych z alkoholem i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków według miejsca w strukturze społecznej w Polsce.



odpowiedzi 4, 5; w trzeciej kategorii były osoby wskazujące odpowiedzi 6, 7. Respondentów, którzy najlepiej oceniali swoją sytuację (wskazania 8, 9, 10), włączono do kategorii czwartej.

Alkohol

Jak pokazuje rycina 8 wraz z wyższym miejscem na drabinie struktury społecznej spada rozpowszechnienie zaburzeń alkoholowych. Szczególnie widoczne jest to u mężczyzn. U kobiet sytuacja jest stabilna i niemal w każdej grupie rozpowszechnienie jest na podobnym poziomie, ze słabą tendencją do wzrostu w przypadku kobiet pozycjonujących się na najwyższych szczeblach drabiny społecznej.

Narkotyki

Najbardziej narażone na ryzyko zaburzeń wynikających z używania narkotyków były osoby lokujące się na dolnych szczeblach drabiny społecznej. U kobiet wraz ze wzrostem pozycji społecznej maleje rozpowszechnienie zaburzeń. U mężczyzn podobna tendencja jest zakłócona na najwyższych szczeblach struktury społecznej, gdzie ponad połowa diagnoz dotyczy zaburzeń związanych z używaniem narkotyków klubowych, takich jak ecstazy.

Uporczywość zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i używaniem narkotyków

Uporczywość zaburzeń oznacza, jaki odsetek osób, które kiedykolwiek doświadczyły jakichś zaburzeń

psychicznych, miało je nadal w ciągu roku poprzedzającego badanie.

Alkohol

Badanie EZOP II wykazało, że 19,6% osób spośród tych, które kiedykolwiek doświadczyły zaburzeń wynikających z używania alkoholu potwierdziło ich wystąpienie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie. W przypadku uzależnienia od alkoholu wskaźnik jest wyższy – 34,6%, czyli prawie 1/3 osób doświadczających problemu uzależnienia przeżywa lub przeżywała go nadal w ostatnich 12 miesiącach. Szczególnie problem ten dotyka kobiet. Niemal połowa kobiet cierpiących z powodu uzależnienia od alkoholu doświadczała tego problemu również w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie (43,9%).

Narkotyki

Uporczywość zaburzeń związanych z nadużywaniem narkotyków jest nieco łagodniejsza – dotyka 13,4% osób. Co ósma osoba, która kiedykolwiek nadużywała narkotyków doświadczyła tego problemu w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku uzależnienia od narkotyków, gdzie nieco ponad połowa osób nadal doświadczała uzależnienia w ostatnich 12 miesiącach (50,3%). W przypadku kobiet uzależnionych od narkotyków uporczywość doświadczania zaburzenia w ostatnich 12 miesiącach jest znacznie wyższa niż u mężczyzn (82,3% i 29,1%). Oznacza to, że tylko około 20% kobiet mających za sobą doświadczenie uzależnienia od narkotyków

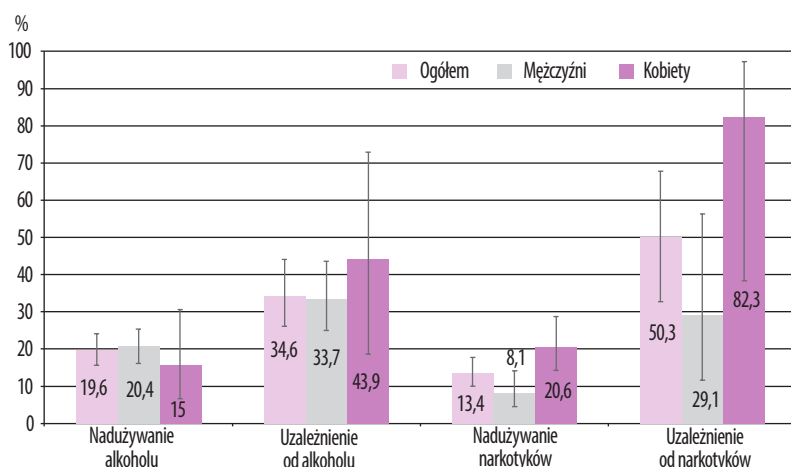
kiedykolwiek w życiu było wolnych od symptomów uzależnienia w czasie roku poprzedzającego badanie.

