



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (101) 2023

NR 1

2023

WPROWADZENIE

Szanowni Państwo,
Drodzy Czytelnicy,

oddajemy w Państwa ręce 101 numer Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA. Nasz kwartalnik ukazuje się już 28 lat! Pierwszy numer został opublikowany w 1995 roku. Serwis zaczął ukazywać się 4 lata po powołaniu Biura ds. Narkomanii (przekształconego w kolejnej fazie rozwoju w Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), w tym samym roku, w którym po raz pierwszy zostały przeprowadzone w Polsce badania młodzieży w europejskim programie ESPAD.

Do 2016 roku pismo wychodziło pod nazwą Serwis Informacyjny NARKOMANIA. Od numeru 1/2017 zaczęło ukazywać się pod aktualnym tytułem. Wcześniej koncentrowało się na problematyce narkomanii, a od 2017 roku zostało wzbogacone o tematykę uzależnień behawioralnych. Wiązało się to z faktem, że pismo zaczęło być finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Kolejnym istotnym momentem w jego rozwoju było poszerzenie w 2022 roku poruszanej tematyki o problematykę alkoholową. Było to konsekwencją połączenia wydawcy pisma – Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, i powołania jednej instytucji – Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Modyfikacje dotyczące tematyki nie wpłynęły na zmianę audytorium Serwisu. Głównymi grupami odbiorców są:

- kadra zarządzająca i pracownicy podmiotów kształtujących i realizujących polityki społeczne w zakresie promocji zdrowia i przeciwdziałania uzależnieniom chemicznym i czynnościowym, pracownicy administracji państwowej, samorządowej i podległych im jednostek, ze szczególnym uwzględnieniem grupy decydentów lokalnych,
- organizacje pozarządowe działające w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom i promocji zdrowia,
- specjaliści z zakresu profilaktyki i resocjalizacji w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom,
- osoby pracujące z młodzieżą – nauczyciele, pedagodzy i psycholodzy, duchowni,
- lekarze,
- naukowcy i studenci kierunków kształcących do pomocowej pracy z ludźmi.

Aktualnie Serwis ukazuje się w nakładzie 2000 egzemplarzy i jest kolportowany bezpłatnie do 845 adresatów. Na stronie internetowej Serwisu notujemy (dane za 2022 rok) niemal 3000 wizyt miesięcznie.

Niestety, nie zachowały się w sieci pierwsze numery Serwisu. Najwcześniejsze dostępne artykuły to wybór z numeru 7/1997, opublikowany na stronie https://www.kbpn.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911, gdzie można znaleźć też najwcześniejszy pełny numer Serwisu (10/1999) oraz pełne archiwum kwartalnika do 2015 roku.

Kompletna biblioteka Serwisu od 2007 roku, to jest od numeru 36 (1/2007) do dziś, dostępna jest na stronie <https://siu.praesterno.pl>. Numery z lat 2007–2016 można pobrać w całości w formacie PDF, numery od roku 2017 do aktualnego można pobrać w całości w formacie PDF lub EPUB, można także ściągnąć każdy pojedynczy artykuł. Na stronie dostępna jest wyszukiwarka umożliwiająca przeszukiwanie autorów i tytułów opublikowanych artykułów.

Zmiany w historii Serwisu odzwierciedlają ewolucję podejścia do problematyki uzależnień w naszym kraju. Pokazują, jak zainteresowanie poszczególnymi grupami uzależnień chemicznych oraz, w kolejnej fazie, grupą uzależnień behawioralnych, przeistaczało się w kierunku zintegrowanego podejścia do problemu i umieszczenia go w jednym z centralnych miejsc polityki państwa skoncentrowanej na zdrowiu publicznym, w którym to podejściu działania skupiają się nie tylko na samym problemie uzależnienia, ale na całym spektrum zagadnień zdrowotnych i społecznych oraz organizacyjnych i instytucjonalnych, mogących oddziaływać na stan zdrowia i dobrostan społeczeństwa jako całości.

Mam nadzieję, że pismo jest dla Państwa użyteczne i stanowi istotne źródło informacji na temat problematyki uzależnień. Zachęcam do dzielenia się uwagami na jego temat, przesyłając maila na adres redakcji biuro@praesterno.pl.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość numeru

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ I FACHOWOŚĆ DIAGNOZOWANIA

Wywiad z Barbarą Bętkowską-Korpałą..... 2

Prawo

NOWA USTAWA O NIELETNICH. CZĘŚĆ I

Katarzyna Syroka-Marczewska 4

Profilaktyka

PROSPOŁECZNOŚĆ – JASNA STRONA SIECI

Anna Szuster 10

ROLA ORGANÓW ŚCIGANIA W DZIAŁANIACH PROFILAKTYCZNYCH – STANOWISKO EUSPR

..... 16

Leczenie, redukcja szkód

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW

Artur Malczewski 21

UDZIAŁ RODZINY W PROCESIE TERAPII STACJONARNEJ NASTOLATKÓW – Z OSOBISTEJ PERSPEKTYWY

Jolanta Łazuga-Koczurowska 28

Badania, raporty

UŻYWANIE ALKOHOLU, SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I UPRAWIANIE HAZARDU WŚRÓD SENIORÓW

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska..... 35

Analiza

UZALEŻNIENIE I KRYZYS BEZDOMNOŚCI A SPOŁECZNOŚĆ LGBT+

Maja Ruszpel..... 41

REKLAMA ALKOHOLU – CO MOŻNA, A CZEGO NIE MOŻNA REKLAMOWAĆ I POD JAKIMI WARUNKAMI ORAZ KILKA OSOBISTYCH REFLEKSJI I WSPOMNIEŃ

Katarzyna Łukowska..... 46

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ I FACHOWOŚĆ DIAGNOZOWANIA



Z dr hab., prof. UJ Barbarą Bętkowską-Korpałą, specjalistą psychologii klinicznej, psychoterapeutą, kierownikiem Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, kierownikiem Zakładu Psychologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, członkiem Komisji Psychologii Polskiej Akademii Nauk, rozmawia Maja Ruszpel.

– Jest pani pierwszym w historii terapii uzależnień w Polsce konsultantem krajowym w tym obszarze. Została pani wybrana

na to stanowisko w 2002 roku. To ważna zmiana dla całego naszego środowiska mieć takiego przedstawiciela i reprezentanta spraw, które są dla nas ważne.

– Po otrzymaniu propozycji kandydowania na Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień zastanawiałam się nad możliwością pogodzenia licznych zadań związanych z tą funkcją i moimi obowiązkami zawodowymi na uczelni i w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Funkcja ta wiąże się z bardzo różnorodnymi i licznymi zadaniami, szczególnie na początku budowania nowego systemu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

– Co panią przekonało?

– Na moją decyzję miało wpływ kilka rzeczy. Przede wszystkim to, że odezwało się do mnie wiele osób, które – jak się okazało – mają podobne do mojego spojrzenie i wizję rozwoju leczenia uzależnień w Polsce. Poza tym wieloletnia praca w zespołach eksperckich w obszarze leczenia uzależnień w strukturach wojewódzkich i krajowych pozwoliła mi uzyskać szerszą perspektywę na potrzeby leczenia. Istotne znaczenie przy decyzji miało także moje doświadczenie pracy w zespole ekspertów i w komisjach egzaminacyjnych w ramach specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej. Miałam także możliwość obserwować pracę innych konsultantów, co dało mi wyobrażenie o pracy konsultanta krajowego

i wojewódzkiego oraz współpracy z różnymi instytucjami. Zagadnienia związane z funkcją konsultanta krajowego są określone w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia¹. Są tam precyzyjnie opisane zadania, jakie przede mną stoją do zrealizowania.

– Te zadania obejmują aż pięć szerokich obszarów działania.

– Wśród tych zadań jest m.in. wydawanie opinii, pełnienie różnych funkcji doradczych dla organów administracji rządowej, a także dla podmiotów tworzących przepisy o działalności leczniczej, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia czy Rzecznik Praw Pacjenta. Jednocześnie jest bardzo duży obszar w związku z doradztwem w sprawach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, a tym samym odpowiednia współpraca z konkretnymi departamentami Ministerstwa Zdrowia. Należy do tego również prowadzenie nadzoru nad merytoryczną stroną szkolenia specjalistycznego w psychoterapii uzależnień. Ale także to, co jest związane z działaniami prac różnych zespołów eksperckich, które są powoływane w celu wypracowywania konkretnych rozwiązań związanych z polityką zdrowotną.

– Zakładam jednak, że wśród tych licznych obowiązków są sprawy i tematy szczególnie bliskie pani sercu.

– Bliskie jest mi wszystko, co związane z podnoszeniem kwalifikacji i wiedzy osób świadczących pomoc oraz z ciągłym rozwojem leczenia uzależnień. Ogromne znaczenie ma dla mnie połączenie się dwóch agend – Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dzięki temu nastąpi traktowanie terapii

uzależnień jako całości i zakończenie tego dotychczasowego podziału na leczenie osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych i osób uzależnionych od alkoholu, który przecież też jest substancją psychoaktywną.

Jest to także znak czasów – dziś wielu naszych pacjentów jest jednocześnie uzależnionych od wielu substancji psychoaktywnych i dodatkowo cierpi z powodu uzależnień behawioralnych. Wiedza o uzależnieniach i ich leczeniu rozwija się. Coraz więcej wiemy na temat współwystępowania innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Szacuje się, że aż u 70% pacjentów uczestniczących w terapii uzależnień diagnozuje się również inne zaburzenia. Zatem są to wyzwania, na które trzeba się starać odpowiedzieć. Ważna jest także kwestia struktury wieku osób potrzebujących pomocy – musimy położyć większy nacisk na pomoc dzieciom i młodzieży w kontekście uzależnień behawioralnych. Tu potrzebne są interdyscyplinarne działania wraz z szerokim wachlarzem oferty terapeutycznej – łącznie z terapią rodzinną.

– Czy w związku z tym, o czym pani wcześniej wspomniała, powinien w przyszłości zmienić się też rodzaj specjalistów zatrudnianych w ośrodkach terapii uzależnień dla dorosłych?

– Biorąc pod uwagę zarówno swoje doświadczenia, jak i ludzi, z którymi współpracuję – zespoły terapeutyczne pracujące z naszymi pacjentami powinny być interdyscyplinarne. Takie założenie wynika z obrazu klinicznego pacjenta uzależnionego, a także z potrzeb w zakresie oddziaływań psychospołecznych, psychoterapii i farmakoterapii, jakie powinniśmy zaoferować naszym pacjentom. Dlatego kiedy pacjent zgłasza się na terapię, na początku powinien być dobrze zdiagnozowany – nie tylko pod kątem samego uzależnienia i postawienia diagnozy uzależnienia, ale również zdiagnozowania występowania u niego ewentualnych innych zaburzeń zdrowia i problemów w funkcjonowaniu życiowym. Dzięki temu potem lepiej rozumiemy pacjenta w procesie leczenia i możemy optymalnie ukierunkować pomoc, biorąc pod uwagę możliwości kadrowe i organizacyjne.

– A zespół interdyscyplinarny?

– Zespół interdyscyplinarny powinien być dobrany ze względu na charakter placówki, ale jego główny trzon

to: specjalista psychoterapii uzależnień, psychiatra, instruktor terapii. Myślę, że warto, by pojawił się w nim też specjalista psychologii klinicznej, szczególnie w tych zespołach, w których pacjenci wymagają bardziej szczegółowej diagnostyki klinicznej. Specjaliści psychoterapii dzieci i młodzieży także mogą mieć bardzo ważne zadania do spełnienia w poradniach czy oddziałach wieku rozwojowego. Jak już wspomniałam, w związku z nasilającym się problemem społecznym, jakim są zachowania uzależniające – ważne jest, by specjaliści psychoterapii uzależnień szkolili się w tym obszarze, żeby wiedzieli, jak skutecznie pomagać. W dotychczasowych programach szkoleniowych nie było zbyt wiele miejsca na ten temat.

– Tak, rozwój wiedzy jest ważny.

– W rozwoju naszego systemu leczenia uzależnień istotna jest spójność działania z uwzględnieniem wielowymiarowości potrzeb, nie tylko pacjentów i ich bliskich, ale także potrzeb kadry leczącej osoby uzależnione i ich bliskich. Dużo dobrego dzieje się w tym zakresie. Mamy piękną historię rozwoju leczenia uzależnień w Polsce. Są jednak obszary, na które musimy zwrócić szczególną uwagę, między innymi pomoc dla grupy naszych najmłodszych pacjentów i ich rodzin, kształcenie w obszarze leczenia współczesnych zachowań uzależniających oraz rozumienie tego, że pacjenci ośrodków leczenia uzależnień to osoby wymagające podejścia klinicznego. Z jednej strony mamy więc spójność wypracowanych rozwiązań pomocy osobom uzależnionym i ich bliskim, współpraca w interdyscyplinarnych zespołach, a z drugiej fachowość w diagnozowaniu i leczeniu uzależnień, nierzadko w kontekście innych zaburzeń. Musimy położyć nacisk na poszerzanie wiedzy, zwłaszcza że mamy ogromny potencjał i w ludziach, i w możliwościach organizacyjnych naszego systemu.

– 10 stycznia 2023 roku opublikowano także Nowy Program Szkolenia Specjalizacyjnego w Dziedzinie Psychoterapii Uzależnień².

– Program specjalizacyjny został opracowany zgodnie ze standardami, opierając się na ustawach i innych dokumentach prawnych, które są związane z trybem szkolenia specjalizacyjnego. Jest to nowy tryb szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień, który trwa 4 lata.

Z programem szkolenia i jego założeniami można zapoznać się na stronie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Dbaliśmy, aby w programie była wystarczająca liczba godzin kursów dotyczących psychoterapii i superwizji. Treści modułów, kursów i staży klinicznych są szczegółowo opisane celem standaryzacji szkolenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień, niezależnie od podmiotu, który uzyska rekomendacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Dodam, że w kontekście dalszego szkolenia instruktorów terapii, zgodnie z zapisem art. 12.2 Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, przygotowywany jest program szkolenia uzupełniającego dla instruktorów, którzy uzyskają wykształcenie wyższe i będą chcieli ubiegać się o tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

– ***Czy każdy specjalista psychoterapii uzależnień musi mieć specjalizację.***

– Nie. Chcę podkreślić kluczową sprawę dla rozumienia znaczenia, jaką ma specjalizacja w kontekście dotychczasowego trybu szkolenia. Ustawodawca zadbał o to, aby certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień był równoważny tytułowi specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień. To zostało zapisane w art. 11 Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy

o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw. To znaczy, że specjaliści psychoterapii uzależnień i specjaliści w dziedzinie psychoterapii uzależnień mają takie same uprawnienia w odniesieniu do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych i są wynagradzani jako specjaliści. W kontekście realizacji zadań kształcenia certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień będą kontynuować swoją działalność dydaktyczną w szkoleniu specjalizacyjnym, zgodnie ze swoimi kompetencjami.

– ***Dziękuję za rozmowę.***

Przypisy

¹ Art. 9. Konsultanci: 1) wykonują zadania opiniotwórcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta; 2) prowadzą nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia; 3) biorą udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej; 4) sporządzają opinie dotyczące doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia; 5) sporządzają opinie dotyczące realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją

² <https://www.cmkp.edu.pl/aktualnosci/jest-gotowy-program-nowej-specjalizacji-psychoterapii-uzaleznien>

1 września 2022 roku weszły w życie przepisy Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Podstawowym celem nowej ustawy jest uporządkowanie i systematyzacja materii dotyczącej spraw nieletnich na etapie postępowania rozpoznawczego oraz postępowania wykonawczego.

NOWA USTAWA O NIELETNICH. CZĘŚĆ I

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawniczka

Uwagi ogólne

Od 1 września 2022 roku zaczęła obowiązywać Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹ (dalej: Ustawa). Zastąpiła ona dotychczasową Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich². Ustawodawca wskazał, że „uznając rodzinę za naturalne środowisko rozwoju człowieka oraz

opierając się na zasadzie autonomii rodziny i pierwszoplanowej roli rodziców – matki i ojca – w przekazywaniu nieletnim wartości, zasad i niezbędnych wzorców, kierując się nadto prawem nieletnich do szczególnej troski i pomocy oraz zasadą subsydiarności, Rzeczpospolita Polska otacza rodzinę ochroną i wsparciem w wychowaniu”. Umacnianie poczucia odpowiedzialności rodzin za przygotowanie dzieci do życia we wspólnocie, jako

indywidualnie ukształtowanej jednostki, oraz za wychowanie nieletnich na osoby świadome swych obowiązków rodzinnych i obywatelskich jest wspólnym dobrem całego społeczeństwa. W dążeniu do wzmacniania świadomości odpowiedzialności za własne czyny, przeciwdziałania demoralizacji nieletnich i dopuszczaniu się przez nich czynów karalnych oraz stwarzania warunków powrotu do normalnego życia nieletnim, którzy popadli w konflikt z prawem lub z zasadami współżycia społecznego, wprowadzono w 2022 roku nową regulację prawną.

Kim jest nieletni?

Nowe przepisy określają minimalną granicę wieku odpowiedzialności za zachowanie naruszające porządek prawny lub stanowiące przejawy demoralizacji na poziomie 10 lat. Dotychczas w ustawie nie było zapisu określającego wiek minimalny. Zgodnie z art. 1 pkt 1 Ustawy w zakresie postępowania w sprawach o demoralizację – nieletnim jest osoba, która ukończyła 10 lat i nie jest pełnoletnia. Przejawem demoralizacji nieletniego może być w szczególności zażywanie przez niego narkotyków lub substancji odurzających, jak również pozostawianie przez niego pod wpływem alkoholu. Zgodnie z treścią art. 4 Ustawy, każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, ma społeczny obowiązek odpowiednio przeciwdziałać temu, a przede wszystkim zawiadomić o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkołę, sąd rodzinny, policję lub inny właściwy organ. Bez wątpienia osoby, które sięgają po narkotyki lub alkohol, mogą być w różnym wieku. Okazjonalne używanie narkotyku może zakończyć się uzależnieniem³, niosącym ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne, zawodowe, a także problemy z prawem (nie tylko z powodu faktu, że w świetle prawa polskiego nieuprawnione posiadanie każdej ilości narkotyku lub substancji psychotropowej⁴ jest przestępstwem, ale też i dlatego, że potrzeba zdobycia środków na narkotyki popycha wielu ludzi do popełniania czynów zabronionych).

Jak już wspomniano, Ustawa zawiera reguły postępowania w stosunku do nieletnich, którzy wykazują przejawy demoralizacji lub popełnili czyn karalny. Ustawa ta reguluje więc zarówno postępowanie w sprawach o wykroczenia nieletnich, jak i w sprawach o popełnienie przez

nich przestępstw. W zakresie postępowania w sprawach o czyny karalne nieletnim jest osoba, która dopuściła się go po ukończeniu 13. roku życia, a nie ukończyła 17 lat. W zakresie wykonywania środków wychowawczych, leczniczych lub poprawczych za nieletniego uważana jest osoba, względem której środki takie zostały orzeczone, nie dłużej jednak, niż do ukończenia lat 21.

Warto w tym miejscu wyjaśnić, że środkami wychowawczymi⁵ są:

1. upomnienie;
2. zobowiązanie do określonego postępowania, a zwłaszcza do naprawienia wyrządzonej szkody w całości albo w części, do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, do wykonania prac społecznych, do przeproszenia pokrzywdzonego, do podjęcia nauki lub pracy, do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, w szczególności terapii uzależnień, psychoterapii, psychoedukacji, lub szkoleniowym, do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, do powstrzymania się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub do zaniechania używania substancji psychoaktywnej;
3. nadzór odpowiedzialny rodziców albo opiekuna nieletniego;
4. nadzór organizacji społecznej, w tym organizacji pozarządowej, której celem statutowym jest praca z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, zapobieganie demoralizacji nieletnich lub pomoc w readaptacji społecznej nieletnich, pracodawcy albo osoby godnej zaufania udzielających poręczenia za nieletniego;
5. nadzór kuratora sądowego;
6. skierowanie do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej, w tym organizacji pozarządowej, lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, po uprzednim porozumieniu się z tą organizacją lub instytucją;
7. zakaz prowadzenia wszelkich pojazdów albo pojazdów określonego rodzaju;
8. przepadek przedmiotów pochodzących z czynu zabronionego, przepadek przedmiotów, które służyły lub były przeznaczone do popełnienia czynu zabronionego, przepadek równowartości przedmiotów pochodzących z czynu zabronionego lub

przedmiotów, które służyły lub były przeznaczone do popełnienia czynu zabronionego, przepadek przedmiotów, których wytwarzanie, posiadanie, obrót, przesyłanie, przenoszenie, przewóz lub przechowywanie jest zabronione, przepadek przedsiębiorstwa albo jego równowartości, przepadek korzyści majątkowej albo jej równowartości lub przepadek przedmiotów czynów zabronionych;

9. umieszczenie w rodzinie zastępczej zawodowej specjalistycznej, która ukończyła szkolenie przygotowujące do sprawowania opieki nad nieletnim;
10. umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym;
11. umieszczenie w okręgowym ośrodku wychowawczym⁶.

Umieszczenie w okręgowym ośrodku wychowawczym to nowy środek wychowawczy o charakterze izolacyjnym. Będzie to podlegająca ministrowi sprawiedliwości placówka pośrednia pomiędzy młodzieżowym ośrodkiem wychowawczym a zakładem poprawczym.

Środkiem leczniczym jest umieszczenie w zakładzie leczniczym, w którym są udzielane nieletnim świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień. Sąd rodzinny może orzec środek leczniczy w przypadku stwierdzenia u nieletniego choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych, lub uzależnienia. Wykonywanie środka leczniczego ma na celu poprawę stanu zdrowia nieletniego i jego zachowania w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem leczniczym.

Z kolei środkiem poprawczym jest umieszczenie w zakładzie poprawczym. Sąd rodzinny może orzec umieszczenie w zakładzie poprawczym nieletniego, który popełnił przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, przy spełnieniu dodatkowych warunków, czyli jeżeli przemawiają za tym wysoki stopień demoralizacji nieletniego oraz rodzaj czynu karalnego, sposób i okoliczności jego popełnienia, zwłaszcza gdy środki wychowawcze okazały się nieskuteczne lub nie rokują resocjalizacji nieletniego. Ustawa wprowadziła obligatoryjne, czyli obowiązkowe umieszczenie w zakładzie poprawczym nieletniego, który dopuścił się następujących przestępstw:

- zamach na życie Prezydenta, tj. art. 134 kodeksu karnego,
- zabójstwo, tj. art. 148 § 1, 2 lub 3 kodeksu karnego,

- ciężki uszczerbek na zdrowiu, tj. art. 156 § 1 lub 3 kodeksu karnego,
- spowodowanie niebezpieczeństwa, tj. art. 163 § 1 lub 3 kodeksu karnego,
- piractwo, tj. art. 166 kodeksu karnego,
- katastrofa w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, tj. art. 173 § 1 lub 3 kodeksu karnego,
- zgwałcenie w typie kwalifikowanym, tj. art. 197 § 3 lub 4 kodeksu karnego,
- czynna napaść na funkcjonariusza publicznego, tj. art. 223 § 2 kodeksu karnego,
- wzięcie zakładnika, tj. art. 252 § 1 lub 2 kodeksu karnego,
- rozbój, tj. art. 280 kodeksu karnego.

Ustawa zatem wprowadza istotną zmianę, ponieważ przed jej wejściem w życie nieletni, zamiast trafić do zakładu poprawczego byli niejednokrotnie obejmowani nadzorem kuratora. Zmieniła się także górna granica wieku przebywania w zakładzie poprawczym. Obecnie pozostają w nim osoby najwyżej do 21. roku życia, bez względu na popełniony czyn karalny i wyniki resocjalizacji. Ustawa wprowadza możliwość wydłużenia pobytu w zakładzie na czas określony, maksymalnie – o trzy lata, jeśli dotychczasowa resocjalizacja nie przyniosła skutku⁷. Przepis ten dotyczy sprawców najpoważniejszych przestępstw, a decyzję o przedłużeniu pobytu w zakładzie poprawczym będzie podejmował sąd rodzinny. W przypadku orzeczeń za najcięższe przestępstwa sąd będzie mógł od razu wskazać, że nieletni powinien przebywać w zakładzie poprawczym do 24. roku życia. Każdą osobę, która opuszcza zakład, sąd będzie mógł objąć nadzorem kuratora, jeśli będzie miał wątpliwości co do stopnia jej resocjalizacji. Wychowankowie powyżej 21. roku życia będą poddawani resocjalizacji w nowym rodzaju zakładów poprawczych dla nieletnich, którzy ukończyli 21 lat. Sąd rodzinny może warunkowo zwolnić nieletniego z zakładu poprawczego, jeżeli postępy w jego wychowaniu pozwalają przypuszczać, że po zwolnieniu z zakładu nieletni będzie przestrzegał porządku prawnego i zasad współżycia społecznego. Warunkowe zwolnienie z zakładu poprawczego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia umieszczenia nieletniego w zakładzie poprawczym. Do tego okresu sąd może zaliczyć okres pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. Warunkowe zwolnienie z zakładu poprawczego następuje na okres próby do lat 3.

Oczywiście okoliczności każdej sprawy są inne i każdorazowo warto indywidualnie podejść do nieletniego. W sprawie nieletniego należy kierować się przede wszystkim jego dobrem, dążąc do osiągnięcia korzystnych zmian w osobowości i zachowaniu się nieletniego oraz zmierzając w miarę potrzeby do prawidłowego spełniania przez rodziców lub opiekuna ich obowiązków wobec nieletniego, uwzględniając przy tym interes społeczny. W postępowaniu z nieletnim bierze się pod uwagę właściwości i warunki osobiste nieletniego, w szczególności wiek, stan zdrowia, poziom rozwoju psychicznego i fizycznego, cechy charakteru oraz sytuację rodzinną nieletniego, warunki wychowawcze i charakter środowiska, przyczyny i stopień demoralizacji, w tym rodzaj czynu zabronionego, a także sposób i okoliczności jego popełnienia oraz rodzaj czynu karalnego, a także sposób i okoliczności jego popełnienia.

Prawa nieletniego

Nieletni umieszczony w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich ma prawo do:

1. poszanowania godności osobistej;
2. poszanowania prywatności, z ograniczeniami wynikającymi z rodzaju ośrodka, zakładu lub schroniska;
3. ochrony przed przemocą fizyczną i psychiczną, wyzyskiem i nadużyciem oraz wszelkimi przejawami okrucieństwa;
4. korzystania z wolności religijnej;
5. dostępu do świadczeń zdrowotnych;
6. ochrony więzi rodzinnych;
7. nauki;
8. zapoznania się z przysługującymi prawami i ciężkimi na nim obowiązkami;
9. dostępu do informacji o obowiązujących w ośrodku, zakładzie lub schronisku statucie lub regulaminie, nagrodach, karach lub środkach dyscyplinarnych;
10. informacji o przebiegu procesu resocjalizacyjnego;
11. kontaktu z członkami rodziny oraz innymi osobami poprzez odwiedziny, korespondencję i korzystanie z innych środków porozumiewania się na odległość, w tym ze środków komunikacji elektronicznej;
12. kontaktu z obrońcą lub pełnomocnikiem będącym adwokatem albo radcą prawnym, przedstawicielem niebędącym adwokatem ani radcą prawnym, który

został zaaprobowany przez Przewodniczącego Izby Europejskiego Trybunału Praw Człowieka do reprezentowania nieletniego przed tym Trybunałem, w ośrodku, zakładzie lub schronisku, bez udziału innych osób;

13. otrzymywania środków pieniężnych i paczek;
14. uzyskania pomocy psychologicznej i pedagogicznej oraz terapeutycznej;
15. przejawiania własnej aktywności w zdobywaniu wiedzy i umiejętności;
16. uczestnictwa w zajęciach organizowanych w ośrodku, zakładzie lub schronisku, a za zgodą dyrektora, również poza ośrodkiem, zakładem lub schroniskiem;
17. otrzymywania wyżywienia dostosowanego do potrzeb rozwojowych;
18. otrzymywania odzieży, bielizny, obuwia, materiałów szkolnych i podręczników, sprzętów i środków czystości, w przypadku gdy nie posiada własnych;
19. korzystania z niezbędnego dla zdrowia wypoczynku;
20. dysponowania środkami pieniężnymi za zgodą dyrektora ośrodka, zakładu lub schroniska w sposób określony przez dyrektora;
21. składania zażalenia na czynności naruszające jego prawa;
22. składania skarg i wniosków.

Nowe przepisy wzmacniają gwarancje procesowe osób nieletnich. Zgodnie z treścią art. 38 ust. 2 Ustawy sąd rodzinny wyznacza nieletniemu obrońcę z urzędu, jeżeli jest on głuchy, niemy lub niewidomy bądź zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy jego stan zdrowia psychicznego pozwala na udział w postępowaniu lub prowadzenie obrony w sposób samodzielny/rozsądny. Nowym rozwiązaniem jest obrońca dla młodych ludzi od początku czynności z ich udziałem, np. tymczasowe umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub zakładzie leczniczym oraz w razie uzasadnionego podejrzenia dopuszczenia się przez nieletniego czynu zabronionego. Ponadto, jeżeli sąd uzna, że występują inne okoliczności utrudniające nieletniemu obronę, również może wyznaczyć obrońcę z urzędu. Jeżeli interesy nieletniego i jego rodziców albo opiekuna pozostają w sprzeczności, a nieletni nie ma obrońcy, sąd rodzinny wyznacza mu obrońcę z urzędu. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że obrońca nieletniego może przedsięwziąć czynności procesowe jedynie na jego korzyść.

Postępowanie w sprawach nieletnich

Co do zasady postępowanie w sprawach nieletnich prowadzi sąd rodzinny. Właściwość miejscową sądu rodzinnego ustala się według miejsca zamieszkania nieletniego, a w przypadku trudności w jego ustaleniu – według miejsca pobytu nieletniego w Rzeczypospolitej Polskiej. Jeżeli brak i tej podstawy, właściwy jest sąd rodzinny miejsca pierwszego wykazywania przejawów demoralizacji lub miejsca dopuszczenia się pierwszego czynu karalnego przez nieletniego. Z ważnych względów, zwłaszcza jeżeli przyczyniłoby się to do uproszczenia lub przyspieszenia postępowania, sąd rodzinny właściwy według miejsca zamieszkania nieletniego może przekazać sprawę sądowi rodzinnemu, w którego okręgu nieletni przebywa. W przypadku niecierpiącym zwłoki sąd rodzinny może wydać postanowienie w sprawie nieletniego, który nie podlega jego właściwości miejscowej, po czym przekazuje sprawę sądowi rodzinnemu miejscowo właściwemu, zawiadamiając go o dokonanych czynnościach. Postępowanie w sprawach nieletnich podzielić można na trzy etapy:

- postępowanie rozpoznawcze,
- postępowanie sądowe,
- postępowanie wykonawcze.

Warto wskazać, że w celu przeciwdziałania dalszej demoralizacji nieletniego lub dopuszczeniu się przez niego czynu karalnego w toku postępowania lub w celu zapewnienia prawidłowego toku postępowania sąd rodzinny może stosować środek tymczasowy. Środkami tymczasowymi⁸ są: tymczasowy nadzór organizacji społecznej, w tym organizacji pozarządowej, której celem statutowym jest praca z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, zapobieganie demoralizacji nieletnich lub pomoc w readaptacji społecznej nieletnich, pracodawcy albo osoby godnej zaufania; tymczasowy nadzór kuratora sądowego; tymczasowe skierowanie do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej, w tym organizacji pozarządowej, lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, po uprzednim porozumieniu się z tą organizacją lub instytucją; tymczasowe umieszczenie w rodzinie zastępczej zawodowej; tymczasowe umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym; tymczasowe umieszczenie

w okręgowym ośrodku wychowawczym; tymczasowe umieszczenie w zakładzie leczniczym; umieszczenie w schronisku dla nieletnich oraz tymczasowe zobowiązanie rodziców albo opiekuna nieletniego w zakresie poprawy warunków wychowawczych, bytowych lub zdrowotnych nieletniego, a także do ścisłej współpracy ze szkołą, do której nieletni uczęszcza, z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym w razie potrzeby wykonania odpowiedniej diagnozy nieletniego, oraz z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, jak również współpracy z młodzieżowym ośrodkiem socjoterapii w zakresie realizacji obowiązku nauki przez nieletniego, jego socjoterapii i pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Uzależnienie od narkotyków może wymagać pracy terapeutycznej, która może być terapią finansowaną ze środków publicznych albo prywatnie przez osobę uzależnioną. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych⁹ lekarz psychiatra, psychiatra dzieci i młodzieży oraz lekarz medycyny rodzinnej ma prawo leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Z kolei jedynie psycholog oraz pedagog posiadają uprawnienia do prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych. Osoba uzależniona może jednak odpłatnie i na własny koszt korzystać z pomocy psychoterapeuty, którego znalazła w internecie albo został jej polecony przez rodzinę lub przyjaciół czy znajomych. W tym miejscu należy podkreślić, że nie każdy psychoterapeuta jest psychologiem. Psychoterapeutami mogą być osoby, które ukończyły studia wyższe (niekoniecznie studia psychologiczne) i odbyły odpowiednie szkolenie z zakresu psychoterapii¹⁰. Obecnie żaden akt prawny nie reguluje zawodu psychoterapeuty.

Na rozprawie sąd rodzinny wysłuchuje nieletniego. Jeżeli nieletni nie stawił się na rozprawę, odmawia składania wyjaśnień lub wyjaśnienia odmiennie niż poprzednio albo oświadcza, że pewnych okoliczności nie pamięta, wolno odczytywać w odpowiednim zakresie protokoły wyjaśnień złożonych przez niego w tym postępowaniu. Nieletni może czynić uwagi i składać oświadczenia, co do każdego przeprowadzonego dowodu. Sprawozdania z wywiadów środowiskowych oraz opinie o nieletnim odczytuje się w jego nieobecności, chyba że szczególne względy

wychowawcze przemawiają za celowością zapoznania nieletniego z ich treścią.

Mediacja

Sąd rodzinny może, z inicjatywy lub za zgodą pokrzywdzonego i nieletniego, skierować sprawę do mediacji. Mediacja to sposób na wypracowanie satysfakcjonującego strony rozwiązania sporu na drodze dobrowolnych i poufnych rozmów. Rozmowy te prowadzi mediator – bezstronna i neutralna osoba trzecia. Do jego zadań w czasie trwania mediacji należy wspieranie komunikacji, łagodzenie ewentualnego napięcia lub stresu i pomoc w osiągnięciu porozumienia¹¹. Warto wskazać, że udział pokrzywdzonego i nieletniego w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny. Zgodę na udział w mediacji odbiera mediator lub sąd rodzinny, po wyjaśnieniu uczestnikom mediacji istoty i zasad postępowania mediacyjnego oraz pouczeniu ich o możliwości wycofania tej zgody aż do zakończenia postępowania mediacyjnego. Postępowanie mediacyjne powinno zmierzać do wzbudzenia w nieletnim poczucia odpowiedzialności za skutki czynu zabronionego, którego się dopuścił, oraz do zawarcia ugody w przedmiocie naprawienia wyrządzonej szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W postępowaniu mediacyjnym biorą udział pokrzywdzony, nieletni, rodzice albo ten z rodziców, pod którego stałą pieczę nieletni faktycznie pozostaje, albo opiekun nieletniego, a także przedstawiciel ustawowy pokrzywdzonego bądź osoba, pod której stałą pieczę pokrzywdzony faktycznie pozostaje. Sąd rodzinny, kierując sprawę do mediacji, wyznacza czas jej trwania na okres do 6 tygodni. Mediatorowi udostępnia się akta sprawy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego. Nie udostępnia się mediatorowi zawartych w aktach sprawy materiałów, na które rozciąga się obowiązek zachowania w tajemnicy informacji niejawnych albo zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji, materiałów dotyczących stanu zdrowia nieletniego, opinii o nieletnim, a także danych o jego karalności. Jeżeli nieletni zobowiązuje się do naprawienia wyrządzonej szkody lub do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zawarcie przez niego ugody wymaga zgody jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli rodzice albo opiekun nieletniego zobowiązują się

do naprawienia wyrządzonej przez niego szkody lub do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, mogą to również uczynić w ugodzie zawartej przez nieletniego z pokrzywdzonym. Sąd rodzinny, orzekając w sprawie nieletniego, bierze pod uwagę wyniki mediacji oraz ugodę zawartą przed mediatorem.

Uwagi końcowe

Podstawowym celem Ustawy jest uporządkowanie i systematyzacja materii dotyczącej spraw nieletnich na etapie postępowania rozpoznawczego oraz postępowania wykonawczego. Ustawa recypuje uregulowania zawarte w ustawie z 1982 roku, które pomimo upływu lat, nie straciły na aktualności i wprowadza także szereg nowych rozwiązań, które – wedle założeń ustawodawcy – mają wzmocnić efektywność oddziaływań podejmowanych wobec nieletnich¹². Bez wątpienia najbliższe miesiące, a być może nawet lata, pokażą, jak prawo działa w praktyce i które rozwiązania wymagają zmian, a które się sprawdzają.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, Dz.U. z 2022 r., poz. 1700.
- ² Ustawa z dnia 26 października o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz.U. z 1982 r., nr 35, poz. 228.
- ³ Zgodnie z treścią art. 1 pkt 29 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm., uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.
- ⁴ Zgodnie z treścią art. 1 pkt 25 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do Ustawy.
- ⁵ Stosując środki wychowawcze, o których mowa w art. 7 pkt 3-5, sąd rodzinny określa częstotliwość składania sprawozdań z przebiegu nadzoru.
- ⁶ Sąd rodzinny może orzec umieszczenie w okręgowym ośrodku wychowawczym nieletniego, który dopuścił się przestępstwa lub przestępstwa skarbowego, jeżeli przemawiają za tym stopień demoralizacji nieletniego oraz rodzaj czynu karalnego, sposób i okoliczności jego popełnienia, zwłaszcza gdy inne środki wychowawcze okazały się nieskuteczne lub nie rokują resocjalizacji nieletniego. W szczególnie uzasadnionym przypadku sąd rodzinny może orzec umieszczenie w okręgowym ośrodku wychowawczym nieletniego, który popełnił wykroczenie lub wykroczenie skarbowe, jeżeli przemawiają za tym stopień demoralizacji nieletniego oraz rodzaj czynu karalnego, sposób i okoliczności jego popełnienia, w tym w szczególności chuligański charakter czynu karalnego, działanie w sposób zasługujący na szczególne potępienie, działanie pod wpływem substancji psychoaktywnej, popełnienie czynu karalnego na

szkodę osoby bezradnej, niepełnosprawnej, chorej lub w podeszłym wieku, zwłaszcza gdy inne środki wychowawcze okazały się nieskuteczne lub nie rokują resocjalizacji nieletniego.

⁷ <https://www.ore.edu.pl/2022/09/nowe-zmiany-w-przepisach-prawa-w-zakresie-resocjalizacji-nieletnich-ustawa-o-wspieraniu-i-resocjalizacji-nieletnich-3/>, dostęp z dnia 07.03.2023 r.

⁸ Łączny pobyt nieletniego w rodzinie zastępczej zawodowej, ośrodka, zakładzie albo schronisku dla nieletnich, o których mowa w art. 44 pkt 4-8 Ustawy, do prawomocnego zakończenia postępowania rozpoznawczego nie może być dłuższy niż rok. Do tego okresu nie wlicza się nieusprawiedliwionego pobytu nieletniego poza rodziną zastępczą zawodową, ośrodkiem, zakładem albo schroniskiem dla nieletnich, trwającego dłużej niż 3 dni. W szczególnie uzasadnionych przypadkach sąd okręgowy, w którego okręgu toczy się postępowanie, może przedłużać pobyt, o którym mowa powyżej, na okres oznaczony, każdorazowo nie dłuższy niż 3 miesiące.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Dz.U. 2000 nr 70 poz. 830.

¹⁰ Psychoterapeutą jest absolwent specjalistycznego całonocowego podyplomowego szkolenia w psychoterapii trwającego co naj-

mniej 4 lata (standardy szkolenia określone zostały przez Polską Radę Psychoterapii – min. 1200 godz. szkolenia teoretycznego i praktycznego zawierającego terapię własną, superwizję i staż kliniczny). Psychoterapeuta (również psychoterapeuta w trakcie szkolenia) może prowadzić psychoterapię z pacjentami o różnych diagnozach w formie psychoterapii indywidualnej, grupowej, małżeńskiej/par i rodzin. Warunkiem rozpoczęcia specjalistycznego podyplomowego szkolenia w psychoterapii jest posiadanie dyplomu magistra. Po uzyskaniu zaświadczenia potwierdzającego ukończenie całonocowego podyplomowego szkolenia w psychoterapii i spełnieniu dodatkowych wymogów, psychoterapeuta może ubiegać się o dokument zwany certyfikatem psychoterapeuty w stowarzyszeniu zawodowym, którego jest członkiem. Studia z zakresu medycyny, psychologii, jak również specjalizacja z psychiatrii, psychologii klinicznej nie przygotowują do prowadzenia psychoterapii. <https://prp.org.pl>, dostęp z dnia 07.03.2023 r.

¹¹ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/mediacje>, dostęp z dnia 07.03.2023 r.

¹² <https://www.infor.pl/prawo/nawosci-prawne/5539762,Ustawa-o-wspieraniu-i-resocjalizacji-nieletnich-podpis.html>, dostęp z dnia 07.03.2023 r.

W przestrzeni cyfrowej ze względu na brak bezpośredniego kontaktu trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ktoś pomaga. Z drugiej jednak strony internet oferuje niebagatelne profity: znacząco poszerza zakres i skalę takich działań. Prospołeczność w sieci może przybierać różne formy, takie jak: poświęcanie czasu i uwagi na dyskusje na forach lub w grupach wsparcia technicznego czy wspieranie pracowników na poziomie korporacyjnym, mentoring internetowy, a także oferowanie datków charytatywnych na rzecz organizacji non-profit.

PROSPOŁECZNOŚĆ – JASNA STRONA SIECI

Anna Szuster

Katedra Psychologii Społecznej, Osobowości i Procesów Emocjonalnych

Wydział Psychologii

Uniwersytet Warszawski

Nigdy dotąd na skalę globalną społeczeństwo nie było w takim stopniu zdeterminowane do wykorzystania narzędzi cyfrowych w wypełnianiu ról społecznych, do podtrzymywania istotnych więzi oraz do realizowania szeroko rozumianej aktywności społecznej jak obecnie. Ponad 100 mln ludzi korzysta wielokrotnie każdego dnia z technologii elektronicznych (np. telefony komórkowe, internet) (Smith, 2010), które stały się integralną częścią środowiska. Niemal każdy współczesny obywatel świata żyje jednocześnie w dwóch rzeczywistościach – realnej, jaką tworzy konkretne miejsce życia, składające się z elementów fizycznych, społecznych i symbolicznych (Lewicka, Bańka, 2008), i wirtualnej, która jest przestrzenią bez granic, wykreowaną przez narzędzia cyfrowe. Wiele wskazuje, że ta cyfrowa rzeczywistość zmienia ludzkie funkcjonowanie. Usprawnia kontakt, skraca dystans,

oszczędza czas, ale także czyni bardziej dostępnymi różne zachowania społeczne – zarówno pomoc, jak i przemoc. Jak każde narzędzie także narzędzia cyfrowe wpływają na mózg, modyfikując dynamikę procesów w nim zachodzących. To zaś przekształca treści, które interpretują i nadają sens społecznemu funkcjonowaniu. Wiele uwagi poświęcono negatywnym konsekwencjom używania sieci m.in. cyberprzemocy, patotreściom, ilości czasu spędzanego w internecie. Jest to zrozumiałe, zważywszy na długotrwałe, negatywne społeczne koszty (wiktylizację, traumy, wycofywanie się z aktywności społecznej, izolacja, spadek samooceny czy trudności w uczeniu się). Jednak oprócz „ciemnej strony” ta technologia stwarza ogromne możliwości czynienia dobra. Dzięki niej poszerzają się możliwości otrzymania pomocy, ale także niewiarygodnie zwiększa się różnorodność

form prospołecznego angażowania się. Celem artykułu jest pokazanie specyfiki zachowań prospołecznych i pomocnych w sieci cyfrowej.

Co to jest prospołeczność?

Złożoność zjawiska, jakim jest ludzki altruizm czy prospołeczność, ujawnia się w wielości aspektów pojmowanych jako czynienie innym dobra (Szuster, 2005). Rozumienie tego, co jest dobre dla innych, może się różnić w zależności od etapu rozwoju, własnych doświadczeń, kontekstu społecznego i kulturowego, w którym żyjemy, oraz gotowości i zdolności do podjęcia refleksji nad sobą i światem.

Jeden ze sposobów rozumienia zachowań prospołecznych wskazuje na celowy i dobrowolny charakter działań skierowanych na inne osoby, grupy czy społeczeństwa, obejmujący takie zachowania, jak pomoc, dzielenie się, darywizny i wolontariat (Eisenberg, Miller, 1987; Oswalt, Gordon, 1993; Sibary, 2006). Inny podkreśla bezinteresowność, czyli motyw podejmowanych działań. Prospołeczność oznacza działania podejmowane bez oczekiwania wzmocnień zewnętrznych (np. nagrody w postaci materialnej, społecznej – zyskania uznania autorytetu, czy duchowej – oczekiwania zbawienia po śmierci, jako nagrody za życie zgodne z dekalogiem (Berkowitz, Ma-caulay, 1970).