Trzeba powiedzieć, że patrząc na te wyniki z drugiej, pozytywnej strony, prawie 70% uzależnionych od alkoholu i 50% uzależnionych od narkotyków kiedykolwiek w życiu nie potwierdza symptomów uzależnienia w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających badanie.

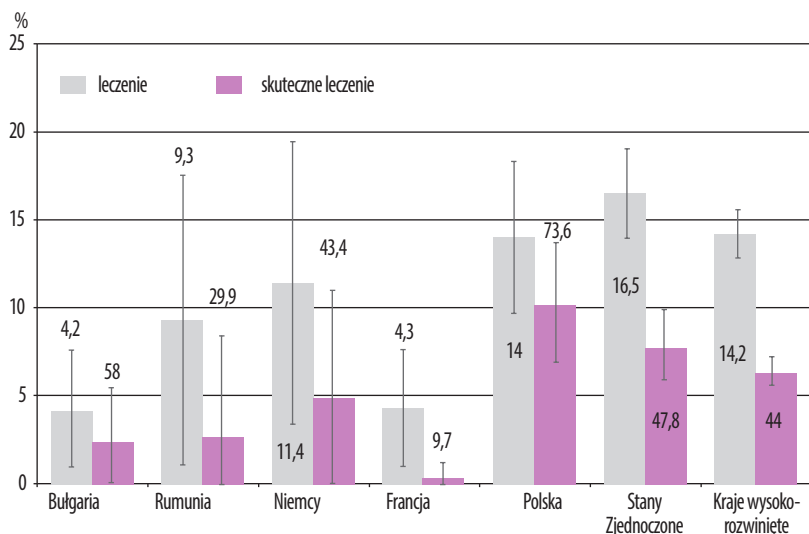
Korzystanie z leczenia

Respondentów spytano o to, czy kiedykolwiek rozmawiali z lekarzem lub innym specjalistą na temat swojego picia alkoholu

Rycina 9. Uporczywość zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i zaburzeń związanych z używaniem narkotyków.

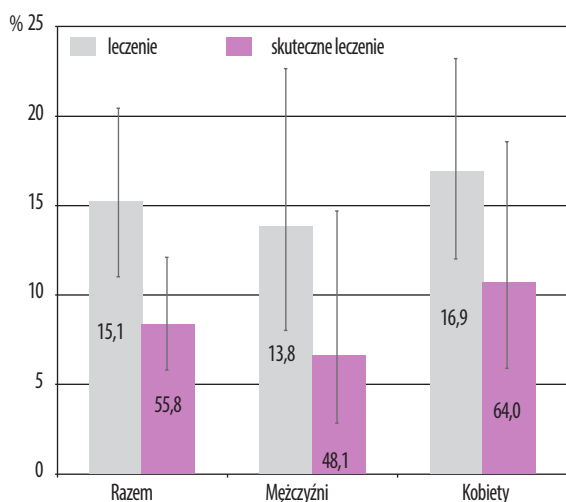


Rycina 10. Podejmowanie leczenia i ocena skuteczności leczenia przez osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu w badaniu EZOP I w Polsce oraz w innych krajach (wyniki z lat 2010–2011).



i używania narkotyków. Definicja specjalisty, oprócz lekarza, obejmowała psychologa, terapeutę, osobę duchowną, a także specjalistów medycyny alternatywnej, np. ziołarza, akupunkturzystę. Następnie respondenci udzielali odpowiedzi na temat tego, czy kiedykolwiek leczenie, które otrzymali, było według nich pomocne i skuteczne. Na rycinie 10 przedstawiono wyniki dla kilku krajów europejskich (w tym dla Polski), dla Stanów Zjednoczonych oraz łącznie dla krajów wysokorozwiniętych (Degenhardt i in., 2021). Prezentowane wyniki pokazują, że odsetek osób z zaburzeniami alkoholowymi podejmujących leczenie na całym świecie jest stosunkowo niski. W Polsce tylko 14% osób z problemami wyni-

Rycina 11. Podejmowanie leczenia i ocena skuteczności leczenia przez osoby z zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków w badaniu EZOP II w Polsce (wyniki z lat 2018–2019).



kającymi z używania alkoholu podjęło specjalistyczne leczenie. Mimo to odsetek osób podejmujących leczenie jest w Polsce wyższy niż w innych krajach europejskich i zbliżony do przeciętnej dla wyników krajów wysokorozwiniętych.