Innymi słowy, w psychologii przyjmuje się, że zachowania prospołeczne to takie, które zmieniają na lepsze sytuację innej osoby, grupy lub otoczenia i są realizowane bez oczekiwania zewnętrznych nagród czy osiągnięcia zewnętrznych korzyści (zarówno materialnych np. nagroda pieniężna za znalezienie zguby, jak i niematerialnych np. zyskanie uznania czy podziwu „świata”). Mimo pewnego sceptycyzmu co do istnienia takich „bezinteresownych motywów”, jeśli spojrzymy na codzienne funkcjonowanie ludzi, grup czy społeczeństw, to okaże się, że aktywność wychodząca poza „własny interes”, jest wręcz czymś

powszechnym. Zachowania na rzecz innych przyjmują różne formy – od aktów poświęcenia dla ratowania czyjegoś zdrowia czy życia, poprzez mniej spektakularne czyny, np. ofiarowanie anonimowej pomocy, po codzienne czynności i gesty, takie jak przygotowanie posiłku dla rodziny czy ustąpienie miejsca w autobusie starszej osobie. Dobro w postaci uwagi, rozmowy czy wsparcia psychicznego często okazuje się bardziej pożądane niż pieniądze czy pomoc rzeczowa. Oczywiście wszystkie te działania różnią się pod względem kosztu, jaki ponosi pomagający, jednak nie ma wątpliwości, że ich celem jest poprawa sytuacji innej osoby.

Specyfika prospołeczności w sieci

Przestrzeń cyfrowa oferuje większą elastyczność osobom udzielającym pomocy w porównaniu ze środowiskiem nie-cyfrowym, umożliwiając udzielanie lub otrzymywanie pomocy dostosowane do indywidualnych możliwości. Kontekst cyfrowy lepiej pozwala dawcy wybrać, kiedy chce pomóc i czy chce pomóc ponownie. Anonimowość przestrzeni internetu pozwala lepiej ukrywać tożsamość zarówno dawcy, jak i beneficjenta, co w niektórych przypadkach zmniejsza piętno stojące za prośbą o pomoc.

W przestrzeni cyfrowej ze względu na brak bezpośredniego kontaktu trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ktoś pomaga. Z drugiej jednak strony internet oferuje niebagatelne profity: znacząco poszerza zakres i skalę takich działań. Prospołeczność w sieci może przybierać różne formy, takie jak: poświęcanie czasu i uwagi na dyskusje na elektronicznych forach lub w grupach wsparcia technicznego (np. Butler, Sproull, Kiesler, Kraut, 2007) czy wspieranie pracowników na poziomie korporacyjnym (np. Finholt, Sproull, 1990), dobrowolne pomaganie graczom w grach komputerowych (np. Wang, Wang, 2008), mentoring

internetowy (np. Bennett, Tsikalas, Hupert, Meade, Honey, 1998), dzielenie się dostępem do danych źródłowych, a także oferowanie datków charytatywnych na rzecz organizacji pozarządowych (np. Bennett, 2006). Zachowania pomocne w kontekście cyfrowym mają pewne zauważalne cechy, które odróżniają je od tego samego rodzaju zachowań w środowisku realnym. Na przykład wyszukiwarki ułatwiają znajdowanie okazji zarówno do udzielenia, jak i otrzymania pomocy (Sproull, Conley, Moon, 2005). Co więcej, pomoc udzielana on-line wydaje się łatwiejsza, ponieważ różne czynniki, takie jak wygląd zewnętrzny lub cechy osobiste (np. wiek, płeć,

rasa), które mogą ograniczać pomaganie w warunkach realu, nie wpływają na motywację do angażowania się (Boberg i in., 1995; Brennan, Moore, Smyth, 1992). Paradoksalnie także pewna anonimowość przestrzeni cyfrowej ułatwia zwracanie się o pomoc (Brennan i in., 1992; Hassett, Lowder, Rutan, 1992).

Narzędzia i przestrzeń cyfrowa oferują potencjalnym osobom angażującym się większą elastyczność w postaci czasu, miejsca, a także szybkości przekazywanej pomocy (Hassett i in., 1992). Prześledźmy zatem niektóre formy prospołeczności, które za sprawą sieci cyfrowej dynamicznie się rozwinęły.

Otwarty dostęp – idea prospołeczności w sieci

Zachowania prospołeczne w kontekście cybernetycznym, zwłaszcza w internecie, rozpoczęły się wraz z bezpłatnym udostępnieniem przez IBM kodu oprogramowania *open source* grupom użytkowników SHARE (stowarzyszenia internetowego mającego na celu zapewnienie specjalistom technologii ciągłego kształcenia). Z serwisu mogą korzystać ludzie z całego świata, mogą dobrowolnie wносить kod, dokumentację i wsparcie technologiczne do projektów *open source* (Sproull i Kiesler, 2005). Zatem forma współpracy, u początków której leżała prospołeczna decyzja oddania dobra technologicznego w użytkowanie nieograniczonej wspólnocie, otworzyła drogę do angażowania się innych i dynamicznego doskonalenia produktu.

Kolejny krok, za którym poszedł bardziej dynamiczny rozwój *open source*, rozpoczął się w 1991 roku, kiedy fiński student opublikował pewien program w internecie i zaprosił innych do wnoszenia własnego kodu. Ten program był początkiem Linuksa, który pozostaje najbardziej aktywnym oprogramowaniem *open source* (Moon i Sproull, 2002). Jego prospołeczna idea polega nie tylko na tym, że jest bezpłatnie udostępniany, łącznie z kolejnymi, bardziej doskonałymi jego wersjami, ale przede wszystkim u podstaw jego powstania i rozwoju leży idea dzielenia się twórczymi rozwiązaniami. Każdy może włożyć jakiś swój wkład, ale też nie mając aż tak zaawansowanych kompetencji, korzystać z wkładu innych. Oto w przestrzeni cyfrowej zmaterializowana została w najbardziej czystej postaci idea wspólnotowa. Warto dodać, że z programu korzystają miliony użytkowników, w tym rzesze nauczycieli i pracowników

uczelni na całym świecie. Jest konkurencyjny wobec innych tego typu produktów oferowanych odpłatnie przez giganty cyfrowe.

Ten bezprecedensowy projekt wzbudził zainteresowanie badaczy. Hertel, Niedner i Herrman (2003) byli zainteresowani motywacjami ludzi do udostępniania otwartego kodu źródłowego i pomocy technicznej dla Linuksa. Ich odkrycia wskazały na rolę przekonania o wartości i docenianiu wkładów dla celów Linuksa: silniejsze przekonania wiązały się ze wzrostem liczby godzin spędzonych nad projektem. Podobne badanie przeprowadzili Lakhani i Hippel (2003), którzy zbadali motywy udzielania bezpłatnej pomocy innym w zakresie oprogramowania serwera Apache. Odkryli związek między udzielaniem wsparcia a wiarą w korzyści płynące z uczenia się zarówno dla dawcy, jak i dla odbiorcy.

Mniej ograniczeń

Przestrzeń cyfrowa oferuje większą elastyczność osobom udzielającym pomocy w porównaniu ze środowiskiem nie-cyfrowym, umożliwiając udzielanie lub otrzymywanie pomocy dostosowanej do indywidualnych możliwości (Hassett i in., 1992). Osoba nie musi się obawiać, że udzielona pomoc może skutkować prośbami o dodatkowe wsparcie (Sproull i in., 2005). Kontekst cyfrowy lepiej pozwala dawcy wybrać, kiedy chce pomóc i czy chce pomóc ponownie. Anonimowość przestrzeni internetu pozwala lepiej ukrywać tożsamość zarówno dawcy, jak i beneficjenta, co w niektórych przypadkach zmniejsza piętno (np. związane z przynależnością do dyskryminowanej mniejszości etnicznej czy seksualnej) stojące za prośbą o pomoc (Brennan i in., 1992; Hassett, Lowder i Rutan, 1992; Karabenick i Knapp, 1988).

Mentoring

Badacze zajmujący się interwencją dostrzegali również zalety internetu w opiece nad studentami czy grupami niedostatecznie reprezentowanymi w różnych dziedzinach. Dobrym przykładem są kobiety, których udział w dziedzinach związanych z technologią, takich jak nauki ścisłe i inżynieria, jest znacząco mniejszy niż mężczyźni. Bennett i współpracownicy (1998) postawili hipotezę, że mentoring on-line może być korzystny właśnie dla nastolatków, młodych dziewcząt zainteresowanych naukami ścisłymi i inżynierią. Ich ustalenia wykazały,

że program mentoringu on-line odniósł sukces. Na przykład nastolatki czuły, że mają wsparcie ze strony swoich mentorów, którzy dostarczają im przydatnych informacji, zwiększają możliwości uczenia się i wiarę uczennic we własne umiejętności. Ponadto mentorzy uznali to doświadczenie realizowane on-line za satysfakcjonujące i większość zgodziła się ponownie wziąć udział w programie. W ten sposób internet stanowi przydatne narzędzie do łączenia podopiecznych z odległymi geograficznie mentorami. Ponadto wydaje się być dobrą perspektywą dla ograniczenia niekorzystnego edukacyjnie zjawiska „zagrożenia stereotypem”. Opisywane jest ono jako „sytuacyjna obawa przed potwierdzeniem swoim zachowaniem stereotypu albo byciem ocenianym przez pryzmat negatywnych stereotypów społecznych dotyczących zdolności intelektualnych lub kompetencji grupy własnej” (Steele & Aronson, 1995, s. 797). Aktywizacja negatywnego stereotypu grupy własnej objawia się tym, że osoby do niej należące (np. dziewczęta) wykonują zadania w sposób, który jest zgodny ze stereotypem opisującym funkcjonowanie ich grupy. Na przykład przypomnienie studentkom stereotypu płci opisującego kobiety jako uzyskujące niższe wyniki z matematyki powoduje realne obniżenie wyników w testach matematycznych (Ben-Zeev i in., 2005). Wydaje się, że taka postać mentoringu może stanowić antidotum dla tego niekorzystnego zjawiska.

Większa dostępność pomocy psychologicznej

Powstało wiele organizacji (także w Polsce), które wyspecjalizowały się w pomaganiu on-line. Zarówno telefony (np. Niebieska Linia czy Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę), jak i bezpośredni kontakt on-line oferują profesjonalne wsparcie psychologiczne udzielane przez osoby, które są wyszkolone w zapośredniczonym rodzaju kontaktu i efektywnie oferują wsparcie osobom szukającym pomocy w obliczu zagrożeń zarówno on-line, w internecie (tj. kontekst z treściami pornograficznymi, aktami szantażu czy ośmieszania, przesyłaniem wulgarnych treści czy włamaniami na konto w grze czy portalu społecznościowym), jak i przemocą doświadczaną w środowisku realnym. Wraz z rosnącą popularnością internetu, także klinicyści dostrzegli szansę w tej technologii na zniesienie granic i ograniczenie stygmatyzowania związanego z szukaniem

pomocy, które jest często obecne w środowisku niecyfrowym (Brennan i in., 1992; Galegher, Sproull i Kiesler, 1998; Hassett i in., 1992; Karabenick i Knapp, 1988). Dzięki temu klienci mogli otrzymać wsparcie i porady dotyczące ich chorób czy zaburzeń przez internet bez obawy przed oceną. Przy czym oferta form pomocy jest zróżnicowana, obejmuje możliwość pierwszej konsultacji on-line i kontynuowania terapii w warunkach bezpośredniego kontaktu, bądź daje możliwość prowadzenia sesji on-line. Taka elastyczność form, w szczególności włączenie pomocy on-line, poszerza ofertę, a zarazem zwiększa jej dostępność.

Grupy wsparcia

To bardzo rozpowszechniona forma pracy grupowej, której historia sięga końca XIX wieku i początków XX wieku. Joseph Pratt, internista z Bostonu, organizował grupy spotkaniowe chorych na gruźlicę. Uczestnictwo w nich obniżało pesymizm pacjentów, zmniejszało nerwicowe objawy uboczne towarzyszące gruźlicy, zwiększało pewność siebie pacjentów. Alfred Adler organizował ośrodki konsultacyjne dla pacjentów z niższych klas, wskazując na grupę jako środowisko idealne dla wyjaśniania istoty konfliktów i nieprzystosowania oraz kolektywnego doświadczenia. Współcześnie powszechność tej formy pracy grupowej w różnych obszarach (np. uzależnień czy szczególnych chorób, jak np. choroba Alzheimera) dla rodzin czy osób towarzyszących pacjentom jest najlepszym dowodem jej efektywności.

W miarę rozwoju technologii cyfrowej pojawiły się szanse dalszego zniesienia ograniczeń tej formy pomocy. Jedno z pierwszych badań dotyczące poszukiwania pomocy w kontekście cybernetycznym nie dotyczyło wprost zachowań prospołecznych w internecie, ale badano efektywność technologii elektronicznych w rzucaniu palenia. Ustalenia Schneidera i Tooleya (2003) wskazały na sukces grup wsparcia komputerowego w pomaganiu dorosłym w rzuceniu palenia. Kolejne badania potwierdziły ułatwienia, jakie oferują elektroniczne grupy wsparcia w pomaganiu i szukaniu pomocy. Brennan i współpracownicy (1992) zbadali sieć elektroniczną zaprojektowaną do udzielania wsparcia społecznego opiekunom osób z chorobą Alzheimera. Sieć zapewniała opiekunom wygodę dzięki różnym funkcjom (np. dostęp do pielęgniarstwa, sekcja pytań i odpowiedzi). Sieć odniosła sukces, oferując opiekunom dostęp do forów w celu

dzielenia się informacjami, oferowania wsparcia innym członkom, a także możliwości wyrażania swoich uczuć tym, „którzy naprawdę rozumieli”. Wyniki te zostały zreplikowane w badaniu podłużnym, które wykazało, że opiekunowie osób z chorobą Alzheimera rok później postrzegali sieć elektroniczną jako wspierającą (Brennan, Moore i Smyth, 1995).

Kolejnym przykładem efektywności pomocy realizowanej w ramach grup wsparcia jest pomoc kierowana do osób niepełnosprawnych. Ograniczenia poruszania się i mobilności sprawiają, że uczestnictwo w grupach wsparcia realizowane on-line wydaje się wprost „skrojone” dla osób z takim rodzajem ograniczeń i jest szansą na poprawę ich zdrowia psychicznego. Hassett i współpracownicy (1992) dostarczyli dowodów na rzecz efektywności elektronicznej grupy wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Okazało się, że zapewnia ona możliwości nawiązania kontaktu z innymi osobami w podobnej sytuacji, a także zwiększa poczucie wsparcia społecznego od członków społeczności internetowej.

Skuteczność grup wsparcia działających on-line została potwierdzona także w odniesieniu do innych grup: m.in. ofiar wykorzystywania seksualnego (np. Finn i Lavitt, 1994), osób żyjących z AIDS/HIV (np. Boberg i in., 1995), osób z zaburzeniami odżywiania (np. Eichhorn, 2008; Gleason, 1995; McCormack & Coulson, 2009; Winzelberg, 1997), osób z padaczką (np. Hoch, Norris, Lester i Marcus, 1999), a także rodziców dzieci chorych na raka. Elektroniczne grupy wsparcia okazały się także wyjątkowo skuteczne w łączeniu i wspieraniu jednostek w każdej z tych populacji. To szerokie spectrum beneficjentów potwierdza efektywność wsparcia udzielanego on-line.

Wolontariat

Idea wolontariatu wyraża się w każdym rodzaju świadomie podjętej dobrowolnej pracy, którą świadczy się bezpłatnie na rzecz innych i która wykracza poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie.

Pionierem tej idei był szwajcarski pacyfista Pierre Ceresole, który w latach 20. XX wieku zorganizował obóz ochotników spośród walczących ze sobą w I wojnie światowej krajów – Service Civil Volontaire – aby odbudować ze zniszczeń wojennych wioskę w pobliżu Verdun. Po II wojnie światowej powstało wiele inicjatyw i organizacji międzynarodowych promujących wolontariat. UNESCO powołało instytucję mającą ułatwić współpracę i koordy-

nację organizacji wolontariackich – CCIIVS (Coordinating Committee for International Voluntary Service), zrzeszającą obecnie ok. 140 organizacji. Wolontariat jest jedną z najbardziej rozwijających się form aktywności społecznej w Polsce: w 2004 roku ponad 18% dorosłych Polaków deklarowało, że poświęciło bezinteresownie swój czas na rzecz organizacji pozarządowych, ruchów społecznych lub religijnych, co oznacza, że ok. 5,4 mln dorosłych Polaków czynnie zaangażowało się w działalność społeczną.

Internet znacząco poszerzył możliwości tej formy prospołeczności, stał się bowiem dojrzałym środowiskiem dla Wirtualnego Wolontariatu (tj. projektu wolontariatu realizowanego w całości lub w części za pośrednictwem internetu lub innych urządzeń podłączonych do internetu). Efektywność tego projektu oceniali prawie 200 agencji z udziałem wolontariuszy on-line (Cravens, 2000). Wyniki wykazały, że posiadanie jasno napisanych opisów zadań i dobra komunikacja są niezbędne do utrzymania zaangażowania wolontariuszy w organizacji, a także do zwiększenia sukcesu programu Wirtualnego Wolontariatu. Wraz z powszechnością technologii cyfrowej powstało wiele stron internetowych ukierunkowanych na reklamowanie różnych możliwości wolontariatu on-line. Badania osób uczestniczących w Wirtualnym Wolontariacie (tj. wolontariacie realizowanym w całości lub w części za pośrednictwem internetu lub innych urządzeń podłączonych do internetu) wskazują, że wolontariusze byli zazwyczaj dobrze wykształceni, mniej oglądali telewizję i prowadzili bardziej aktywny tryb życia, np. uprawiali sport, uczestniczyli w wydarzeniach kulturalnych – niż osoby niezaangażowane w wolontariat (Haase, Wellman, Witte i Hampton, 2002). Istotnym problemem jest utrzymanie aktywności wolontariuszy przez organizacje internetowe. Wnioski wskazują, że w przestrzeni cyfrowej kluczowa jest dostępność treści aktywności i działań podejmowanych przez organizację, a także dla wolontariuszy, to ona decyduje w dużej mierze o możliwości wykonywania obowiązków w organizacji.

Zachowania prospołeczne wolontariuszy w internecie są pod wieloma względami porównywalne do tych występujących w interakcjach twarzą w twarz. Główne podobieństwa są następujące: (1) nie ma wcześniejszego związku między wolontariuszem a odbiorcą usługi; (2) nie oczekuje się jakiegokolwiek wzajemności oraz (3) prośby o pomoc przychodzą losowo. Wreszcie bez względu na rodzaj kontekstu (cyfrowy bądź bezpośredni) zachowania prospołeczne są realizowane w sieci społecznej,

w zorganizowanym kontekście społecznym, w którym takie właśnie zachowania są wspierane. W internetowej, wolontariackiej grupie roboczej, która opiera się na współpracy, pozytywne wzmocnienie jest udzielane w przypadku zachowań prospołecznych, a pozytywne społeczne wzorce ról są bardzo widoczne. To, wraz z dostępnością zachowań prospołecznych w sieci (24 godziny na dobę), sprzyja efektywności mechanizmów uczenia społecznego (postulowanego w teorii uczenia się społecznego Bandury, 1977) i wyjaśnia skuteczność nabywania zachowań prospołecznych, w tym realizowanych w formie wolontariatu w sieci. Ponadto pomoc przez sieć może być udzielona niskim kosztem, zarówno pod względem czasu, jak i wysiłku, co dodatkowo czyni pomoc w tej przestrzeni szczególnie efektywną (Wright, Le, 2012).

Zbieranie funduszy w sieci

Wiele organizacji decyduje się na wykorzystanie technologii, w szczególności przestrzeni cyfrowej, do zorganizowania na szeroką skalę akcji zbiórek funduszy w celach pomocy humanitarnej. Amerykański Czerwony Krzyż za pośrednictwem swojej strony internetowej zebrał 1,3 mln dolarów w związku z kryzysem w Kosowie. Na pomoc ofiarom ataków z 11 września zostało zebranych poprzez darowizny on-line 110 mln dolarów (Allen, 2000; Waters, 2007). Fundusze na rzecz pomocy ofiarom tsunami z 2004 roku po raz pierwszy w historii przewyższały darowizny zebrane za pomocą tradycyjnych metod, co zapoczątkowało przyjęcie internetu jako głównej metody darowizn na cele charytatywne (Brown & Minty, 2008). Nic więc dziwnego, że miesiąc po trzęsieniu ziemi na Haiti w 2010 roku darowizny zebrane on-line przekroczyły 30 mln dolarów.

Olsen i współpracownicy (2001) przeanalizowali strategie stosowane przez organizacje non-profit w celu wykorzystania siły internetu do pozyskiwania funduszy i darowizn. Okazało się, że organizacje odnoszące sukcesy, zbierają fundusze mówiąc darczyńcom, w jaki sposób ich dotacje pomogą konkretnym osobom. Taki przekaz okazał się bardziej skuteczny w porównaniu z tymi organizacjami non-profit, których strony zdominowane były przez informacje techniczne dotyczące sposobów zbiórki funduszy. Pewnym ograniczeniem jest pochodzenie beneficjentów, bowiem kategoryzacja potencjalnych beneficjentów jako członków grupy obcej,

automatycznie sprzyja faworyzacji przez darczyńców grupy własnej i ogranicza szanse na udzielenie wsparcia „obcym”. Dlatego kluczowym wydaje się utrzymywanie pozytywnego nastawienia do populacji potrzebującej oraz zgodnie z hipotezą kontaktu przekazywanie wiedzy na ich temat. Zastosowanie obu rodzajów strategii okazało się sprzyjać zwiększaniu darowizn (Eller, 2008, Bennett, 2006).

Zamiast zakończenia

Od samego początku technologia cyfrowa była narzędziem, które może wpływać na prawie wszystkie aspekty ludzkiego życia. Internet może być wykorzystywany jako narzędzie wpływu społecznego, w tym w szczególności perswazji, wzniesienia i łagodzenia konfliktów międzygrupowych, sięgania po przywództwo. Jest doskonałym forum dla dyskusji grupowej i podejmowania decyzji, a także dogodnym miejscem i narzędziem dla realizowania zachowań prospołecznych (Amichai-Hamburger, 2005). Aby odnieść sukces w cyfrowym świecie, niezbędne jest opanowanie technologii informatycznych. W ostatnich latach internet był instrumentem często wybieranym przez aktywistów pracujących na rzecz likwidacji luk społeczno-ekonomicznych i pomocy najbardziej potrzebującym grupom. Ta okoliczność może być postrzegana jako naturalna konsekwencja rozwoju internetu, który został „wymyślony” przez grupę zapaleńców-wolontariuszy, którzy wierzyli, że wiedza powinna być dostępna szybko i bezpłatnie, a nieskończone zasoby informacyjne mogą być łączone i udostępniane z korzyścią dla społeczeństwa (Rheingold, 1993).

Paradoks polega na tym, że wbrew dość rozpowszechnionemu pogładowi, że internet jest często postrzegany jako kolejna innowacja technologiczna, która powoduje dalsze pogłębianie się przepaści między bogatymi a biednymi, jednymi z najciekawszych zjawisk, które wyłoniły się z rewolucji internetowej, jest jej wykorzystanie jako kanału rozwoju społecznego, społecznego wsparcia i pomocy. Czy internetowe oblicze altruizmu ma swoją specyfikę? Czy pomoc tam oferowana jest podobnej jakości jak pomoc udzielana poza siecią? Jak i na ile potencjał sieci motywuje do kolejnego zwrócenia się o pomoc? To tylko niektóre kwestie, które być może powinny być podjęte w przyszłych badaniach.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Artykuł stanowi skrót¹ stanowiska Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (European Society for Prevention Research – EUSPR) na temat roli organów ścigania w działaniach profilaktycznych. Dokument został przygotowany w ramach projektu Frontline Politeia². Jego pierwotna wersja została sporządzona przez członków Komitetu Doradczego w projekcie Politeia (Advisory Board of the Politeia Project). Zarząd EUSPR dokonał poprawek i uznał ten dokument jako przedstawiający oficjalne stanowisko Towarzystwa.