Na pytanie, czy kiedykolwiek otrzymali pomocne i skuteczne leczenie w związku z piciem alkoholu, prawie 3/4 osób korzystających z pomocy specjalistycznej w Polsce (73,6%) oceniło je jako *pomocne* lub *skuteczne*. Odsetek ten jest wyraźnie wyższy w Polsce niż w wielu innych krajach europejskich, zwłaszcza we Francji, gdzie tylko co dziesiąta osoba podejmująca leczenie potwierdziła, że było ono kiedykolwiek pomocne lub skuteczne.

Śród tych osób, które doświadczyły problemów używania narkotyków, tylko 15% rozmawiało na ten temat z lekarzem lub innym specjalistą. Jednocześnie ponad połowa z nich oceniła leczenie jako skuteczne i pomocne (55,8%). Nieco wyżej leczenie oceniają kobiety – 64% uważa podjęte leczenie za skuteczne i pomocne. Jednak różnice między mężczyznami a kobietami nie mają waloru istotności statystycznej.

Porównanie EZOP I i EZOP II

Wyniki uzyskane w badaniu EZOP II pokazują, że mimo upływu blisko dziesięciu lat, nie nastąpiły poważniejsze zmiany w rozpowszechnieniu większości zaburzeń psychicznych. Nadal co czwarty Polak potwierdza, że w swoim życiu doświadczył problemów zdrowia psychicznego.

Badanie EZOP II pokazało przypuszczalnie pozorny spadek rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (Muszyńska-Spielauer, 2021)². Liczbę osób doświadczających zaburzeń kiedykolwiek w życiu oszacowano na poziomie 2,31 mln osób (95%CI; 2,06–2,55 mln) w porównaniu do okresu 2010–2011 – 3,07 mln (95%CI; 2,81–3,32 mln). Zmiany dotknęły głównie mężczyzn poniżej 50. roku życia, natomiast w grupie mężczyzn w wieku 50–64 lata różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. W przypadku kobiet, w młodszych grupach wiekowych nie zanotowano istotnych statystycznie zmian, natomiast w starszych grupach zaobserwowano trend wzrastający, także pozba-

wiony istotności statystycznej. Jednocześnie oszacowanie uzależnienia od alkoholu utrzymuje się na podobnym poziomie i wynosi około 583 tys. (95%CI; 442,5-722,4 tys.), a w latach 2010–2011 wynosiło 616 tys. (95%CI; 495,0-736,0 tys.). Większość zaobserwowanych zmian w rozpowszechnieniu uzależnienia nie jest istotna statystycznie.

W przypadku rozpowszechnienia używania narkotyków między dwiema edycjami badania EZOP nastąpił niewielki, na granicy istotności statystycznej, wzrost liczby osób, które kiedykolwiek w życiu używały przynajmniej jednego narkotyku (EZOP I – 4,4%, EZOP II – 6,3%). Wzrost wystąpił głównie dzięki zwiększeniu się rozpowszechnienia wśród osób używających narkotyków klubowych (EZOP I – 0,6%, EZOP II – 1,4%). Jednocześnie odnotowano niewielki spadek użytkowników opioidów (istotny statystycznie) – EZOP I – 0,3%, EZOP II – 0,1%. W przypadku pozostałych grup narkotyków nie osiągnięto poziomu istotności statystycznej.

W artykule wykorzystano ryciny zamieszczone w raporcie „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II” pod red. nauk. Jacka Moskalewicza i Jacka Wciórki, 2021.

Przypisy

- ¹ Badanie EZOP II było realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia.
- ² Wyniki tego nie potwierdzają ani statystyki konsumpcji alkoholu, ani dane na temat związanych z alkoholem zgonów, które w ostatnich latach miały tendencję wzrostową za: Muszynska-Spielauer M. (2021).