ROLA ORGANÓW ŚCIGANIA W DZIAŁANIACH PROFILAKTYCZNYCH – STANOWISKO EUSPR

Zadania funkcjonariuszy organów ścigania (*Law Enforcement Officers*, LEO) w profilaktyce to kwestia istotna, ale i kontrowersyjna. Obecnie w Europie udział funkcjonariuszy w podejmowaniu działań profilaktycznych organów ścigania w ramach ich rutynowych zadań jest akceptowany przez niewiele osób. I nawet tam, gdzie funkcjonariusze organów ścigania postrzegani są jako realizatorzy działań profilaktycznych, ich rola w zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych lub przestępczości nie różni się wiele od działań specjalistów w tym zakresie, tj. funkcjonariusze powinni edukować dzieci na temat prawnych i zdrowotnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, realizować programy profilaktyczne, prowadzić edukację na temat narkotyków i narkomanii lub urządzać pogadanki ostrzegające przed narkotykami. Tego typu działania bazują na rozpowszechnionym błędnym przekonaniu dotyczącym profilaktyki, w myśl którego

„profilaktyka to przekazywanie nastolatkom precyzyjnych i obiektywnych informacji na temat szkodliwości narkotyków”.

Jak pokazują najnowsze badania naukowe, istnieje niewiele dowodów na to, że samo przekazywanie

informacji na temat substancji psychoaktywnych, pokazywanie dzieciom próbek narkotyków lub rozmawianie na temat przepisów prawnych prowadzi do zmiany zachowania. Profilaktyka jako dziedzina

nauki jasno wskazuje, że samo udzielanie informacji, i tym samym wiedza na temat zagrożeń i szkodliwości, ma tak niski wpływ na podejmowane zachowania, że tego typu działania są zwyczajnie nieskuteczne. Co więcej, mogą one przyczynić się do pogorszenia stanu rzeczy, na przykład wtedy, gdy sugeruje się młodym ludziom, że dane zachowanie ma charakter powszechny i normalny.

Te tzw. przekonania normatywne rozbudzają zainteresowanie u młodych ludzi i skłaniają ich do podejmowania tego typu zachowań. Techniki zmiany zachowania (*behavioural change techniques*), które określamy mianem *informacyjnych* (np. przekonywanie, ostrzeganie, edukowanie, modelowanie) należy stosować z dużą ostrożnością, ponieważ ich skuteczność

w wywoływaniu pozytywnej zmiany w zachowaniu jest znikoma. Pomimo tego dostarczanie młodzieży informacji na temat szkodliwości lub zagrożeń ze strony substancji psychoaktywnych to rozpowszechniona praktyka.

Znaczenie funkcjonariuszy organów ścigania w niektórych działaniach jest ewidentne. Należą do nich monitorowanie przestrzeni miejskiej, śledzenie aktywności dilerów i sprzedaży alkoholu zbyt blisko szkół, monitorowanie przestrzeni i kontrola klientów w punktach detalicznych, a także współpraca z instytucjami publicznymi i przedstawicielami biznesu w celu poprawy tego typu aspektów. Podczas gdy konwencjonalna profilaktyka jest skuteczna wobec jednostek, często w szkole, to funkcjonariusze organów ścigania lepiej sprawdzają się w pracy zorientowanej na czynniki kontekstowe i środowiskowe.

Należy zatem zwracać szczególną uwagę na zawartość szkoleń oferowanych osobom podejmującym działania profilaktyczne, tak by konstruktywnie łączyły one treści czysto informacyjne ze skutecznymi strategiami z zakresu zmiany zachowania lub podejmowały tematy dotyczące nowych interwencji. Dobrym rozwiązaniem jest udzielanie informacji na temat norm społecznych, tj. korygowanie błędnych przekonań normatywnych na temat określonych zachowań ważnych osób z otoczenia i/lub tego, że według tych osób są one dopuszczalne lub budowanie odporności na postępowanie i narrację przemysłu (np. wyposażanie młodych ludzi w umiejętności radzenia sobie ze zjawiskiem fake newsów). To z kolei wymaga oferowania specjalistom odpowiednich i regularnych szkoleń na temat najnowszych zdobyczy z zakresu metod profilaktycznych.

Nie wiemy, czy umundurowanie funkcjonariuszy organów ścigania i ich rola w społeczeństwie faktycznie budują zaufanie i autorytet wśród młodzieży w wieku szkolnym. W oficjalnych dokumentach europejskich kładzie się mniejszy nacisk na kierowanie funkcjonariuszy organów ścigania do środowisk szkolnych, choć nadal jest to powszechna praktyka. Z działań pozaeuropejskich należy wymienić publikację Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości³ na temat skuteczności i roli funkcjonariuszy organów ścigania w szkolnych działaniach profilaktycznych. Dokument wyjaśnia podstawowe zagadnienia dotyczące profilaktyki jako dziedziny nauki oraz podaje przykłady skutecznych interwencji profilaktycznych w szkole.

Zdarza się również, jednak głównie poza Europą, że funkcjonariusze organów ścigania realizują programy profilaktyczne na bazie podręcznika w klasie, w ramach oferty będącej czymś więcej niż tylko informowaniem dzieci o zagrożeniach ze strony substancji psychoaktywnych.

Należy jednak pamiętać, że w wyniku przeprowadzonej rzetelnej ewaluacji najbardziej znanego i rozpowszechnionego programu z udziałem funkcjonariuszy organów ścigania w USA, Brazylii oraz innych krajów półkuli zachodniej okazało się, że skuteczność tego programu jest zerowa lub program generuje skutki negatywne i nie odnotowano długoterminowego pozytywnego wpływu na zachowania młodzieży związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Dokładne mechanizmy nieskuteczności programu są niejasne, można przy-

puszczać, że nieskuteczność mogła wynikać z realizacji programu przez umundurowanych funkcjonariuszy. Hipotezę tę uprawdopodobnia również fakt, iż program po dokonaniu aktualizacji i wprowadzeniu treści profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, wciąż pozostawał nieskuteczny.

Skuteczna profilaktyka powinna w aktywnych komponentach uwzględniać aspekt rozwojowy człowieka. Eksperci do spraw profilaktyki określają tego typu interwencje mianem *rozwojowych*, czyli takich, które wyposażają dzieci i młodzież w odpowiednie umiejętności z zakresu zachowania, norm społecznych i kompetencji osobistych pozwalających na realizację celów rozwojowych w drodze do dorosłości.

Odpowiednie programy budowania umiejętności życiowych, społecznych i emocjonalnych (*social and emotional learning*) oraz programy wpływu społecznego (*social influence programmes*) posiadają wysoki poziom skuteczności w bazach rekomendowanych programów profilaktycznych, takich jak Xchange⁴. Jednak wciąż nie ma dowodów na to, że realizacja tego typu programów przez funkcjonariuszy organów ścigania generuje pozytywne efekty, nawet jeśli funkcjonariusze ci zostali właściwie przeszkoleni i mogą być w trakcie realizacji interwencji bardziej zmotywowani niż nauczyciele. W konsekwencji nie ma dobrego uzasadnienia dla kierowania funkcjonariuszy organów ścigania do klas i pracy z młodzieżą. Dotyczy to programów opartych na metodologii *rozwojowej*, nie mówiąc już o działaniach czysto *informacyjnych*.

Zwolennicy delegowania funkcjonariuszy organów ścigania do szkół stoją na stanowisku, że tego typu działania poprawiają wizerunek funkcjonariuszy w lokalnych społecznościach. Ale nie ma dowodów na to, że takie podejście zapobiega używaniu substancji psychoaktywnych zarówno w szkołach, jak i w społeczności lokalnej. Poprawie zaufania i budowaniu relacji między młodzieżą a funkcjonariuszami organów ścigania bardziej przysłużyłyby się częste i pozytywne interakcje w życiu codziennym aniżeli jednorazowe spotkanie w klasie. Ten sam argument nie zostałby uznany przez większość ludzi za atrakcyjny, gdyby przeformułować go w następujący sposób: „nawet jeśli biznes realizuje nieskuteczne interwencje w szkołach, to tego typu aktywności przynajmniej poprawiają jego wizerunek wśród młodych ludzi”. Rzeczywistość w wielu krajach jest jednak taka, że szkoły same zapraszają funkcjonariuszy organów

ścigania do szkół, motywując to tym, że nie dysponują odpowiednimi zasobami specjalistów w tym obszarze lub chcą wysłać mocniejszy sygnał aniżeli w przypadku pracy (nierzadko niewłaściwie przygotowanych) profilaktyków, którzy w opinii szkół są zbyt łagodni lub wyrozumiali wobec używania konopi czy innych narkotyków stosowanych na imprezach. Odrzucanie tego typu zaproszeń jest trudne dla organów ścigania. Funkcjonariusze mogą w tej kwestii pełnić rolę łączników dla specjalistów ds. profilaktyki i proponować nowoczesne interwencje z udziałem innych realizatorów działań profilaktycznych.

Obszary działalności organów ścigania

Realizatorzy działań profilaktycznych to grupa skupiająca różnorodnych specjalistów, głównie z kręgu nauk społecznych, takich jak psychologowie, socjologowie, kryminolodzy, edukatorzy, pracownicy socjalni itp. Każdy z tych specjalistów funkcjonuje w odrębnej kulturze zawodowej, którą cechują różne zasady, zadania i cele. Weźmy, dla przykładu, profilaktyka z obszaru pracy socjalnej i porównajmy jego obowiązki zawodowe z obowiązkami funkcjonariusza organów ścigania. Podstawowym zadaniem pracownika socjalnego realizującego działania profilaktyczne jest poprawa dobrostanu jednostek i grup, podczas gdy w przypadku funkcjonariusza organów ścigania jednym z podstawowych zadań jest zapewnienie porządku publicznego i bezpieczeństwa obywateli. Ramy, w jakich poruszają się funkcjonariusze organów ścigania w kontakcie z grupą docelową to prawo, podczas gdy dla pracowników socjalnych może być to zdrowie lub integracja społeczna. Funkcjonariusze organów ścigania odgrywają istotną rolę w przeciwdziałaniu przestępczości (jeden z głównych celów zawodowych) i przez to mogą podejmować dodatkowe działania profilaktyczne w zakresie, przykładowo, *działań policyjnych zorientowanych na rozwiązanie problemu* oraz *strategii sytuacyjnych* (np. monitorowanie przestrzeni publicznej w celu zapobiegania przestępczości i zakłóceniom porządku publicznego). Tego typu strategie uznano za skuteczne również w przypadku używania substancji psychoaktywnych.

Rola funkcjonariuszy organów ścigania jest uwarunkowana kulturowo i może obejmować różne obszary w zależności od kultury profilaktycznej w danym kraju.

W szczególności poza Europą funkcjonariusze organów ścigania mogą być jedynymi dostępnymi realizatorami działań profilaktycznych w obszarze używania substancji psychoaktywnych, z uwagi na brak specjalistów tradycyjnie pełniących tę rolę w Europie. Różnice dotyczą również poszczególnych krajów europejskich i nie wszędzie rolą funkcjonariuszy organów ścigania jest wyłącznie pilnowanie przestrzegania prawa. Dla przykładu w Estonii i Belgii istnieje policja społecznościowa (*community police*) – funkcjonariusze policji pracują z młodymi ludźmi (np. konflikty z prawem, używanie substancji psychoaktywnych) i ich rodzinami. Z kolei w państwach północnej Europy policja koordynuje działania monitoringu sąsiedzkiego (*neighbourhood watch*), które czasami obejmują również młodzież. Wydaje się, że w Europie różnorodność działań funkcjonariuszy organów ścigania w zakresie profilaktyki jest czymś normalnym i zależy od specyfiki danego kraju. Świadomość kultury zawodowej organów ścigania w danym kraju pozwala zrozumieć i określić ich rolę w profilaktyce. Kolejnym korzystnym aspektem jest współpraca specjalistów z różnych obszarów, co pozwala na wzajemne poznanie obowiązków, ról i ograniczeń: możliwe staje się budowanie mostów i zwiększanie synergii. Dzięki temu funkcjonariuszom organów ścigania będzie łatwiej zrozumieć, jak i gdzie interweniować w celu zapobiegania szkodliwym zachowaniom.

Budowanie bezpiecznego otoczenia

Rola funkcjonariuszy organów ścigania w profilaktyce ma fundamentalne znaczenie w tworzeniu nowoczesnego i zintegrowanego podejścia do profilaktyki, które obejmuje profilaktykę *środowiskową* (zwaną również profilaktyką *sytuacyjną* w obszarze zapobiegania przestępczości), co z kolei tworzy trzecią grupę technik zmiany zachowania, o których mowa powyżej. Techniki te umożliwiają zmianę konfiguracji czynników motywujących, wyzwalających, norm oraz szans w środowisku fizycznym, ekonomicznym i prawnym człowieka. Tego typu interwencje cechuje wysoka skuteczność, chociaż są one mało znane i rzadko stosowane. O ile dwa wyżej wspomniane działania profilaktyczne o charakterze informacyjnym i rozwojowym ukierunkowane są na zwiększenie odporności, zdolności i kompetencji jednostki (ang. *i-frame*), o tyle profilaktyka śro-

dowiskowa zmierza do przekształcenia środowisk i systemów (ang. *s-frame*), co ułatwi zmianę zachowania przy mniejszym zaangażowaniu pośredników (tj. mniejsze wykorzystanie zasobów poznawczych i behawioralnych celem zmiany zachowania). Wielu specjalistów ds. profilaktyki zna przykłady (np. egzekwowanie prawa chroniącego młodzież), wie, że są one skuteczne, jednak często nie określają oni tego typu działań jako profilaktykę, lecz jako regulacje lub restrykcje. Niektórzy specjaliści unikają interwencji środowiskowych, ponieważ odrzucają każde podejście regulacyjne do profilaktyki. Są obszary działań funkcjonariuszy organów ścigania, gdzie ich rola jest ewidentna, np. wprowadzanie i egzekwowanie przepisów prawa w zakresie spożywania i zakupu napojów alkoholowych przez osoby nieletnie, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, wspieranie lokalnych strategii związanych z paleniem w pracy i szkole, monitorowanie ograniczeń reklamowych, przestrzeganie godzin otwarcia sklepów lub limitów dostępowych i godziny policyjnej dla nieletnich. Znaczenie funkcjonariuszy organów ścigania w niektórych działaniach jest ewidentne. Należą do nich monitorowanie przestrzeni miejskiej, śledzenie aktywności dilerów i sprzedaży alkoholu zbyt blisko szkół, monitorowanie przestrzeni i kontrola klientów w punktach detalicznych, a także współpraca z instytucjami publicznymi i przedstawicielami biznesu w celu poprawy tego typu aspektów. Należy zatem stwierdzić, że podczas gdy konwencjonalna profilaktyka jest skuteczna wobec jednostek, często w szkole, to funkcjonariusze organów ścigania lepiej sprawdzają się w pracy zorientowanej na czynniki kontekstowe i środowiskowe.

Jak pokazują najnowsze badania naukowe, istnieje niewiele dowodów na to, że samo przekazywanie informacji na temat substancji psychoaktywnych, pokazywanie dzieciom próbek narkotyków lub rozmawianie na temat przepisów prawnych prowadzi do zmiany zachowania. Profilaktyka jako dziedzina nauki jasno wskazuje, że samo udzielanie informacji, i tym samym wiedza na temat zagrożeń i szkodliwości, ma tak niski wpływ na podejmowane zachowania, że tego typu działania są zwyczajnie nieskuteczne. Co więcej, mogą one przyczynić się do pogorszenia stanu rzeczy, na przykład wtedy, gdy sugeruje się młodym ludziom, że dane zachowanie ma charakter powszechny i normalny.

Główne aspekty związane z problematyką używania substancji psychoaktywnych i przemocą w kontekście życia nocnego dotyczą czynników środowiskowych (brud, brak wentylacji, hałas lub bardzo głośna muzyka w barach i nocnych klubach, tłok w tych miejscach, przewaga męskiej klienteli, dużo osób pod wpływem sub-

stancji psychoaktywnych, brak przeszkolonego personelu, happy hours oraz inne akcje promujące spożywanie alkoholu). To stwarza wiele możliwości dla funkcjonariuszy organów ścigania, na przykład poprzez regularne patrole nocnych klubów wysokiego ryzyka, egzekwowanie przepisów z zakresu bezpieczeństwa i serwowania alkoholi, kontrole wieku klientów w celu ograniczenia dostępu do alkoholu osób nieletnich, a także poprzez pilnowanie przestrzegania zasad odpowiedzialnego podawania alkoholu celem ochrony osób w stanie upojenia alkoholowego. Istotnym aspektem jest to, że pozytywne efekty zmniejszają się w przypadku, gdy tego typu działania funkcjonariuszy organów ścigania nie są podejmowane regularnie i/lub nie są zintegrowane z prawdziwymi środkami odstraszającymi dla usługodawców np. cofnięciem pozwolenia na sprzedaż alkoholu. Pozytywne efekty rosną, jeśli funkcjonariusze organów ścigania skupiają się na

konkretnych miejscach w obszarze nocnych rozrywek. Jednym z najlepszych przykładów jest projekt STAD⁵ realizowany w Szwecji. W ramach tego projektu prowadzona jest współpraca między funkcjonariuszami organów ścigania, branżą rozrywkową a tradycyjnymi specjalistami ds. profilaktyki. W efekcie osiągnięto pozytywne wyniki w zakresie redukcji wandalizmu i używania substancji psychoaktywnych. Inne obiecujące przykłady tego typu inicjatyw odnotowano w Anglii i Walii, gdzie współpraca międzysektorowa jest obowiązkowa. W efekcie realizacji programów, takich jak

Citysafe w Liverpoolu czy *Tackling Alcohol-related Street Crime* (TASC) w Cardiff zaobserwowano zmniejszenie aktów przemocy.

Funkcjonariusze organów ścigania w społecznościach i szkołach

Istnieje wiele pozytywnych przykładów i dowodów na skuteczne działania funkcjonariuszy organów ścigania w profilaktyce zachowań problemowych, tam gdzie są one uznawane za najbardziej potrzebne: wokół domu, w społeczności oraz w otoczeniu szkoły. Należałoby zacząć od egzekwowania istniejących przepisów w zakresie godzin, w których młodzież może przebywać poza domem. Jest to podstawowe rozwiązanie chroniące młodzież przed kontaktami z miejscami nocnych rozrywek, co stanowi tym większe zagrożenie, im później w ciągu nocy do takich kontaktów dochodzi.

Inną istotną rolę funkcjonariuszy organów ścigania jest kontrolowanie sprzedaży alkoholu nieletnim oraz egzekwowanie przepisów dotyczących używania substancji psychoaktywnych w miejscach publicznych.

Z perspektywy profilaktyki środowiskowej zasadne jest kierowanie funkcjonariuszy w okolice szkół lub na boiska szkolne, aby zminimalizować zagrożenia związane z przemocą i handlem narkotykami. Częste patrołowanie przez funkcjonariuszy miejsc newralgicznych w mieście daje mieszkańcom tych okolic poczucie bezpieczeństwa. W niektórych krajach (Litwa) utworzono młodzieżowe lokalne programy monitoringu, które wspierają pracę funkcjonariuszy organów ścigania. Właściwie przeszkoleni funkcjonariusze pełnią również ważną rolę w działaniach kontrolnych mających na celu identyfikację punktów zapalnych i tropienie niewłaściwych praktyk handlowych, np. sprzedawanie i podawanie alkoholu nieletnim.

Podsumowanie

Problematyka używania substancji psychoaktywnych i przemocy jest elementem wpływającym na bezpieczeństwo środowiska. W wieku dojrzewania wiele czynników ryzyka w zakresie używania substancji psychoaktywnych zbiega się z czynnikami dotyczącymi przemocy. Należy zatem zrównywać działania w obszarze zapobiegania przestępczości z profilaktyką używania substancji psychoaktywnych. Prawidłowe połączenie tego typu

działań może pozytywnie wpłynąć na oba obszary. To naturalnie wiąże się z kluczową rolą funkcjonariuszy organów ścigania w tym zintegrowanym podejściu, jakim jest *profilaktyka zachowań problemowych*.

Funkcjonariusze organów ścigania pełnią istotne role w profilaktyce społecznościowej i środowiskowej (sytuacyjnej), w szczególności w obszarze nocnych rozrywek. Istotnym pytaniem jest, jak promować wśród profesjonalistów z różnych sektorów nowe postawy i formy zawodowej współpracy. Jako rozwiązanie sugerujemy wprowadzenie wspólnych szkoleń oraz wymianę doświadczeń zawodowych z udziałem specjalistów do spraw profilaktyki z różnych sektorów.

Kiedy funkcjonariusze organów ścigania i tradycyjni profilaktycy współpracują w społeczności powinni szanować swoje zasady pracy i mieć świadomość odmienności działań podejmowanych w określonych sytuacjach. Pierwszym krokiem na drodze do skutecznej współpracy jest dialog między realizatorami działań.

Funkcjonariusze organów ścigania odgrywają niezwykle ważną rolę w profilaktyce, ponieważ mogą zwiększać jej skuteczność z perspektywy środowiskowej (sytuacyjnej) poprzez tworzenie bezpieczniejszego otoczenia, dzięki czemu naturalne skłonności młodych ludzi do podejmowania ryzyka będą się mniej ujawniały.

Zarówno funkcjonariusze organów ścigania, jak i tradycyjni praktycy oprócz motywacji i dobrych chęci muszą dysponować odpowiednimi narzędziami do spowodowania skutecznej zmiany zachowania. Tylko wtedy mogą stawić czoła typowym wadom konwencjonalnej profilaktyki: nadmiernemu bądź wyłącznemu bazowaniu na podejściu informacyjnym oraz nadmiernemu odwoływaniu się do indywidualnych decyzji.

Redakcja

Przypisy

- ¹ Pełna wersja stanowiska znajduje się na stronie KCPU: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/02/Stalowisko-Europejskiego-Towarzystwa-Badan-nad-Profilaktyka-dot-roli-organo-w-scigania-w-profilaktyce-.pdf>
- ² Międzynarodowy Projekt Politeia oferuje m.in. hybrydowy model szkoleń (e-learningowe i stacjonarne) Europejskiego Programu Profilaktyki (https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en), które ukierunkowane są na pracowników pierwszej linii, czyli realizatorów programów profilaktycznych. Projekt realizowany jest w kilkunastu krajach UE m.in. ze środków Komisji Europejskiej. W Polsce koordynatorem jest dr Artur Malczewski (Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU).
- ³ <https://www.unodc.org/unodc/en/drug-prevention-and-treatment/publications.html>
- ⁴ <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>
- ⁵ [http://www.stad.org/en/about-stad#:~:text=STAD%20\(Stockholm%20prevents%20alcohol%20and,of%20alcohol%20and%20drug%20abuse](http://www.stad.org/en/about-stad#:~:text=STAD%20(Stockholm%20prevents%20alcohol%20and,of%20alcohol%20and%20drug%20abuse)

W 2021 roku odnotowano 36 282 osoby podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, co oznacza wzrost tego wskaźnika w porównaniu do roku 2020 (35 445). Najwięcej osób podejrzanych w 2021 roku było z art. 62 (posiadanie narkotyków) – 32 197 (30 996 w 2020 roku). Na drugim miejscu odnotowano podejrzanych z art. 59 (udzielanie narkotyków w celu korzyści majątkowej – handel) – 1160 osób (1299 w 2020 roku).

PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW

Artur Malczewski

Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Wstęp

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie skali przestępczości narkotykowej w Polsce oraz działań z zakresu redukcji podaży narkotyków. Dane o konfiskatach narkotyków odnoszą się do konfiskat dokonanych przez policję oraz Straż Graniczną. Informacje o przestępstwach przeciwko prawu nar-

kotykowemu (zażywanie, posiadanie, handel itp.) odzwierciedlają różne sposoby jego egzekwowania i stosowania, a także priorytety nadawane problemom przez organy wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych. W Polsce policja najczęściej stosuje w swojej pracy następujące jednostki statystyczne: postępowania wszczęte i zakończone, przestępstwa stwierdzone oraz podejrzani.

Tabela 1. Wydziały przestępczości narkotykowej i liczba funkcjonariuszy policji (stan na 31 grudnia 2020 roku).

Województwo	Wydziały do Walki z Przestępczością Narkotykową w Komendach Wojewódzkich Policji/Komendzie Stołecznej Policji oraz w Komendach Miejskich Policji	Liczba funkcjonariuszy zajmujących się zwalczaniem przestępstw narkotykowych w poszczególnych garnizonach
podlaskie	KWP Białystok, KMP Białystok	59
kujawsko-pomorskie	KMP Bydgoszcz	77
pomorskie	KWP Gdańsk, KMP Gdańsk	75
lubuskie	KMP Gorzów Wlk., MP Zielona Góra	50
śląskie	KWP Katowice, MP Katowice	170
świętokrzyskie	KWP Kielce, KMP Kielce	53
małopolskie	KWP Kraków, KMP Kraków	77
lubelskie	KMP Lublin	65
łódzkie	KWP Łódź, KMP Łódź	84
warmińsko-mazurskie	KMP Olsztyn	56
opolskie	brak	45
wielkopolskie	KWP Poznań	90
mazowieckie	KWP Radom, KMP Radom	77
podkarpackie	brak	55
zachodniopomorskie	KMP Szczecin	59
dolnośląskie	KWP Wrocław	94
Komenda Stołeczna Policji	KSP	84
Razem	10 Wydziałów w KWP/KSP 13 Wydziałów w KMP	1270

Źródło: KGP.

W artykule przedstawiono dane dotyczące osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i postępowań wszczętych. Warto podkreślić, że skala przestępczości narkotykowej opisywana przez wskaźnik np. liczby postępowań jest mocno powiązana z aktywnością służb zwalczających tego typu przestępczość. W przypadku większości przestępstw narkotykowych mamy zarówno sprawcę, to jest osobę posiadającą narkotyki, jak i przedmiot przestępstwa, czyli narkotyk. Dlatego też liczbę osób zatrzymanych za posiadanie narkotyków należy interpretować w kontekście innych wskaźników. Duże liczby osób aresztowanych za posiadanie narkotyków mogą być efektem wzmożonej aktywności policji wobec użytkowników narkotyków. Ważnym wskaźnikiem są też informacje o cenach narkotyków, dzięki którym można spróbować określić zmiany na rynku narkotykowym. Ceny są wskaźnikiem dostępności narkotyków i zarazem istotnym narzędziem do zrozumienia działania mechanizmów podaży narkotyków.

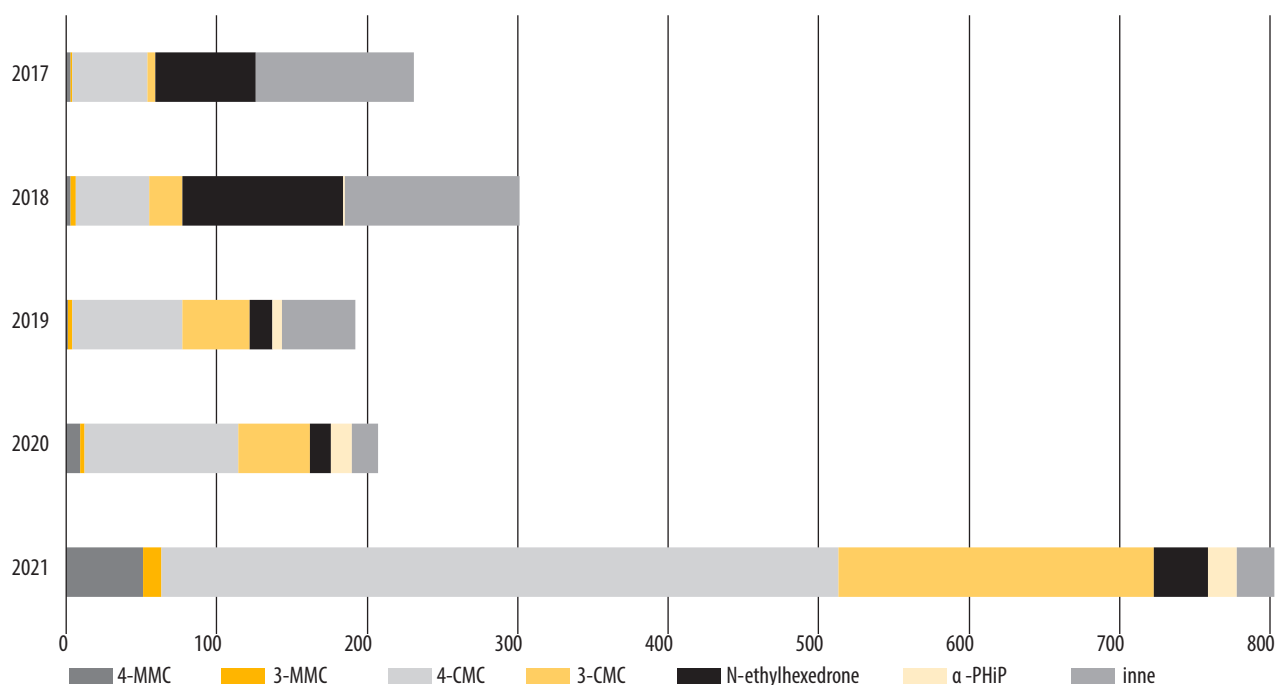
Wydziały do walki z przestępczością narkotykową

W 2020 roku w zwalczanie przestępczości narkotykowej zaangażowanych było łącznie 1270 policjantów. Funkcjonariusze byli zatrudnieni w strukturach antynarkotykowych, tj. 10 Wydziałach do Walki z Narkotykami Komisaratów Wojewódzkich i Stołecznych Policji oraz 13 Wydziałach Komisaratów Miejskich Policji. Liczba oficerów waha się od 45 w garnizonie opolskim do 170 w garnizonie śląskim. Podział w tabeli 1. przedstawia strukturę pionu zwalczania narkotyków w policji oraz liczbę funkcjonariuszy odpowiedzialnych za zwalczanie przestępczości narkotykowej w poszczególnych garnizonach policji.

Przemyt narkotyków

Ze względu na związane z pandemią COVID-19 obostrzenia sanitarne i kontrolne na granicach zorganizowane grupy przestępcze wstrzymały lub czasowo ograniczyły swoją działalność przestępczą. Jednak niezależnie od sytuacji międzynarodowej związanej

Wykres 1. Ilości skonfiskowanych katynonów syntetycznych w latach 2017–2021 (w kg).



Źródło: SWO dane KCPU.

z pandemią główne szlaki przemytu narkotyków pozostały niezmiennie:

- konopie indyjskie (marihuana) były przemycane do Polski przede wszystkim z Hiszpanii, Holandii, Belgii, Niemiec i Czech, w dużej mierze transportem drogowym (samochody osobowe, minivany, rozkładowe autokary);
- konopie indyjskie (marihuana, haszysz) były przemycane tzw. szlakiem hiszpańskim z Maroka przez Polskę, Ukrainę, Białoruś i Litwę do Rosji;
- kokaina pochodząca z Ameryki Południowej była przemycana do naszego kraju przez państwa członkowskie UE (Hiszpania, Niemcy, Holandia);
- w Polsce międzynarodowe zorganizowane syndykaty przestępcze, w skład których wchodziły obywatele Polski, Czech i Azji, zakładały tajne laboratoria narkotykowe (metamfetaminy) oraz plantacje konopi innych niż konopie włókniste;
- pomimo wprowadzenia w Polsce ograniczeń w dostępności leków zawierających pseudoefedrynę, nadal były one jednak przemycane do Czech, gdzie produkowana jest z nich metamfetamina. Produkt finalny jest ponownie przemycany do Polski i innych krajów europejskich.

W odniesieniu do kokainy Polska pełni przede wszystkim rolę kraju tranzytowego w przemyśle tego narkotyku z Ameryki Południowej do krajów Europy Zachodniej. Powodem jest zwłaszcza zbyt wysoka cena kokainy w porównaniu z konkurencyjną amfetaminą, która jest o wiele tańszym stymulantem. Europejski Raport Narkotykowy 2022 EMCDDA informuje o rosnących zabezpieczeniach kokainy w Europie, która jest również coraz czystsza. W 2020 roku państwa członkowskie UE zgłosiły 64 tys. konfiskat kokainy o łącznej masie 213 ton (202 tony w 2019 roku). Część tych transportów trafia również do naszego kraju. Głównym miejscem przeładunkowym dla transportów kokainy realizowanych bezpośrednio z Ameryki Południowej i Środkowej w Polsce są porty morskie: Świnoujście, Gdynia i Gdańsk. Narkotyki często trafiają do nas ukryte w dużych kontenerowcach, gdzie znalezienie miejsca ukrycia ich bez uprzedniej znajomości numeru kontenera jest w praktyce niemożliwe. Przy transportach pośrednich kokaina przemycana jest zwykle do jednego z największych portów kontenerowo-przeładunkowych w Europie (np. Rotterdam, Hamburg), a następnie drogą morską lub lądową transportowana jest do miejsca przeznaczenia.

Część narkotyku trafia na rynek krajowy, natomiast jego większość – za pośrednictwem międzynarodowych grup przestępczych – przewożona jest poza granice kraju.

Uprawy konopi indyjskich i produkcja narkotyków

W 2020 roku policja ujawniła i zlikwidowała 1310 nielegalnych upraw konopi innych niż włókniste. Łącznie zabezpieczono 118 484 tego rodzaju krzewów. Straż Graniczna zlikwidowała cztery plantacje nielegalnej uprawy konopi indyjskich, ujawniając łącznie 116 krzewów tej rośliny. W 2021 roku zlikwidowano 1098 plantacji konopi indyjskich: 691 w pomieszczeniach zamkniętych (tzw. indoor) i 407 upraw na zewnątrz (tzw. outdoor). Policja wykrywa duże uprawy konopi indyjskich w Polsce, np. policjanci CBŚP i Komendy Powiatowej w Chełmży zlikwidowali dwie plantacje w sierpniu 2021 roku, na których rosło 1650 krzaków konopi. Z takiej liczby krzaków można uzyskać blisko 70 kg marihuany, wartej 3,3 mln zł.

Tabela 2. Liczba i rodzaj wykrytych w Polsce nielegalnych laboratoriów produkujących pochodne katynonów.

Rok	Liczba wykrytych laboratoriów	Rodzaj produkowanych nowych substancji psychoaktywnych (ujawniona liczba laboratoriów)
2011	2	mefedron (2)
2012	1	mefedron (1)
2013	2	mefedron (2)
2014	1	4-methylethcathinone (1)
2015	2	mefedron (2)
2016	3	mefedron (2), 4-CMC (1)
2017	6	mefedron (3), 4-CMC (2), methcathinone (1)
2018	1	mefedron (1)
2019	5	mefedron (1), 4-CMC (3), alfa-PVP (1)
2020	13	mefedron (4), 4-CMC (7), 3-CMC (2)
2021*	7	mefedron (5), mefedron i 4-CMC (2)
2022 *	5	mefedron (3), 4-CMC (2)

*Dane tylko z KGP. Podane dane za lata 2021 i 2022 pochodzą z Komendy Wojewódzkiej Policji/Komendy Stołecznej Policji oraz jednostek podległych bez danych z CBŚP.

Polska obok Holandii i Belgii jest głównym producentem amfetaminy w Europie. Ostatnie lata wskazują na zwiększanie się skali produkcji narkotyków syntetycznych w naszym kraju. W 2021 roku wykryto 57 nielegalnych laboratoriów narkotyków syntetycznych, z tego 55 przez policję, a w 2020 roku 55. Z kolei w roku 2019 było ich 43, z czego 41 zostało wykrytych przez policję. Na przestrzeni ostatnich lat widać więc wzrost liczby wykrytych nielegalnych laboratoriów.

Najwięcej w 2021 roku ujawniono laboratoriów produkujących amfetaminę, było ich 27. Na kolejnych miejscach znalazły się laboratoria produkujące nowe substancje psychoaktywne (15), metamfetaminę (14) oraz jedno produkujące prekursor. Dla porównania w roku 2011 wykryto 13 laboratoriów, w tym 9 produkujących amfetaminę, 2 metamfetaminę i 2 mefedron. A w pierwszej dekadzie XX wieku najwięcej nielegalnych miejsc produkcji narkotyków zabezpieczono w roku 2004 i 2005, po 21 laboratoriów.

Nowe substancje psychoaktywne

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w 2021 roku za pośrednictwem unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania (ang. skrót EWS), po raz pierwszy zgłoszono 52 nowe substancje psychoaktywne, co zwiększyło łączną liczbę monitorowanych NSP do 880. W 2020 roku na rynku wykryto około 370 zgłoszonych wcześniej NSP. W 2021 roku po raz pierwszy zgłoszono 6 nowych syntetycznych opioidów, 6 syntetycznych katynonów i 15 nowych syntetycznych kannabinoidów. Warto odnotować, że w 2020 roku w Europie skonfiskowano rekordową ilość 6,9 ton NSP (41 100 konfiskat). Ostatnie dane wskazują na rosnącą produkcję nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Prawdopodobnie pandemia COVID-19 przerwała łańcuch dostaw tych substancji i zorganizowane grupy przestępcze zaczęły w coraz większym stopniu produkować NSP na miejscu. Ponadto główny producent NSP na świecie – Chiny wprowadzają od wielu lat coraz silniejsze mechanizmy kontrolne. W efekcie ostatni raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii podkreśla rosnącą rolę Indii w produkcji NSP. Produkcja NSP w Polsce nie jest nowym problemem. Pierwsze laboratoria, w których produkowano pochodne katynonu (stymulant z grupy tzw. dopalaczy), ujawniono w naszym kraju

w 2011 roku (dwa laboratoria, w których produkowano mefedron). Od tego czasu do marca 2022 roku ujawniono co najmniej 45 nielegalnych laboratoriów katynonu, z których 40 produkowało mefedron (4-MMC) i/lub klefedron (4-CMC). W tym okresie zabezpieczono

Tabela 3. Liczba postępowań wszczętych oraz osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2020 i 2021.

		Postępowania wszczęte		Podejrzani	
		2020	2021	2020	2021
Ustawa z dn. 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii	Akt prawny				
	Art. 53 ust. 1	40	46	38	52
	Art. 53 ust. 1a	0		0	
	Art. 53 ust. 2	76	80	123	154
	Art. 54 ust. 1	12	11	31	35
	Art. 54 ust. 2 pkt 1	2	3	7	4
	Art. 54 ust. 2 pkt 2	0	0	2	2
	Art. 55 ust. 1	101	94	145	101
	Art. 55 ust. 2	35	46	50	53
	Art. 55 ust. 3	82	80	163	113
	Art. 56 ust. 1	76	76	182	227
	Art. 56 ust. 2	20	16	6	2
	Art. 56 ust. 3	170	183	710	702
	Art. 57 ust. 1	4	3	3	5
	Art. 57 ust. 2	10	19	22	15
	Art. 58 ust. 1	449	486	396	345
	Art. 58 ust. 2	171	180	269	240
	Art. 59 ust. 1	703	688	955	875
	Art. 59 ust. 2	101	83	175	129
	Art. 59 ust. 3	111	127	169	156
	Art. 60		0		0
	Art. 61	22	19	10	13
	Art. 62 ust. 1	24 291	26 190	24 712	25 664
	Art. 62 ust. 2	2113	2317	2357	2676
	Art. 62 ust. 3	3287	3438	3349	3204
	Art. 62b ust. 1	737	728	539	609
	Art. 62b ust. 2	50	49	39	44
	Art. 63 ust. 1	1177	870	693	598
	Art. 63 ust. 2	4	8	16	3
	Art. 63 ust. 3	205	191	272	239
	Art. 64 ust. 1	13	17	6	10
	Art. 64 ust. 2	2	1	0	2
	Art. 64 ust. 3		0		1
	Art. 68	1	1	0	0
	Suma	34 065	36 050	35 439	36 273

Źródło: KGP.

również laboratoria wytwarzające pochodne katynonu w postaci 4-metyloetakatynonu (4-MEC), alfa-PVP oraz dwa laboratoria wytwarzające klefedron (3-CMC). Nowością w Polsce w 2022 roku jest likwidacja nielegalnych laboratoriów, w których na ogromną skalę produkowano katynony (głównie klefedron). Policja wykryła dwa nielegalne miejsca produkcji, w których ujawniono kilkaset kilogramów finalnego produktu

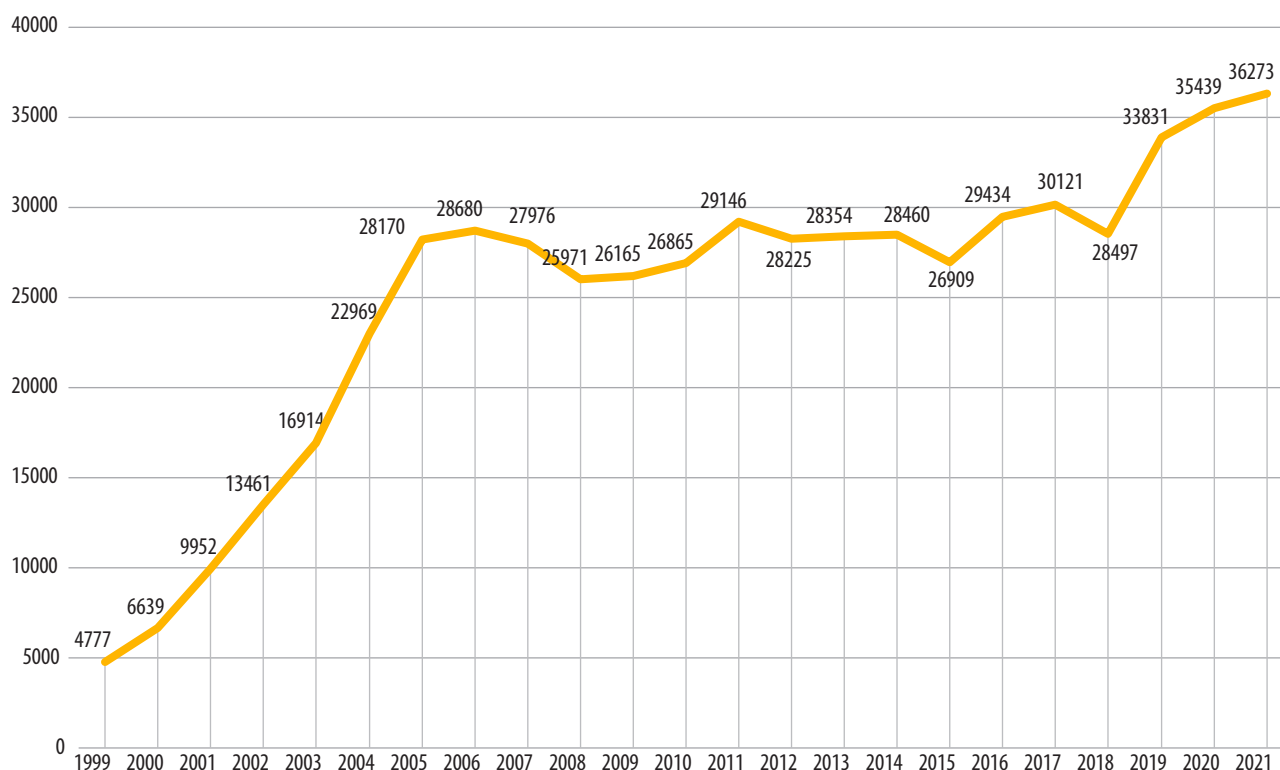
(klefedronu), tysiące litrów płynu zawierającego klefedron oraz tony chemikaliów używanych do produkcji narkotyków. Informacje o laboratoriach wykrytych w okresie 2011–2022 zawiera tabela 2. Dane za 2022 rok nie obejmują całego roku tylko okres do września. W kwietniu 2022 roku policja zlikwidowała jedno z większych laboratoriów nowych substancji psychoaktywnych (klefedronu) na terenie powiatu świeckiego.

Tabela 4. Ceny narkotyków w 2021 roku – hurtowe i detaliczne.

Narkotyk	Ceny hurtowe				Cena detaliczna			
	typowa	minimalna	maksymalna	jednostka	typowa	minimalna	maksymalna	jednostka
Marihuana	20000	15000	25000	kilogram	41	28	50	gram
Haszysz	27000	15000	55000	kilogram	39	25	80	gram
Heroina	154000	90000	200000	kilogram	243	162	300	gram
Kokaina	162000	120000	210000	kilogram	272	200	375	gram
Amfetamina	9000	4000	30000	kilogram	35	14	50	gram
Metamfetamina	45000	10000	99000	kilogram	72	35	140	gram
MDMA	8000	6000	11500	1000 tabletek	16	5	28	tabletki
LSD	9000			1000 listków	23	12	90	listek

Źródło: Sprawozdania ARQ dla UNODC.

Wykres 2. Liczba osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.



Źródło: KGP.

W budynku gospodarczym znajdowała się kompletna linia służąca do produkcji 4-CMC, 197 litrów klefedronu oraz ponad 5 ton substancji chemicznych będących prekursorami służącymi do wytwarzania tego narkotyku. Policja zabezpieczyła sprzęt niezbędny do produkcji klefedronu, m.in. agregaty mieszalnicze, ludy chłodnicze czy specjalnie przygotowany kontener chłodniczy. Z kolei we wrześniu 2022 roku policja zlikwidowała dwa laboratoria narkotyków syntetycznych i przejęła ponad 359 kg narkotyków, tj. 357 kg klefedronu i ponad 2 kg mefedronu, o łącznej wartości blisko 12 mln zł. Ostatnie zabezpieczenia policji dotyczą dużych ilości klefedronu, co potwierdzają również dane z laboratoriów zbierane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania (SWO), koordynowanego przez Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU.