Bibliografia

- Degenhardt L., Bharat Ch., Tat Chiu W., Harris M.G., Kazdin A.E., Vigo D.V., Sampson N. A., Alonso J., Helena Andrade L., Bruffaerts R., Bunting B., Cardoso G., Girolamo G., Florescu S., Gureje O., Maria Haro J., Hu Ch., Karam A.N., Karam E.G., Kovess-Masfety V., Lee S., Makanjuola V., McGrath J.J., Medina-Mora M.E., Moskalewicz J., Navarro-Mateu F., Posada-Villa J., Rapseyag Ch., Stagnaro J. C., Tachimori H., ten Have M., Torres Y., Williams D.R., Zarkovam Z., Kessler R.C., (2021), „Perceived helpfulness of treatment for alcohol use disorders: Findings from the World Mental Health Surveys”, *Drug and Alcohol Dependence*, 229 (2021) 109158, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109158> (dostęp 12.10.2022).
- Kiejna A., Moskalewicz J., Rabcenko D., Wojtyniak B., Zagdańska M. Metodologia. W: Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Muszynska-Spielauer M. (2021), „Sex Differences in Alcohol Attributable Mortality in Poland”, 2002–2018. *Przegląd Epidemiologiczny*, 75. 235-247. 10.32394/pe.75.22.
- Wciórka J., (red 2008), „Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR”, Wyd. Elsevier.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Artur Malczewski

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

Z inicjatywy Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Dział Badań KCPU przygotował wizytę studyjną przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego (JST) w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i SICAD w Lizbonie. W dniach 10-11 października 2022 roku mieliśmy okazję zapoznać się z europejskimi oraz

portugalskimi doświadczeniami w obszarze narkotyków i narkomanii.

Pierwszego dnia wizyty przedstawiciele JST przyjrzeni się pracom EMCDDA w obszarze monitorowania i skutecznych działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Po południu zaprezentowane zostały polskie doświadczenia dotyczące problematyki alkoholowej oraz działania

podejmowane w tej sferze na poziomie lokalnym na przykładzie Grudziądza. Drugiego dnia odwiedziliśmy portugalski odpowiednik KCPU, czyli SICAD (Dyrektoriat Generalny Działań wobec Zachowań Uzależniających i Uzależnień) i placówki pomocowe: mobilny program leczenia substytucyjnego, pokój do bezpiecznych iniekcji oraz Komisję Odwodzenia od Narkotyków. SICAD zaprezentował projekt strategii dotyczącej rozwiązywania problemów uzależnień i działania podejmowane z zakresu redukcji popytu. W spotkaniu wzięło udział blisko 20 osób z Polski – z urzędów marszałkowskich, urzędów miast oraz KCPU.

Warto wspomnieć, że sieć Ekspertów Wojewódzkich powstała w ramach procesu akcesyjnego Polski do Unii Europejskiej. Cele i zadania Ekspertów Wojewódzkich określa Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii. Organ wykonawczy samorządu województwa powołuje i odwołuje Eksperta Wojewódzkiego. Do jego zadań należy m.in. zbieranie, gromadzenie, wymiana informacji i dokumentacji w zakresie przeciwdziałania narkomanii, objętych badaniami statystycznymi statystyki publicznej, oraz opracowywanie i przetwarzanie zebranych danych. Co roku powstają raporty wojewódzkie, które mają na celu przedstawienie sytuacji narkotkowej w danym województwie. W 2023 roku planowane są dwa spotkania Ekspertów Wojewódzkich – w Łodzi i Krakowie, które odbędą się we współpracy z EMCDDA. Ponadto Ekspert Wojewódzki z Lublina uczestniczy w międzynarodowym projekcie Frontline Politeia, w ramach którego będą szkoleni realizatorzy działań profilaktycznych z województwa lubelskiego, a wszystko to będzie się odbywać w zakresie Europejskiego Programu Szkoleń (EUPC).

Działania w Gruzji

Choć Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii skupia się przede wszystkim na Europie, to podejmuje także współpracę z partnerami z innych części świata, szczególnie na płaszczyźnie wymiany informacji i wiedzy specjalistycznej. Taka współpraca w obszarze przeciwdziałania narkomanii łączy EMCDDA z Gruzją. Podczas międzynarodowej konferencji Lisbon Addictions (23-25 listopada 2022 roku) odbyła się sesja dotycząca Gruzji zatytułowana „Szanse i wyzwania dla krajów w okresie przejściowym w celu przezwyciężenia barier dla polityk i interwencji opartych na dowodach”. W jej trakcie przedstawiliśmy polskie doświadczenia w kształtowaniu polityki narkotkowej opartej na dowodach oraz nasze doświad-