Na wykresie 1. zostały przedstawione dane z SWO dotyczące skonfiskowanych katynonów w latach 2017–2021. Widać duży wzrost ilości zabezpieczonych

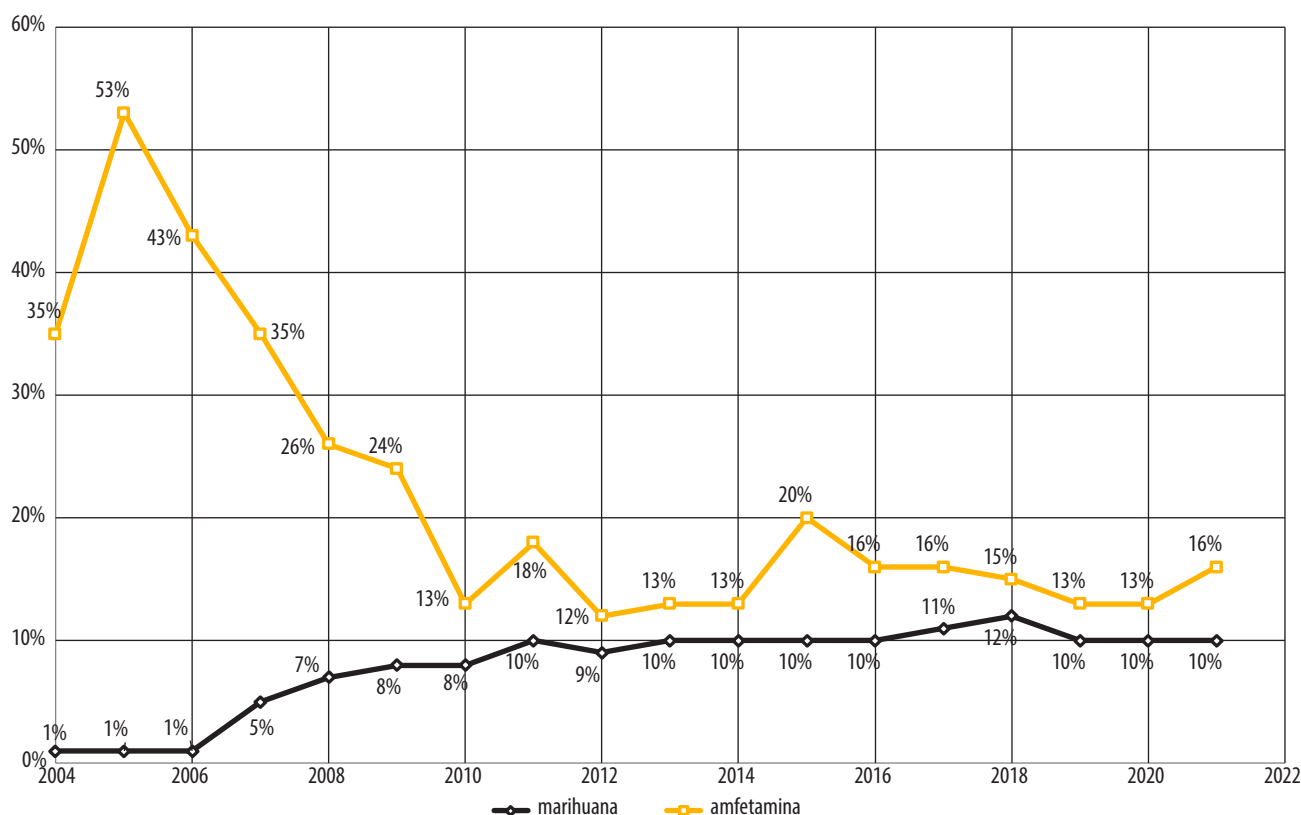
katynonów między rokiem 2020 a 2021 – z 207 kg do 803 kg. Najwięcej wśród nich było 4-CMC (klefedronu) – aż 450 kg.

Przestępczość narkotykowa

W 2021 roku odnotowano 36 282 osoby podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, co oznacza wzrost tego wskaźnika w porównaniu do roku 2020 (35 445). Najwięcej osób podejrzanych w 2021 roku było z art. 62 (posiadanie narkotyków) – 32 197 (30 996 w 2020 roku). Na drugim miejscu odnotowano podejrzanych z art. 59 (udzielanie narkotyków w celu korzyści majątkowej – handel) – 1160 (1299 w 2020 roku).

W 2021 roku wszczęto 36 050 postępowań przygotowawczych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, co oznacza wzrost liczby postępowań w stosunku do roku 2020 o 1985 (34 065). Najwięcej postępowań odnotowano z art. 62 (posiadanie narkotyków) –

Wykres 3. Czystość amfetaminy i stężenie THC w marihuanie zabezpieczonej przez policję.



Źródło: Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji.

32 722 (30 478 w 2020 roku). Widać zatem wzrost liczby postępowań w tym zakresie. Na drugim miejscu znalazły się postępowania przygotowawcze z art. 59 (udzielanie narkotyków w celu korzyści majątkowej – handel) – 898. Oznacza to spadek, bo w 2020 roku było ich 915. Analizując trend na wykresie 2. dotyczący liczby osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, widzimy ich dynamiczny wzrost od roku 2018 z 28 497 osób do 36 273 w roku 2021. Od początku analizowanego okresu, czyli od roku 1999, liczba osób podejrzanych wzrosła ponad 7,5-krotnie.

W 2021 roku typowa cena detaliczna marihuany i haszyszu wyniosła około 40 zł za 1 gram. O wiele droższa była heroina (243 zł) oraz kokaina (272 zł). Najtaniej kosztowała tabletki ekstazy (16 zł) i listek LSD (23 zł). Gram metamfetaminy wyniósł 72 zł, a amfetamina była o połowę tańsza – 35 zł.

Czystość narkotyków oraz ich zabezpieczenia

Dane dotyczące czystości marihuany wskazują na stabilny trend średniej zawartości THC w zabezpieczanej marihuanie w Polsce: 10% (2019–2021). W przypadku amfetaminy nastąpił wzrost stężenia do 16% – w roku 2020 stężenie wyniosło 13%.

W 2021 roku odnotowano wzrost ilości zabezpieczonej marihuany i amfetaminy, czyli najbardziej popularnych narkotyków w Polsce. Zabezpieczenia narkotyków w Polsce w latach 2013–2021 przez policję i Straż Graniczną przedstawia tabela 5.

Nowe kannabinoidy na rynku

Na rynku narkotykowym w Polsce pojawiły się kolejne substancje (HHC-O oraz HHC), które działają podobnie do THC (tetrahydrocannabinol). HHC-O to syntetyczna (acetylowa) pochodna substancji HHC (heksahydrokannabinolu), która w Polsce sklasyfikowana jest jako substancja psychotropowa grupy I–P rozporządzenia ministra zdrowia. HHC-O jest otrzymywana syntetycznie i dodawana do podkładu roślinnego lub sprzedawana w postaci płynnej. HHC-O 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 (stan na grudzień 2022 roku). HHC-O jest to ester HHC. HHC z kolei jest kontrolowana na mocy rozporządzenia ministra zdrowia. Ta substancja również jest sprzedawana jako susz, płyn, a nawet żelki.

W ramach Głównego Inspektoratu Sanitarnego 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 ten 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 (Dz.U.2022,1665 ze zm.) jako substancji psychotropowej grupy I–P.

Tabela 5. Zabezpieczenia narkotyków przez policję oraz Straż Graniczną.

Narkotyk	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Haszysz (kg)	208,394	98,639	842,867	32,89	1237,16	8313,193	436,151	1994,474	931,992
Marihuana (kg)	1242,834	2720,37	1830,477	2569,44	3620,08	4259,799	3494,674	5315,641	9167,344
Heroina (kg)	48,678	272,71	3,8	9,02	2,49	8,839	21,464	426,9	109,467
Kokaina (kg)	20,569	31,461	218,61	448,76	81,05	277,417	2247,828	3886,844	2133,458
Amfetamina (kg)	675,724	782,867	695	943,27	582,41	1322,86	1676,518	1921,343	2083,882
Metamfetamina (kg)	9,566	41,015	51,11	17,94	25,60	30,880	537,876	303,139	162,569
Ekstazy (tabletki)	45 997	62 028	120 886	149 921	112 614	218 442	260 112	164 528	65 338
LSD (listek)	457	5456	0	166	866	3544	1981	1975,7 (g)	3778

Źródło: ST 13 total EMCDDA.

Niniejszy artykuł przedstawia program współpracy z rodzinami, który od ponad 10 lat obowiązuje w Ośrodku Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży Stowarzyszenia MONAR w Gdańsku. Program, stworzony wspólnie z rodzinami nastolatków leczących się w ośrodku, uznaliśmy za obligatoryjny i jest on kontraktowany z rodzinami podczas pierwszego spotkania w naszej placówce. Optymistyczne jest to, że 96% rodzin systematycznie w nim uczestniczy.

UDZIAŁ RODZINY W PROCESIE TERAPII STACJONARNEJ NASTOLATKÓW – Z OSOBISTEJ PERSPEKTYWY

Jolanta Łazuga-Koczurowska
Stowarzyszenie MONAR

Od prawie pół wieku w Ośrodku MONAR dla dzieci i młodzieży w Gdańsku poszukujemy skutecznych sposobów współpracy z rodzinami, opiekunami czy bliskimi naszych podopiecznych. W naszej historii prowadzenia terapii stacjonarnej z dziećmi i młodzieżą współpraca ta różnie się układała. Trudności w tej sferze w dużej mierze wynikały z faktu, że mimo coraz bardziej profesjonalnych działań w dziedzinie terapii uzależnień, ciągle niedostatecznie dobrze udawało nam się ochronić dzieci i młodzież przed niebezpieczeństwem uzależnienia od narkotyków. Informacje o wzrastającej liczbie coraz to młodszych uzależnionych dzieci, o śmiertelnych zagrożeniach powodowanych przez nowe substancje psychoaktywne, przestępstwach i niebezpieczeństwach związanych z narkotykową rzeczywistością potęgowały wśród rodziców i opiekunów uczucie niepokoju, niepewności i bezradności, ograniczając tym samym ich możliwości skutecznej interwencji i ochrony dziecka przed uzależnieniem. A tymczasem jest sprawą oczywistą, że nikt lepiej niż rodzice nie jest w stanie chronić dzieci i młodzież przed narkotykami. Fakt ten trudno kwestionować. Jedynie rodzina może zapewnić człowiekowi warunki umożliwiające normalny rozwój, nadać sens i znaczenie jego życiowym poczynaniom. Oznacza to tyle, że nie da się mówić o problemie uzależnień bez rodziny – jej miejsca, roli, szans, możliwości czy ograniczeń w obliczu substancji psychoaktywnych. Z jednej strony rodzina może stać się źródłem pomocy i wsparcia, a z drugiej strony można szukać w niej źródeł wielu problemów, które powodują, że niektórzy jej członkowie „ucie-

kają” w inną niż rodzinna rzeczywistość, którą dają narkotyki czy alkohol.

Mimo wielu badań mówiących o pozytywnym wpływie rodziny w terapii i profilaktyce uzależnień, ciągle brakuje dobrych pomysłów i skutecznych sposobów włączania jej w proces świadomego zabezpieczania dziecka (swoich członków) przed uzależnieniem czy też w proces przywracania zdrowia uzależnionym członkom rodziny.

Trudno powiedzieć, czy znalezienie „złotych” rozwiązań w tej kwestii jest w ogóle możliwe. Czy mamy w związku z tym szansę na rzeczywistą pomoc rodzinie, w której istnieje problem uzależnienia od narkotyków? Czy szeroko rozumiane pomaganie uwzględnia wieloaspektowość i wyjątkowość każdej rodziny? Czy zabezpiecza ją przed zbytnią ingerencją, wymuszaniem zmiany i dawaniem recept na tzw. lepsze życie. W etycznym wymiarze nie ma jednoznacznych odpowiedzi. Coraz częściej jednak trudno oprzeć się wrażeniu, że pomaganie rodzinie z problemem uzależnień wymaga nie tylko wiedzy o prawach rządzących systemem rodzinnym, ale także pokory i refleksji wobec jej problemów.

Początki

Pierwsze 10 lat naszej działalności można byłoby nazwać okresem braku jakiejkolwiek współpracy z rodzinami podopiecznych. Wśród terapeutów (nazywanych wtedy wychowawcami) dominowało przekonanie, że z rodzicami nie można współpracować. Przypisywali oni rodzicom całe zło, które doprowadziło ich dzieci

do naszego ośrodka. Wiele było wówczas w nas, terapeutach, żalu i bezsilności. Celem pobytu w ośrodku czyniliśmy uchronienie młodego człowieka przed złym wpływem rodziny, chociaż nic albo prawie nic o rodzinach naszych małych pacjentów nie wiedzieliśmy. Rodziny albo mieszkaly daleko od Gdańska, albo nie były zainteresowane kontaktem z placówką, oddając dzieci, z którymi taki ośrodek miał zrobić porządek. Panująca wtedy w społeczeństwie opinia o narkotykach i narkomanach, powodowała, że rodzinom towarzyszył najczęściej wstyd i poczucie bezradności wobec problemu. A to z kolei nie sprzyjało otwartości w kontaktach z naszą placówką.

Następne lata to nieustanne próby poszukiwania sposobu włączenia rodziny w proces terapii, którą prowadziliśmy i coraz wyraźniej sygnalizowana przez nas potrzeba udziału rodziców w terapii dzieci. Były to jednak kontakty dość sporadyczne i ograniczały się do przyjazdu rodziców z okazji świąt. Rzadko rodziny (właściwie zazwyczaj jeden z rodziców) odwiedzały naszych podopiecznych, częściej dbały o ich materialną sytuację, przysyłając np. paczki żywnościowe czy pieniądze na odzież lub buty.

Coraz wyraźniej dostrzegaliśmy konieczność włączenia rodziny w proces terapii dziecka. Już wtedy wiedzieliśmy, że to w rodzinie najczęściej tkwią powody sięgania przez dzieci po narkotyki, ale też w rodzinie są siły, które mogły sprzyjać postępom w terapii dzieci. Wreszcie to rodzina była miejscem, do którego powinny one wracać po zakończonej terapii. Czy rodziny będą gotowe na powrót dziecka do domu? Czy uświadomią sobie swoją rolę i udział w procesie uzależniania się nastolatka od substancji psychoaktywnych? Czy dostrzegą potrzebę zmiany w relacjach rodzinnych, atmosferze domu rodzinnego dziecka?

Z łatwością wymienia się dziś patologie rodzinne, dysfunkcje rodzin, niewydolność wychowawczą rodziny itp., wskazując na deficyty w zakresie bezpieczeństwa, miłości, akceptacji, na błędy i nieprawidłowości. Chociaż jest powszechnie wiadomo, że narkotyki biorą dziś dzieci z rodzin biednych i bogatych, rozbitych i pełnych, z małych miasteczek i dużych miast, panuje tendencja do szukania przyczyn uzależnienia bardziej w tzw. jawnej patologii rodziny niż w „dyskretnym” zaburzeniu emocjonalnych więzi między członkami rodziny. Ta „dyskretność” zaburzonych więzi nie tylko jest trudniej rozpoznawalna, ale i rzadziej przez ro-

dzinę uświadamiana, a tym samym mniej podatna na jakąkolwiek ingerencję lub zmianę. Ta „dyskretność” oznacza, że pozornie rodzina funkcjonuje prawidłowo, zabezpiecza potrzeby dziecka, ale głównie w sferze materialnej. Brakuje w takich rodzinach bliskości, okazywania uczuć, czasu spędzanego wspólnie, wspólnych dyskusji, rozmów i zabaw. Bardzo często członkowie w rodzinach o „dyskretnie” zaburzonych więziach prawie się nie widują, rozmawiają za pomocą telefonów lub internetu, nie jedzą wspólnie posiłków, przebywają nie razem, ale obok siebie. Wiele postaw wychowawczych uznać dziś można za sprzyjające sięganiu przez dziecko po narkotyki. Bardzo niepokojący jest fakt, że większość rodziców nie wie o tym, że ich dzieci „brały” narkotyki. Łatwiej rozpoznają bycie dziecka pod wpływem alkoholu, ale zazwyczaj uważają, że jest on mniej groźny od narkotyków.

Czynniki ryzyka

Jak wskazują prowadzone badania, istnieją pewne czynniki ryzyka usytuowane w rodzinie, które z dużym prawdopodobieństwem mogą prowadzić do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Za najważniejsze w powstawaniu zaburzeń zachowania, zaburzeń klinicznych czy zachowań ryzykownych uważa się takie czynniki, jak: nadużywanie alkoholu, narkotyków, zachowania przestępcze lub uprawianie hazardu przez rodziców, słaba więź emocjonalna między członkami rodziny, nieokazywanie uczuć pozytywnych, małe wsparcie ze strony rodziców, słaby nadzór rodzicielski, brak konsekwencji w wychowaniu, brak jasno sprecyzowanych wymagań, przemoc, awantury i kłótnie w rodzinie oraz słaba zdolność rodziny do rozwiązywania swoich problemów, brak czasu, postawy rodziców aprobujące używanie przez nastolatków substancji psychoaktywnych, poważne deficyty lub wręcz brak kompetencji wychowawczych rodziców – szczególnie w przypadkach pojawiających się trudności w nauce czy w zachowaniu.

Im więcej czynników ryzyka i im dłużej oddziałują na młodego człowieka, tym większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się zachowań ryzykownych. W związku z tym identyfikacja tych czynników jest konieczna, aby móc zapobiegać tym zachowaniom, w tym sięganiu przez osoby dorastające po substancje psychoaktywne. Bez dotarcia do przyczyn nie jest

bowiem możliwa skuteczna profilaktyka ani terapia. Wiele istniejących w rodzinie czynników ryzyka jest ewidentnych, np. problem alkoholowy rodziców. O wiele trudniej jednak jest zidentyfikować te czynniki ryzyka, których można się jedynie domyślać na podstawie objawów obserwowanych u dziecka, np. używa narkotyków, wagaruje i zaniedbuje obowiązki szkolne itp. Krótko mówiąc, ustalenie przyczyn używania przez dziecko substancji psychoaktywnych czy wręcz uzależnienia tkwiących w rodzinie nie jest proste. Każda rodzina na swój własny sposób strzeże swojej autonomii, niechętnie wyjawia to, co się w niej dzieje, często nawet nie jest świadoma, co może być powodem trudności czy problemów z dzieckiem. Rodzina jako system broni się przed ingerencją z zewnątrz, a po pomoc zwraca się tylko wówczas, gdy sama o tym zadecyduje. Czy słabości rodziny mogą zostać przez nią pokonane? Jakie warunki muszą być spełnione, aby diagnoza przyczyn uzależnienia tkwiących w rodzinie była tej rodzinie pomocna, a nie szkodliwa? Jak określać szanse na zmianę sytuacji rodziny z problemem uzależnienia i czy szansa taka w ogóle jest możliwa? Najkrócej można byłoby odpowiedzieć, że słabości rodziny mogą zostać przez nią pokonane wówczas, gdy dostrzeżemy w niej wszystko to, co będzie jej siłą. I ta siła w każdej rodzinie istnieje. Nawet jeżeli niekiedy jest trudno dostrzegalna, to rodzina ma swój potencjał, aby chronić swoje dzieci przed wieloma zagrożeniami. Ta siła to również tkwiące w każdej rodzinie czynniki chroniące.

Co chroni?

Trudno byłoby znaleźć rodziców, którzy nie pragnęliby dla swoich dzieci jak najlepiej, nie troszczyliby się o ich przyszłość, nie chcieliby uchronić przed złem. Mimo troski, miłości, a nierzadko poświęcenia, nie zawsze udaje się uniknąć błędów wychowawczych, nieporozumień, konfliktów, zapobiec dramatom czy ustrzec dziecko przed niebezpieczeństwem. Wychowanie dziecka jest bowiem wieloletnim i niezwykle

skomplikowanym procesem, a w kierowaniu nim rodzice zdani są jedynie na własne doświadczenie, pomysły i umiejętności. Nic więc dziwnego, że nowe, zaskakujące ich często sytuacje wychowawcze rodzą lęk, niepewność czy zwątpienie. Nic też dziwnego, że proces wychowania dziecka nie jest wolny od błędów. Warto zatem uświadomić sobie związek między, nazwijmy to, „odpornością dziecka na substancje psychoaktywne” a jego doświadczeniami z okresu wczesnego dzieciństwa. Za poziom odporności dziecka odpowiadają czynniki chroniące. Wśród nich najistotniejsze z punktu widzenia profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży są: silna więź emocjonalna z rodzicami, jasne normy i zasady przekazywane przez nich, odpowiednia kontrola rodzicielska, okazywanie

pozytywnych uczuć, bliskość, poczucie przynależności, poczucie podstawowego zaufania czy jasne oczekiwania ze strony rodziców.

Oczywiście, nie w każdej rodzinie możliwe jest rozpoznanie tych czynników, ale aby zapobiec podejmowaniu przez dzieci zachowań ryzykownych, warto szukać w rodzinie potencjału, na bazie którego będzie możliwa funkcja chroniąca rodziny (lub chociaż jednego z rodziców). Elementami, które wzmacniają potencjał profilaktyczny rodzi-

ny, są edukacja i nabywanie nowych umiejętności wychowawczych przez dorosłych. Okazuje się, że im rodzic więcej wie o problemach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, tym więcej tych problemów będzie umiał dostrzec i łatwiej da sobie z nimi radę. Ważne jest też, aby nastolatki wiedziały o tym, jaką wiedzę rodzic posiada, co pozwala uniknąć wielu nieporozumień w rozmowach o używaniu narkotyków. Nie bez znaczenia jest też umiejętność okazywania uczuć, nawet wtedy, gdy mały jest wrogo nastawiony do rodzica, uważnego słuchania, poznawania i rozumienia powodów, dla których młody człowiek wybrał narkotyki czy alkohol. Unikać należy sensacyjności, pochopności i etykietowania. Rodzic, mając świadomość, co może uchronić dziecko przed zagrożeniami wynikającymi z zachowań ryzykownych

W pracy przyświeca nam motto, które zachęca rodziców do aktywnego udziału w prowadzeniu ośrodka, w którym przebywa ich dziecko: „Aby pomóc swojemu dziecku w pracy nad pokonaniem uzależnienia i odnalezieniem samego siebie, nie musisz być ekspertem, nie musisz być fachowcem ani specjalistą – wystarczy, że jesteś rodzicem”.

i znając swoje kompetencje chroniące, może skutecznie przeciwdziałać wielu zagrożeniom.

Warunki współpracy

Oczywiście zawsze pozostają pytania: czy zapewnienie dziecku stuprocentowej ochrony przed narkotykami jest możliwe? Jak pomóc i wspierać rodzinę bez zbyt ingerencji, przesadnego „terapeutyzowania” i pouczania w sytuacjach kryzysów rodzinnych związanych z uzależnieniem od narkotyków? Co pozwala na pozbycie się uczucia bezradności i niemożności, a wyzwala energię i wiarę w skuteczność podejmowanych kroków?

Jeśli uznamy, że uzależnienie od narkotyków jest w poważnym stopniu symptomem kryzysu w rodzinie, to jedną z logicznych konkluzji jest, że duża część rozwiązania problemu leży właśnie w rodzinie. Terapia rodzinna jako metoda leczenia osób uzależnionych od narkotyków jest obecnie uznana za jedną z najbardziej obiecujących metod terapii. W wielu przypadkach taka terapia nie jest środkiem wystarczającym, lecz okazuje się cennym i często zasadniczym uzupełnieniem innych sposobów leczenia. We wszystkich jednak sytuacjach pomagania osobie uzależnionej obserwacja rodziny, z której wywodzi się pacjent, jest ważną częścią procesu diagnostycznego. Dzisiaj już wiadomo, że udział członków rodziny osoby uzależnionej w terapii nie jest sprawą prostą, ale konieczną. Jakakolwiek zmiana w systemie rodziny wiąże się z gotowością i zgodą wszystkich jej członków.