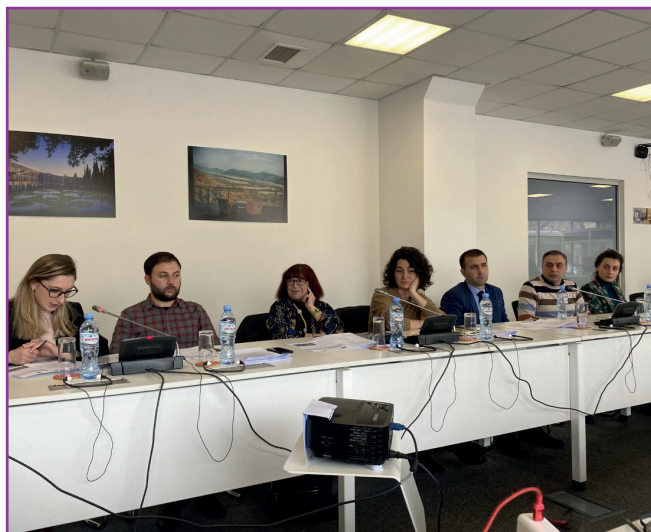
czenia z polskich projektów realizowanych w Gruzji. Współpraca KCPU z Gruzją rozpoczęła się w 2013 roku od projektu koordynowanego przez polski Reitox Focal Point (obecnie Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU) w ramach programu Polska Pomoc Ministerstwa Spraw Wewnętrznych¹. Następnie zrealizowano kilka kolejnych programów w Gruzji już ze środków KBPN/PARPA. Ponadto na zaproszenie Ilia State Uniwersytetu oraz EMCDDA prezentowaliśmy polskie doświadczenia w implementacji The European Universal Prevention Curriculum (EUPC) w centrum szkoleniowym Ministerstwa Sprawiedliwości Gruzji (8 grudnia 2022 roku) oraz na Uniwersytecie w Tbilisi (9 grudnia 2022 roku). Na obu spotkaniach przedstawiono gruzińską wersję EUPC i dyskutowano nad możliwością wdrażania tych szkoleń w Gruzji. Gruzijski i polski podręcznik EUPC jest dostępny na stronie EMCDDA: https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

Konferencja w Wilnie dotycząca „dopalaczy”

Na zaproszenie litewskich przyjaciół zaprezentowaliśmy sytuację dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w Polsce podczas międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Drug, Tobacco and Alcohol Control Department w Wilnie. W konferencji wzięli udział eksperci z kilku krajów oraz dyrektor EMCDDA.

Polska staje się miejscem produkcji nowych substancji psychoaktywnych. Od 2011 roku wykryto 45 laboratoriów





produkujących syntetyczne katynony w naszym kraju, w tym aż 13 laboratoriów w 2020 roku. W czasie konferencji rozmawiano na temat kannabinoidów HHC i HHC-O, które działają podobnie do THC (tetrahydrocannabinol). HHC-O to syntetyczna (acetylowa) pochodna substancji HHC (heksahydrokannabinolu). HHC-O jest otrzymywana syntetycznie i dodawana do podkładu roślinnego lub sprzedawana w postaci płynnej. Dostępna jest w różnych formach: w postaci suszu, płynu (np. kartridż do waporyzatora) czy jointów gotowych do palenia. Warto zwrócić uwagę, że HHC-O nie jest substancją ujętą w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych (...) (stan na grudzień 2022 roku). Z kolei HHC jest kontrolowana na mocy rozporządzenia ministra zdrowia. Ta substancja również jest sprzedawana jako susz, płyn, a nawet żelki. W ramach GIS działa Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Na swoim ostatnim posiedzeniu 8 listopada 2022 roku Zespół zarekomendował umieszczenie HHC-O w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych jako substancji psychotropowej grupy I-P.