Jednym z głównych zadań i wyzwań w pracy z rodziną jest uporanie się z jej poczuciem wstydu, złości, bezradności i lęku. Jest też sporo dowodów, że aktywny udział rodziców dziecka przebywającego na terapii przyczynia się do znacznego zwiększenia jej skuteczności. Jednym z zadań w pracy terapeutycznej z rodziną jest też świadome wydobycie tkwiących w niej czynników chroniących oraz zmniejszenie wpływu czynników ryzyka. Tak czy inaczej siła terapeutyczna rodziny stanowi warunek niezbędny skutecznej pomocy dziecku z problemem używania substancji psychoaktywnych lub przejawiającym inne szkodliwe zachowania ryzykowne. Najważniejsze jednak jest, aby pomaganiu rodzinie towarzyszyła pokora, nadzieja i wiara w jej możliwości. Tak rozumiejąc rodzinę, jak opisałam to powyżej, uznaliśmy, że naszym głównym celem pracy z nią będzie stworzenie możliwości systematycznego, bezpiecznego

wprowadzania pożądanych i koniecznych zmian w emocjonalnym funkcjonowaniu całej rodziny. Założyliśmy, że proponowany przez nas „styl” współpracy z rodzinami będzie się opierał na następujących założeniach:

1. Przyjmujemy, że rodzice, niezależnie od przejawianych dysfunkcji, popełnionych błędów czy patologicznych zachowań, są najlepszymi ekspertami w sprawach swojego dziecka.
2. Relacja z rodzinami musi być tworzona na zasadach partnerstwa w pracy nad wspólnym celem, jakim jest poprawa stanu zdrowia dziecka oraz poprawa funkcjonowania całej rodziny.
3. Aby praca z rodzinami była efektywna, musi być stała, regularna i intensywna.
4. Praca z rodzinami powinna skupiać się na sprawach i problemach zidentyfikowanych wspólnie z terapeutami jako ważnych i koniecznych do rozwiązania, aby dokonać zmian w funkcjonowaniu całej rodziny.
5. Będziemy aktywnie podejmować kontakty z rodzinami, nawet jeżeli nie wszystkie będą wystarczająco zmotywowane do współpracy z nami.
6. Staranna diagnoza całej rodziny będzie podstawą ustalenia sposobu i rodzaju kontaktów oraz planu współpracy z tą rodziną, w zależności od jej potrzeb i możliwości.
7. W pracy z rodziną należy utrzymywać stałe, regularne kontakty, o ile to możliwe ze wszystkimi jej członkami.
8. W pracy z rodzinami należy wykazywać się bezstronnością wobec poszczególnych jej członków oraz zrozumieć wzajemnie relacje oraz uczucia i racje każdego z jej członków, unikając oceniania, pouczania i wymuszania zmiany w kierunku przez siebie uznanym za właściwy.
9. Pracując z rodzinami, należy uszanować ich autonomiczne decyzje, nawet jeżeli nie są one zgodne z poglądami terapeutów.
10. Efekty współpracy z rodzinami można mierzyć wzrostem zaangażowania rodzin w aktywności proponowane przez ośrodek, zwiększoną liczbą i jakością kontaktów z dzieckiem, wzrostem zaufania do własnego dziecka i do kadry placówki, wzrostem wiary i nadziei w poprawę sytuacji nie tylko dziecka, ale też całej rodziny.

Opierając się na doświadczeniach terapeutów pracujących z młodzieżą oraz naszych własnych, sformułowaliśmy tych 10 podstawowych założeń, które naszym zdaniem

są warunkami niezbędnymi do stworzenia programu współpracy angażującego rodziców i innych członków rodziny na każdym etapie terapii dziecka. Celowo nie nazywaliśmy naszych oddziaływań terapią rodzin czy pracą z rodziną. Uznaliśmy, że najtrafniej oddaje sens tego, co chcemy zaproponować rodzinom – słowo współpraca.

Program współpracy z rodzinami w praktyce

Nasz ośrodek jest najstarszą w Polsce placówką służby zdrowia prowadzącą dwuoddziałową terapię stacjonarną, która stosuje założenia i metody społeczności terapeutycznej, adresowaną do dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 19 lat. Program terapeutyczny zaplanowany jest na 12 miesięcy, ale czas pobytu nastolatka w nim zależy głównie od jego stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej i prawnej oraz postępów w terapii. Zazwyczaj programy terapii są zindywidualizowane i mogą trwać od 6 do 12 miesięcy. Do ośrodka kierowane są dzieci z całej Polski, które są uzależnione lub zagrożone uzależnieniem od różnego rodzaju substancji psychoaktywnych oraz nastolatki, które mają dodatkowo rozpoznanie podwójnej diagnozy czy zaburzeń współwystępujących, np. zespół Aspergera, spektrum autyzmu, zaburzenia jedzenia, ADHD, stany depresyjne, zachowania autodestrukcyjne oraz stany psychotyczne. W ośrodku przebywa od 30 do 40 osób.

Pierwsza wersja programu współpracy z rodzinami, która została opracowana blisko 15 lat temu, zatytułowana była „Program współpracy z rodzicami”. Kilka lat temu program został zmodyfikowany i poszerzony także o innych członków rodziny, np. dziadków, rodzeństwo. W programie brali też udział rodzice adopcyjni i opiekunowie prawni, jeżeli wyrażali taką gotowość. Program uznaliśmy za obligatoryjny i kontraktowany z rodzinami podczas pierwszego spotkania. Optymistyczne jest to, że 96% rodzin systematycznie uczestniczy w tym programie.

Nasz program współpracy z rodzinami obejmuje następujące elementy:

1. Pierwszy kontakt z rodziną.

Odbywa się najczęściej przez telefon, podczas zgłaszania dziecka do placówki. Terapeuta przyjmujący telefon przeprowadza wówczas krótki wywiad dotyczący obecnej sytuacji dziecka i bezpośredniego powodu kierowania go do ośrodka. Zapisuje dane

dziecka do rejestru osób oczekujących: wiek, rodzaj przyjmowanych środków i czas ich używania oraz kto kieruje. Zapisuje kontakty do rodziny – o ile to możliwe numery telefonu do każdego rodzica lub opiekuna. I ustala sposób informowania rodzica o terminie przyjęcia nastolatka do placówki. Ważne jest, aby podczas tej pierwszej rozmowy telefonicznej zachęcać rodzica do zadawania jak najwięcej pytań, zgłaszania niepokojów i wątpliwości oraz wyjaśniania wszystkich kwestii, które dotyczą przyjazdu dziecka do ośrodka. Najczęściej podajemy też nazwiska terapeutów, którzy prowadzą listę osób oczekujących na przyjęcie i prosimy o kierowanie wszystkich następnych telefonów do tej właśnie osoby.

2. Pierwsze spotkanie z rodziną (lub jednym z rodziców).

Rodzice (lub jedno z nich) czy opiekunowie przyjeżdżają do ośrodka w ustalonym wcześniej dniu i godzinie. Staramy się, aby był to dzień, który odpowiada rodzicom i kadrze terapeutycznej ośrodka. Przed przyjazdem rodzice są szczegółowo informowani o zabrananiu ze sobą obowiązujących dokumentów oraz rzeczy osobistych niezbędnych dziecku podczas pobytu na terapii. Rodzice są też informowani, czego do ośrodka przywozić nie wolno. Pierwsze spotkanie odbywa się w pokoju przyjęć. Na rodzinę czeka terapeuta, który zapoznaje się z nastolatkiem i jego rodzicami i informuje ich o kolejnych krokach potrzebnych do rozpoczęcia terapii. Zaczynamy od rozmowy mającej na celu stworzenie przyjaznej, bezpiecznej atmosfery. Zazwyczaj mówimy, że czekaliśmy na rodzinę i naszego przyszłego klienta, że cieszymy się, że do nas dotarł. Proponujemy posiłek lub kawę, herbatę i zapraszamy do obejrzenia naszego domu. Przewodnikami są zazwyczaj dwaj przedstawiciele społeczności, którzy są tej samej płci co osoba przyjeżdżająca. Następnie rodzice wraz z dzieckiem są ponownie zapraszani do pokoju przyjęć, gdzie przeprowadzany jest wywiad wstępny i przedstawia się obowiązujący w ośrodku program merytoryczny, regulamin i załatwiane są wszystkie formalności wymagane przy przyjęciu (podpisywanie przez rodziców oświadczeń o zgodzie na leczenie i badania diagnostyczne, przetwarzanie danych osobowych itd.). Podczas wypełniania dokumentów zachęca-

my rodziców i dziecko, aby zadawali jak najwięcej pytań. Terapeuta przyjmujący ma wówczas okazję wyjaśnić wszystkie kwestie, które wynikają z zapisów w programie ośrodka, obowiązującym regulaminie i zasadach oraz formalnych dokumentach. Po tych czynnościach rodzice zostają z terapeutą, a osoba przyjmowana proszona jest przez przedstawiciela społeczności o przygotowanie swoich rzeczy osobistych celem poddania ich kontroli Służby Ochrony Mieszkańców (SOM). Podczas kontroli zawsze obecny jest terapeuta. Tłumaczona jest też procedura sprawdzania rzeczy osobistych. Po ich sprawdzeniu przedstawiciele społeczności zapraszają nowo przyjętą osobę do pokoju, w którym będzie mieszkała. Może ona rozpakować swoje rzeczy i poznać pozostałych członków społeczności.

W czasie sprawdzania dziecka przez SOM rodzice poznają program współpracy między rodzinami a ośrodkiem. Otrzymują 10-stronicową broszurę, w której szczegółowo opisany jest ten program. Na pierwszych dwóch stronach znajduje się zdjęcie naszego domu oraz krótki wstęp, w którym dziękujemy rodzicom, że zdecydowali się powierzyć swoje dziecko właśnie nam. Informujemy, że przywiązujemy wielką wagę do współpracy z rodzinami i proponujemy rodzinom określone formy współpracy. Kolejne strony zawierają podstawowe informacje o prowadzonej w ośrodku terapii i opis proponowanych form współpracy.

3. **Szczegółowy program współpracy z rodzicami/rodzinami.**

Program współpracy zakłada systematyczne kontakty rodziców i innych członków rodzin, chociaż nie wszystkie formy tej współpracy są obowiązkowe, a jedynie rekomendowane jako istotne w procesie terapii dziecka. I tak:

1. **Warsztaty psychoedukacyjne** – odbywają się raz w miesiącu i trwają od 3 do 6 godzin w zależności od tematu i zapotrzebowania rodzin. Ta forma współpracy traktowana jest obligatoryjnie. Wszystkie warsztaty prowadzone są metodami aktywnymi z wykorzystaniem elementów moderacji wizualnej, pracy w małych grupach skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemów czy gier i quizów. Często w warsztatach rodzice pracują razem ze swoimi dziećmi. Zazwyczaj

dzielimy rodziców na dwie grupy – rodzice dzieci, które przebywają w ośrodku mniej niż 5 miesięcy i rodzice dzieci, które są w terapii powyżej 5 miesięcy. Tematy zajęć warsztatowych odpowiadają przede wszystkim na problemy i wątpliwości rodziców, ale również dzieci mogą zgłaszać tematy zajęć warsztatowych, które uważają za ważne w ich kontaktach z rodzicami. Przykładowe tematy to: „Problemy mojego dziecka – czy je znam, czy rozpoznaję, czy rozumiem?”, „Na czym polega terapia?”, „Dlaczego moje dziecko?”, „Nasza rodzina – czy znamy się nawzajem”, „Jak kontaktować się z dzieckiem podczas jego pobytu na terapii, jak je wzmacniać”, „Moje umiejętności wychowawcze. Co pomaga poprawić kontakt z dzieckiem”, „Co chciałabym/chciałbym powiedzieć rodzicom?”, „Nasze więzi emocjonalne – co zmienić, żeby było dobrze”, „Jak być razem, kiedy terapia dobiegnie końca”.

2. **Konsultacje indywidualne z terapeutami prowadzącymi terapię dziecka.** Traktujemy tę formę współpracy także jako obligatoryjną. Zachęcamy rodziców do indywidualnego kontaktu telefonicznego lub mailowego. Podajemy numery telefonów (umieszczone są w broszurze) oraz dni i godziny, w których najłatwiej kontaktować się z terapeutą. Uważamy, że aktualna rzetelna informacja pozwala na skuteczniejsze oddziaływanie wychowawcze i terapeutyczne zarówno rodzicom, jak i terapeutom. Tzw. wspólny front tworzony przez rodziny i kadrę ośrodka stwarza optymalne warunki skutecznej terapii. Rodzice mają poczucie wpływu na przebieg terapii i czują się odpowiedzialni za rezultaty osiągnięte przez dziecko. Proponując taką formę współpracy, obawialiśmy się nadmiernej ingerencji rodziców i roszczeń z ich strony. Na szczęście tak się nie stało. Wypracowywanie sposobu utrzymywania częstych kontaktów z rodzinami dało w konsekwencji pozytywne efekty. Rodzice nie dawali się namawiać na różne pomysły dziecka dotyczące szybkiego powrotu do domu, dzieci z kolei przyzwyczyły się do tego, że wszystkie sprawy ich dotyczące omawiamy wspólnie z ich rodzicami.
3. **Współudział w prowadzeniu ośrodka** – to dobrowolna forma współpracy. Zachęcamy rodziców do aktywnego udziału w pracy na

rzecz ośrodka. Ważne jest naszym zdaniem, aby przebywające na terapii nastolatki widziały zaangażowanie opiekunów w działalność placówki. Rodzice mogą dowolnie zadeklarować udział w określonych pracach, takich jak na przykład gotowanie, pranie, prasowanie, przygotowywanie zapraw (kompotów, kiszenie kapusty, wekowanie warzyw i owoców), nauka szycia – naprawy odzieży, fartuchów kuchennych itp., prace w parku, w ogrodzie, prace remontowe itd. Można zgłosić się do tych prac w dogodnych dla rodzica terminach podczas całego pobytu dziecka w ośrodku. Ważne, żeby szczegółowy harmonogram prac, w których chcą wziąć udział, był skonsultowany z terapeutami. Prosimy rodziców o wypełnienie deklaracji (załączonej do broszury) udziału w określonych pracach, podając orientacyjny termin i ilość czasu, którą rodzice mogą poświęcić. Zauważyliśmy, że współudział rodziców w pracy ośrodka buduje ich autorytet, ukazuje dorosłych często w innym świetle i sprzyja odbudowywaniu emocjonalnych więzi z dzieckiem.

4. **Staże rodzicielskie** to propozycja zachęcająca rodziców, lub przynajmniej jednego z nich, do pobytu w ośrodku przez 7 do 10 dni na zasadach obowiązujących w ośrodku, dostosowując się całkowicie do istniejącego regulaminu. Rodzic przechodzi przez kolejne, choć skrócone etapy terapii; bierze udział we wszystkich zajęciach, jakie odbywają się w ośrodku. Ta forma współpracy jest najbardziej ceniona przez rodziców. Uważają oni, że pobyt w ośrodku pozwala im zrozumieć cele i sens prowadzonej terapii, poznać lepiej własne dziecko, docenić jego wysiłek i trud w powrocie do zdrowia. Ta propozycja współpracy kierowana jest do rodziców dzieci, które są w terapii powyżej 3 miesięcy. Obserwujemy, że staże rodzicielskie z roku na rok są coraz chętniej wybieraną formą współpracy z ośrodkiem.
5. **„Umocnić więzi”** – forma obozu terapeutycznego dla rodziców wspólnie z dziećmi, organizowana dla grupy 5-6 rodzin dzieci, które są na ostatnim etapie terapii. Obóz odbywa się w ośrodku wypoczynkowym na Kaszubach i trwa 5-7 dni. Przed południem są warsztaty skoncentrowane głównie na relacjach emocjonalnych w rodzinie.

Omawiane są te doświadczenia rodzinne, które zdaniem członków rodziny przyczyniły się do ucieczki dziecka w substancje psychoaktywne. Rodziny pracują nad nowymi sposobami wzajemnej komunikacji, doskonałą umiejętności wyrażania uczuć, budowania zaufania i ustalają warunki i zasady wspólnego życia po powrocie dziecka do domu. Jeden z warsztatów poświęcony jest analizie kryzysów i traum rodzinnych i ich wpływie na obecne relacje w rodzinie. Popołudnia przeznaczone są na relaks, wspólne wycieczki, basen itp. Każda rodzina przygotowuje dla wszystkich uczestników obozu wieczór integracyjny.

Niezależnie od proponowanych form współpracy rodziny zachęcane są do aktywnego uczestnictwa w spotkaniach świątecznych organizowanych w ośrodku, uroczystościach zakończenia terapii czy rocznicy powstania ośrodka. Na ostatniej stronie broszury zawarty jest następujący tekst skierowany do rodziców: „Okres terapii jest trudnym czasem dla całej rodziny. Najważniejsze dla nastolatków przebywających w ośrodku jest wsparcie i wiara bliskich w sukces terapii. To ważne, abyście Państwo byli konsekwentni wobec dzieci, przy jednoczesnym zapewnieniu, że ich dobro jest dla Was najważniejsze. Pamiętajcie, że Wasze dzieci są w dobrych rękach. W naszym domu nic nie dzieje się bez powodu. Liczymy na owocną współpracę z Wami”. Podpisane – kadra ośrodka.

W pracy przyświeca nam motto, które zachęca rodziców do aktywnego udziału w prowadzeniu ośrodka, w którym przebywa ich dziecko: „Aby pomóc swojemu dziecku w pracy nad pokonaniem uzależnienia i odnalezieniem samego siebie, nie musisz być ekspertem, nie musisz być fachowcem ani specjalistą – wystarczy, że jesteś rodzicem”.

Bibliografia

- Koczurowska J., „Co zrobić, aby dzieci nie sięgały po narkotyki”, Warszawa 1998.
- Koczurowska J., Dolecka A., Skorupski A., Sobczak J., „Dom, który mamy”, Gdańsk 2003.
- Koczurowska J., „Narkotyki – sprawa rodziny”, Świat Problemów, nr 10, 2015.
- „Młodzież i narkotyki, KBPN, 2007.
- Sterlin H., Rucker-Embeden I., Wetzell N., Wirsching M., „Pierwszy wywiad z rodziną”, GWP, Gdańsk, 1999.

Najpopularniejszymi substancjami wśród seniorów są alkohol i papierosy. Narkotyki używane są sporadycznie, głównie przez osoby, które w przeszłości miały z nimi doświadczenia bądź były od nich uzależnione. Preferencje te są odzwierciedleniem wyborów seniorów dokonywanych w młodości. Wśród seniorów objętych badaniem marginalnym problemem jest uprawianie hazardu. Choć należałoby zwrócić uwagę na problem kupowania zdrapek i losów na loteriach.

UŻYWANIE ALKOHOLU, SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I UPRAWIANIE HAZARDU WŚRÓD SENIORÓW

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

Wprowadzenie

Używanie substancji psychoaktywnych przez seniorów jest jednym z najszybciej przybierających na znaczeniu problemów w Stanach Zjednoczonych. Badania z początku XXI wieku szacowały, że liczba osób potrzebujących leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych wzrosła z 1,7 mln w latach 2000–2001 do 4,4 mln w 2020 roku (Korper, Baskin, 2002; Gfroerer, 2003). Jest to związane ze zjawiskiem starzenia się populacji osób urodzonych podczas wyżu demograficznego, które były bardziej narażone w młodych latach na ekspozycję na substancje psychoaktywne, a to z kolei jest uznawane za czynnik ryzyka używania substancji psychoaktywnych w dorosłym życiu (Gfroerer, 2003; Colliver i inni, 2006; Culbertson i Ziska, 2008). Badanie Chhatre i współpracowników (2017) pokazało, że o ile liczba wszystkich przyjęć do leczenia uzależnień rośnie powoli, o tyle odsetek osób w starszym wieku w tym czasie wzrósł z 3,4% do 7%. Jednocześnie zaobserwowano zmiany

w charakterystykach demograficzno-społecznych przyjmowanych seniorów. Ciągłe większość przyjęć jest związana z problemem alkoholowym, ale w ogólnej liczbie zwiększa się liczba przyjęć związanych z używaniem kokainy, marihuany, heroiny i innych

opiatów.

O ile sporo uwagi i badań poświęcono problemowi używania alkoholu przez seniorów, o tyle dość mało wiadomo na temat używania przez nich nielegalnych substancji psychoaktywnych. Podobnie jak w przypadku alkoholu wyróżnia się dwie kategorie seniorów, które używają nielegalnych substancji psychoaktywnych: osoby, które używają nielegalnych substancji psychoaktywnych przez długi okres w życiu aż do starości, i takie, które rozpoczynają używanie substancji dopiero w późniejszym okresie życia. Drugi wzór jest znacznie mniej rozpowszechniony i dotyczy mniej niż 10% osób, które uży-

wają substancji psychoaktywnych w późnej fazie życia (Taylor, Grossberg, 2012).

Zimberg podzielił osoby pijące w starszym wieku na dwie grupy (1974). Pierwsza z nich obejmuje

W ocenie seniorów ich obecny wzór picia różni się od tego z przeszłości. W dalszym ciągu jest on określany jako okazjonalny, jednak z wiekiem zmienia się ilość wypijanego alkoholu, częstotliwość picia, rodzaj trunku. Zmalała też liczba spotkań towarzyskich będących okazją do picia. Seniorzy piją również w samotności, ale na ogół są to symboliczne ilości. Wśród osób, które w przeszłości nadużywały alkoholu, część nadal pije szkodliwie, lecz są tacy, którzy po okresie nadużywania alkoholu zaczęli utrzymywać abstynencję.

osoby, które uzależniły się wcześniej i dożyły wieku emerytalnego, pomimo doświadczania wielu szkód zdrowotnych. Osoby te często oprócz szkód zdrowotnych doświadczają problemów w funkcjonowaniu społecznym: zerwanie więzi rodzinnych, wczesna utrata pracy, bezdomność, niski status społeczny. Drugą grupę stanowią osoby, które zaczęły pić stosunkowo późno w związku z różnymi doświadczeniami życiowymi, takimi jak: przejście na emeryturę i nadmiar wolnego czasu, opuszczenie gniazda rodzinnego przez dzieci, zmiana statusu społecznego, wypadnięcie z głównego nurtu życia, utrata małżonka.

W warunkach polskich Suwała i Gerstenkorn (2006) ustalili, że w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie połowa seniorów miała kontakt z alkoholem z różnym nasileniem. Badanie EZOP (Moskalewicz i inni, 2012) pokazało, że kiedykolwiek na zaburzenia alkoholowe w grupie osób 50-64 lata cierpiało 11,2% ankietowanych, a wśród emerytów 8,7%. Najwyższe proporcje abstynentów i abstynentek odnotowano w grupie 50-64 lata. Pomimo że picie alkoholu zmniejsza się z wiekiem (szczególnie wśród kobiet), to jest to problem wart głębszego zdiagnozowania co najmniej z kilku powodów. Picie alkoholu może pogłębiać i nasilać problemy zdrowotne, jakich doświadczają osoby starsze oraz kolidować z używaniem leków.