Wsparcie dla Ukrainy

W grudniu 2022 roku odbył się webinar EMCDDA dotyczący pomocy Ukrainie „Displaced people and EU preparedness and response — lessons from Ukraine²”, w którym uczestniczyli przedstawiciele z naszego kraju. W Polsce od samego początku uchodźcy z Ukrainy otrzymywali pomoc

w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom. Obecnie w programach leczenia substytucyjnego jest około 100-120 obywateli ukraińskich (w sumie w leczeniu substytucyjnym było w roku 2022 około 300 osób), około 30 uchodźców korzysta z programów wymiany igieł i strzykawek, a w leczeniu ARV jest ponad 2600 osób. KCPU na początku kryzysu uruchomiło darmowy telefon zaufania w języku ukraińskim i rosyjskim i zleciło realizację programu profilaktycznego oraz badania wśród kobiet i dzieci z Ukrainy. Prawie na każdej konferencji organizowanej przez KCPU dyskutowaliśmy nad formami pomocy dla osób z Ukrainy. W polskim systemie edukacji rok szkolny we wrześniu 2022 roku rozpoczęło 185 tys. dzieci z Ukrainy, co oznacza konieczność pochylenia się nad działaniami profilaktyczno-edukacyjnymi realizowanymi w szkole dla tej grupy narodowościowej.

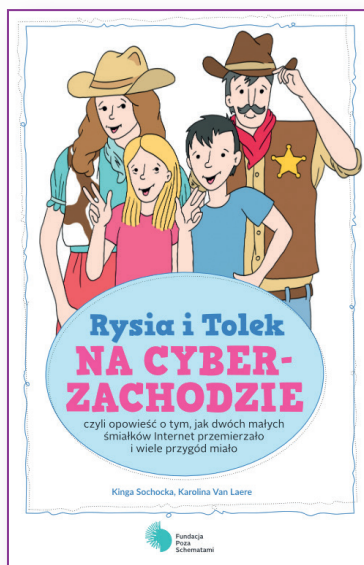
W pomocy uchodźcom ważną rolę odgrywają organizacje pozarządowe, które mogą szybko i skutecznie pomagać, a polski system przeciwdziałania narkomanii oparty jest w dużym stopniu na pracy tych organizacji i społeczności lokalnej. Oprócz tego w 2022 roku we współpracy z EMCDDA zostały wydane materiały informacyjno-edukacyjne adresowane do uchodźców z Ukrainy.



Przypisy

- <https://www.cinn.gov.pl/porta1?id=548547>
- Zapis webinaru dostępny jest na: <https://www.youtube.com/watch?v=G0C947JXp6g&t=4887s>

KAMPANIA SPOŁECZNA „PIERWSZE KROKI W (CYBER)ŚWIECIE”



W portalu <https://pierwszekroki.net> dostępny jest pakiet materiałów, których celem jest wsparcie dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców w bezpiecznym korzystaniu przez najmłodszych z cybermediów – internetu, smartfonów, tabletów.

Wśród materiałów dla rodziców prezentowany jest zestaw artykułów na temat uzależnień behawioralnych, wagi cyberprzestrzeni dla dzieci, charakterystyki strategii, którymi posługują się firmy komputerowe w celu intensywnego korzystania przez użytkowników, w tym dzieci, z nowych technologii.

Prezentowane są wyniki badań, które dostarczają odpowiedzi na pytanie, czy urządzenia elektroniczne mogą szkodzić oraz charakteryzujące niewłaściwe używanie przez dzieci cybermediów.

Publikowane są zalecenia specjalistów dla rodziców dotyczące zasad używania mediów elektronicznych przez dzieci, charakteryzowany jest wpływ relacji dzieci z innymi ludźmi, w szczególności z rodzicami, na sposób korzystania przez nie z internetu i urządzeń ekranowych.

Nauczycielom pracującym z dziećmi w wieku 5-6 lat udostępniono poradnik pt. „Kreatywna profilaktyka dla najmłodszych”.

W dziale Biblioteczka znajdują się filmy, wywiady i nagrania dla rodziców.

Dzieci mogą korzystać z książeczki opisującej niebezpieczeństwa związane z używaniem nowych technologii oraz broszurki uczącej zdrowego stylu życia i przestrzegającej przed szkodliwymi nawykami.



Layout portalu wydaje się bardzo atrakcyjny przede wszystkim w części adresowanej bezpośrednio do dzieci. Przyjazna jest nawigacja, łatwe dotarcie do konkretnych materiałów. Zwraca uwagę ich różnorodność i nowoczesna prezentacja.



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: kpcu@kpcu.gov.pl
www.kpcu.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