Badanie przeprowadzone w Finlandii pokazało, że współwystępowanie używania alkoholu i leków jest szeroko rozpowszechnione w tej grupie wiekowej (Airia i inni, 2005). Używanie leków i picie alkoholu w tym samym czasie jest szczególnie niebezpieczne, jeśli lek wchodzi w interakcje z alkoholem, a trzy czwarte seniorów w Stanach Zjednoczonych przyjmuje przynajmniej jeden tego rodzaju lek (Pringle i inni, 2005). W Stanach Zjednoczonych pomiędzy rokiem 2001 a 2012 zaobserwowano wśród seniorów 124-procentowy wzrost zatruczeń spowodowanych używaniem leków i alkoholu w tym samym czasie (Zanjani i Smith, 2016). Używanie alkoholu, nawet w umiarkowany sposób, jest związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia efektów ubocznych leków (Onder i inni, 2002). Osoby starsze są szczególnie narażone na te efekty w związku ze zmianami w przyswajaniu i metabolizowaniu zarówno leków, jak i alkoholu; efekty interakcji pomiędzy lekami

i alkoholem mogą być bardziej nasilone (Moore i inni, 2007).

Picie alkoholu w starszym wieku może mieć charakter terapeutyczny. Starsi ludzie mogą nie poszukiwać realnego rozwiązania swoich problemów, a maskować przykre odczucia, których doświadczają, sięgając po alkohol. Seniorzy doświadczają pogorszenia sytuacji materialnej związanej z przejściem na emeryturę, pogarszającym się stanem zdrowia fizycznego i kondycji psychicznej. Mogą odczuwać poczucie wyobcowania spowodowane nienadążaniem za zmianami technologicznymi oraz wygaszeniem pełnionych wcześniej ról społecznych. Ich cierpienie może być związane z myślami o zbliżającej się perspektywie śmierci, potęgowanych przez odchodzenie osób z kręgu najbliższych równolatków.

Celem artykułu jest ocena rozpowszechnienia i wzorów używania alkoholu, substancji psychoaktywnych i uprawiania hazardu wśród seniorów.

Metodologia badania

Do przeprowadzenia badań¹ wykorzystano metody badań jakościowych. Przeprowadzono 40 wywiadów semi-strukturyzowanych i dwa zogniskowane wywiady grupowe (ZWG). Respondenci wypełniali też krótką ankietę pozwalającą na zebranie danych socjodemograficznych oraz informacji o używaniu substancji psychoaktywnych. Wśród pytań znalazł się również czteropytaniowy test przesiewowy nadużywania alkoholu CAGE.

Dobór próby miał charakter celowy. Badania prowadzono wśród seniorów i osób, które zawodowo zajmują się pomocą osobom starszym: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatrów, psychogeriatrów, psychologów, pracowników socjalnych, pracowników organizacji pozarządowych świadczących pomoc seniorom.

Do badania włączono seniorów znajdujących się w różnej sytuacji życiowej, tym samym znalazło się w niej kilku respondentów uzależnionych w przeszłości od alkoholu i narkotyków, mających doświadczenia z leczeniem, jak również kilku klientów placówek opiekuńczych. Celem było pozyskanie respondentów z różnym doświadczeniem życiowym i dzięki temu uzyskanie szerokiej reprezentacji odpowiedzi na

zadawane pytania. Badania terenowe prowadzono od połowy czerwca do października 2018 roku.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej działającej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (nr zgody 17/2018). Udział w badaniu był dobrowolny.

Wyniki badań

Opis socjodemograficzny respondentów

Średni wiek respondentów wynosił 67,2 lat, a mediana 66 lat. Różnica wieku wynosiła nawet 27 lat, oznacza to, że najmłodszy respondent miał 60 lat, a najstarszy 87. Osoby między 60. a 64. rokiem życia stanowiły największą frakcję 41,9% (n=18), co trzeci respondent mieścił się w przedziale wieku 65-69 lat (n=13). Między 70. a 74. rokiem życia było 16,3% respondentów (n=7), a między 75. a 79. rokiem życia – 2 osoby. Powyżej 80. roku życia było 7% badanych (n=3). W Warszawie zamieszkiwało 64,3% (n=27) osób, z kolei w społeczności lokalnej 35,7% (n=15). Około 40% badanych (n=17) pozostawało w związku małżeńskim, prawie co piąty (n=10) był wdowcem bądź wdową. 16,3% (n=7) to osoby niebędące w związku, 14% (n=6) to osoby rozwiedzione, a 7% (n=3) respondentów pozostawało w związku nieformalnym.

Prawie połowa respondentów miała wykształcenie średnie (n=19, 46,3%), co czwarty miał wykształcenie zawodowe (n=11, 26,8%) i wyższe (n=10, 24,4%). Tylko jedna osoba posiadała wykształcenie podstawowe. Połowa respondentów (n=21) biorących udział w badaniu była na emeryturze, co piąty (n=8) był na emeryturze i pracował, niewielu mniej było na rencie

(n=6) bądź było zatrudnionych (n=5), jedna osoba była zatrudniona na umowie zleceniu/dzieło.

Substancje używane przez seniorów

Trzech respondentów nigdy nie paliło papierosów, wszyscy natomiast pili alkohol. W przypadku używania narkotyków zdecydowana większość badanych (n=38, 88,4%) nie miała takich doświadczeń. Jedynie 11,6% (n=5) potwierdziło używanie innych substancji psychoaktywnych niż alkohol. Najczęściej była to marihuana, którą używały 4 osoby (9,3%), jedna osoba używała amfetaminy. Wśród respondentów znalazła się osoba, która zadeklarowała używanie wielu narkotyków w przeszłości – kompotu, morfiny, dolarganu (opiodów), opiatów, barbituranów, THC, amfetaminy, LSD, benzodiazepin.

Pytania z testu CAGE, oprócz przesiewu, mogą również służyć do opisu szkód wynikających z picia alkoholu. Niecałe 40% osób powyżej 60. roku życia odczuwało kiedykolwiek w życiu wyrzuty sumienia, miało poczucie winy bądź wstydziło się sposobu swojego picia. Nieznacznie mniej, bo około 35% respondentów miało w swoim życiu takie okresy, że musiało ograniczyć swoje picie, jak również słyszało uwagi na jego temat od osób z bliskiego otoczenia. Najrzadziej seniorzy doświadczali przymusu picia rano po przebudzeniu, aby uspokoić nerwy bądź stanąć na nogi. Takie doświadczenia miał co piąty respondent.

Wśród osób, które doświadczyły negatywnych konsekwencji picia kiedykolwiek w życiu wyróżniliśmy tych, którzy doświadczyli tych samych zdarzeń w ostatnim roku przed badaniem. Seniorzy w czasie ostatnich 12 miesięcy najczęściej odczuwali koniecz-

Tabela 1. Wyniki testu CAGE dotyczące wystąpienia zdarzeń kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy (tylko odpowiedzi „tak”).

Zdarzenie	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy
Konieczność ograniczenia picia	34,9% (N=15)	46,7% (N=7)
Uwagi na temat picia	34,9% (N=15)	40,0% (N=6)
Wyrzuty sumienia, poczucie winy lub wstyd z powodu picia	39,0% (N=16)	40,0% (N=6)
Przymus picia na następny dzień	21,4% (N=9)	33,3% (N=3)

ność ograniczenia picia (46,7% spośród tych, którzy doświadczyli zdarzenia kiedykolwiek w życiu) oraz słyszało uwagi od bliskiego otoczenia na temat swojego picia. Trochę rzadziej respondenci odczuwali wyrzuty sumienia w związku z piciem, a co trzeci odczuwał przymus picia.

Minimum jeden punkt na skali testu CAGE kiedykolwiek w życiu uzyskało 39% respondentów. 16,3% spośród wszystkich seniorów uzyskało minimum jeden punkt na skali testu w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wyniki uzyskane w ankiecie potwierdzają wypowiedzi respondentów otrzymane w badaniach jakościowych. Z informacji pochodzących od profesjonalistów zajmujących się pomocą osobom starszym wynika, że spośród substancji psychoaktywnych seniorzy najczęściej wybierają alkohol i tytoń. Narkotyki używane są sporadycznie, przede wszystkim przez osoby, które w przeszłości były od nich uzależnione lub były ich użytkownikami. Takie tendencje w wyborach były, zdaniem profesjonalistów, odzwierciedleniem decyzji podejmowanych w przeszłości. Profesjonalista: *Myślę, że statystycznie, jeśli weźmiemy osoby po 60. roku życia z małych miejscowości, średnich, dużych, to myślę, że alkohol zdecydowanie jest największym problemem ze wszystkich dostępnych używek.* (PB21082018MPROF)

Profesjonalista: *Osoby po 60-tce w Polsce oczywiście palą tytoń, piją alkohol, co do innych substancji to wydaje mi się, że jeśli nie mamy do czynienia z osobą uzależnioną wcześniej, to [tyle – autorzy].* (AŁ29072018MPROF)

Zdaniem profesjonalistów wśród seniorów można odnotować większe niż w populacji generalnej rozpowszechnienie nadużywania leków. Są to leki przepisywane przez lekarza na różnego rodzaju schorzenia oraz leki przyjmowane bez przepisu lekarza, kupowane bez recepty. Seniorzy przyjmują je w związku z pojawiającymi się trudnościami w funkcjonowaniu – fizycznym i psychicznym.

Profesjonalista: *Biorą tabletkę, bo nie mogą spać. Twierdzą, że nie są uzależnieni. Po drugie już są w takim wieku, tak im mówi lekarz, no że jak nie mogą zasnąć, organizm nie może sprawnie funkcjonować, to nie ma innego wyjścia, tylko brać tabletki. Sami tak mi mówią, nie wiem do końca, na ile to jest prawdą. Więc tabletką jest w ich wieku środkiem na wszystko, w niektórych przypadkach. Tak uważają.* (BS03072018KPROF)

Często są to kobiety, które używają leków z powodu bezsenności w okresie menopauzy. Lekarze często przepisują różne środki, aby złagodzić objawy.

Profesjonalista: *Pewnie odpowiedź nie będzie prosta, dlatego że osoby, które sięgają po leki, są to kobiety, które cierpią na bezsenność i jest to pierwszy powód. Lekarze bardzo często przepisują leki w okresie menopauzy kobietom, bardzo chętnie to robią i kobiety nie mają nigdy problemu, żeby takie leki zdobyć.* (AŁ29072018MPROF) Leki są również powszechnie używane w momencie wystąpienia różnego rodzaju problemów – śmierć bliskich, rozwód. Dzięki czemu seniorom łatwiej jest sobie poradzić w kryzysowych sytuacjach.

Profesjonalista: *Wchodzenie w schyłek życia to taki okres, kiedy odchodzą bliscy, rodzeństwo, wcześniej rodzice, niekiedy dzieci, bardzo bliskie osoby i oczywiście wiele osób szuka pomocy w lekach. Sięgają po lek, który im pozwoli przejść przez taki trudny okres.* (AŁ29072018MPROF)

Zdarza się, że przez to dochodzi do nadużywania leków, które są przez seniorów traktowane jako remedium na wszelkie dolegliwości.

Profesjonalista: *Mam wrażenie, że czasami traktują te leki jak pastylki. Na każdy problem najlepiej wziąć, nie wiem, tabletkę przeciwbólową i przejdzie. Niskie poczucie wartości, obniżony nastrój – najlepiej wziąć jakiś lek, to przejdzie. Chociaż zawsze im tłumaczę, że najgorsze, co może być, to zamknąć się w czterech ścianach i nie wychodzić do ludzi.* (BS03072018KPROF)

Wzór używania alkoholu

Seniorzy najczęściej oceniali swój obecny i wcześniejszy wzór picia alkoholu jako okazjonalny. W przeszłości na ogół łączyli picie z różnymi spotkaniami towarzyskimi – pili podczas imienin, urodzin, wesel, narodziny dzieci. Alkohol towarzyszył im regularnie. Jednak nie mieli poczucia jego nadużywania.

Senior: *Ja piłem okazjonalnie. Były imieniny kumpla – piliśmy, była Barbórka, jakaś impreza – wypiliśmy. Ale to nie w ten sposób, że to było jakieś takie picie, że ja wychodziłem z domu i z rana flaszkę czy na odwagę.* (BS21062018MWAW)

Obecnie również piją podczas spotkań towarzyskich, jednak jak podkreślają, jest ich znacznie mniej niż w przeszłości, a poza tym podczas jednego spotkania wypijają mniej alkoholu. Oznacza to, że częstotli-

wość picia się zmieniała. Czasami seniorzy w ogóle zaprzestają używania alkoholu.

Senior: *No staram się nie przekroczyć granic tego, żeby się upić, ale nie odmawiam, no jak jest impreza, jest okazja, to po prostu uczestniczę w niej. Nie wzbraniam się, nie mówię, że ja nie, ja nie będę piła.* (MK25072018KWAW)

Jeśli chodzi o kontekst picia, to jak już zostało wspomniane, na ogół alkohol jest używany w sytuacjach społecznych. Zdarza się jednak, że seniorzy piją również w samotności. Deklarują też picie alkoholu w celach terapeutycznych, „dla zdrowotności”.

Senior: *Naleweczkę to i samodzielnie sobie wypijam, a czasami, jak są jakieś urodziny czy znajomi przyjdą, czy córki, czy zięciowie, czy wnuczki... ale czasami to i sama, ale to już nie jest tak często, tylko sporadycznie.* (PB20082018KSPOŁŁOK)

Seniorzy zamieniali również rodzaj wypijanego alkoholu – wódkę na drinki bądź na inny słabszy niż wódka alkohol – piwo, wino, szampan.

Senior: *No kiedyś piło się tylko wódkę, czystą wódkę. Później weszły drinki, pije się drinki. Ostatnio zasmakowałam tylko i wyłącznie w whisky, więc jeśli jest jakaś impreza, no to wybieram whisky.* (MK25072018KWAW)

Dla niektórych picie okazjonalne przerodziło się w uzależnienie. Wśród respondentów znalazły się również osoby, które miały problem z nadużywaniem alkoholu i które w przeszłości były uzależnione. Jednak obecnie uzależnienie jest w ich ocenie wyleczone, nie mają poczucia, że jest to problem. Niektórzy piją alkohol okazjonalnie, potrafią kontrolować picie i czerpią z tego przyjemność.

Senior: *Abstynencję bardzo długi okres czasu utrzymywałam na zasadzie takiej, że od świąt do świąt, sporadycznie lampka wina, jakieś piwko i tak dalej. Miałam obawy powrotu do nałogu. W chwili obecnej uważam się za osobę, która już nie ma z tym problemu. Pijąc raz na jakiś czas piwo, nie mam obaw, że z powrotem powrócę, ponieważ piję tylko dla przyjemności. Alkohole takie jak wódka, jakieś silniejsze środki, silniejsze trunki raczej mnie nie interesują.* (BS30072018MWAW)

Granie w gry hazardowe

Seniorzy, jeśli już grają w jakieś gry hazardowe, to najczęściej w gry liczbowe – totolotka. Nie robią tego

często, granie jest raczej sporadyczne i uzależnione od kumulacji oraz dostępności środków finansowych. Jeśli nie mają pieniędzy, to raczej rezygnują z grania. Senior: *Sporadycznie. Raz w miesiącu, raz na trzy miesiące. Tak po prostu pomyślę sobie, o, przechodzę koło lotto, ach, patrzę te 4 miliony, przydałoby się, chociaż połowa tego albo 1/3, a może mi się uda. I wtedy, jak mam w portmonetce, bo korzystam z karty płatniczej, więc jak mam w portmonetce te pieniądze przygotowane, to wchodzę i wtedy kupuję. Ale bardzo rzadko.* (MK25072018KWAW)

Oprócz totolotka seniorzy grają również w zdrapki. Koszt losu jest niski, a możliwość wygrania dużych sum pieniędzy kusząca. Grają również w loterie SMS-owe oraz obstawiają zakłady sportowe w punktach bukmacherskich. Seniorzy, którzy interesują się sportem przychodzą do punktów stacjonarnych i puszczają zakłady.

Senior: *Zdarza mi się czasami zagrać w totolotka, kupić jakąś zdrapkę. Tak, ale to sporadycznie. No, jak widzę w telewizorze, że są do wygrania 32 miliony złotych, to to mnie zachęca do tego, żeby iść i kupić ten los za tam 12 czy 13 złotych. A nuż się uda.* (AŁ-03092018MWAW)

Motywacją do grania w gry hazardowe (w totolotka) jest poprawa własnej sytuacji materialnej.

Senior: *W totolotka czasami gram, grywam. Ale sporadycznie. Nie mam szczęścia do loterii, więc kilkakrotnie zagrałam dla chęci wygrania, zysku, żeby może polepszyć sobie byt. Może zamieniłabym mieszkanie, wyjechałabym za granicę, na pewno bym po części wsparła dzieci. Spełniłabym swoje marzenia.* (BS12072018KWAW)

Zdarza się, że seniorzy grają w różnego rodzaju gry komputerowe. Na ogół są to proste gry, niewymagające dużej zręczności. Potrafią one mocno zaangażować seniorów. Granie w gry komputerowe jest raczej charakterystyczne dla młodszych seniorów, którzy są obeznani z komputerem. Nie są to jednak gry, w których stawia się pieniądze.

Profesjonalista: *Co mnie zaskoczyło, kiedyś na treningu pamięci opowiadaliśmy sobie różne sytuacje życiowe, jak spędzamy wolny czas, bo to też ma wpływ na pamięć, no i dowiedziałam się, że są panie, które całe wieczory, a nawet pół nocy są w stanie przesiedzieć nad grami komputerowymi, ale takimi prostymi, czyli odbijanie piłeczki, Tetris czy tam tego rodzaju. Mnie to bardzo*

zaskoczyło, bo ja myślałam, że po prostu szkoda na to czasu, ale nie. Jeżeli są obeznani z komputerem, to grają. Jeśli chodzi o gry, to takiego rodzaju gry owszem, są dla nich, no dostępne. (BS03072018KPROF)

Podsumowanie

Najpopularniejszymi substancjami wśród seniorów są alkohol i papierosy. Narkotyki używane są sporadycznie, głównie przez osoby, które w przeszłości miały z nimi doświadczenia bądź były od nich uzależnione. Preferencje te są odzwierciedleniem wyborów seniorów dokonywanych w młodości.

Wśród seniorów objętych badaniem marginalnym problemem jest uprawianie hazardu. Choć należałoby zwrócić uwagę na problem kupowania zdrapek i losów na loteriach. Zdarza się, że mężczyźni obstawiają zakłady w punkcie bukmacherskim. Nie jest to częste zjawisko, na ogół granie uzależnione jest od kumulacji i możliwości wygrania dużych sum pieniędzy. Wśród seniorów zdarzają się osoby doświadczające zaburzeń hazardowych, u których granie spowodowało dotkliwe szkody. Jednak są również takie, które deklarują, że w przeszłości uprawiały hazard w sposób problemowy, a obecnie grają tylko sporadycznie. Ograniczyli granie, ponieważ przegrywali i dostrzegli te negatywne konsekwencje. Motywacją do grania w gry hazardowe (w totolotka) jest poprawa własnej sytuacji materialnej. Innym zjawiskiem wartym odnotowania jest granie seniorów w różnego rodzaju gry komputerowe. Są to gry niemające skomplikowanych zasad, niewymagające dużej zręczności. Gry komputerowe potrafią mocno zaangażować seniorów, którzy spędzają nad nimi dużo czasu. Granie na komputerze jest raczej domeną osób, które są z nim obeznane – młodszych z grupy seniorów. Pojawił się również problem wysyłania płatnych SMS-ów, np. do wróżek.

W ocenie seniorów ich obecny wzór picia różni się od tego z przeszłości. W dalszym ciągu jest on określany jako okazjonalny, jednak z wiekiem zmienia się ilość wypijanego alkoholu, częstotliwość picia, rodzaj trunku. Zmalała również liczba spotkań towarzyskich będących okazją do picia. Seniorzy piją również w samotności, ale na ogół ilości spożywanego alkoholu są symboliczne. Wśród osób, które w przeszłości nadużywały alkoholu, część w dalszym

ciągu pije szkodliwie, lecz są tacy, którzy po okresie nadużywania alkoholu zaczęli utrzymywać abstynencję. Bywa, że jest ona od czasu do czasu łamana poprzez wypijanie niewielkich ilości alkoholu.

Przypisy

¹ Badanie zostało zrealizowane dzięki finansowaniu ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, przyznanemu przez Ministra Zdrowia.

Bibliografia

- Aira M. i inni (2005), Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – A source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (7) (2005), 680–685.
- Chhatre S. i inni (2017), Trends in substance use admissions among older adults. *BMC Health Services Research*; Aug 22;17(1):584. doi: 10.1186/s12913-017-2538-z.
- Colliver J.D. i inni (2006), Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Ann Epidemiol.*;16:257–265. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.08.003 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718917300952?via%3Dihub-bbib0030>.
- Culberson J.W., Ziska H. (2008), Prescription drug misuse/abuse in the elderly. *Geriatrics*; 63(9):22–31.
- Gfroerer J. (2003), Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug Alcohol Depend.*;69:127–135. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00307-1.
- Korper S.P., Raskin I.E. (eds.) (2002), Substance use by older adults: Estimates of future impact on the treatment system (Analytic Series A-21, DHHS Publication No. SMA 03-3763). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Moore A.A. (2007), Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5 (1), 64–74.
- 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.
- Onder G. i inni (2002), Moderate alcohol consumption and adverse drug reactions among older adults. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 11 (5), 385–392.
- Pringle K.E. i inni (2005), Potential for alcohol and prescription drug interactions in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (11), 1930–1936.
- Suwała M., Gerstenkorn A. (2006), Palenie tytoniu i picie alkoholu w wielkomiejskiej populacji osób w starszym wieku. *Psychogeriatrya Polska*, 3(4), 191–200.
- Taylor M.H., Grossberg G.T. (2012), The growing problem of illicit substance abuse in elderly review. *Prim Care Companion CNS Disord.*;14(4). pii: PCC.11r01320. doi: 10.4088/PCC.
- Zanjani F. (2016), Concurrent alcohol and medication poisoning hospital admissions among older rural and urban residents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42 (4), 422–430.
- Zimberg S. (1974), The elderly alcoholic. *The Gerontologist*, 14(3), 221–224.

Ponad 60% osób trafiających do hostelu interwencyjnego dla LGBT+, prowadzonego przez Stowarzyszenie Lambda, ma w swoim życiu doświadczenie nadużywania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zdecydowana większość tych osób wychowywała się w rodzinie z problemem uzależnienia – część zaś w dorosłym życiu była w związku partnerskim z osobą uzależnioną. Co wiemy o uzależnieniu osób LGBT+? Doświadczenia z działalności hostelu interwencyjnego dla tej grupy społecznej mogą rzucić nieco światła na jej problemy.

UZALEŻNIENIE I KRYZYS BEZDOMNOŚCI A SPOŁECZNOŚĆ LGBT+

Maja Ruszpel
Specjalistka terapii uzależnień
Fundacja Inspiratoria

Historia 1 – Agnieszka: lesbijka¹

Agnieszka ma 21 lat. Urodziła się we wsi Ogrodniki pod Siemiatyczami. Jej matka była uzależniona od alkoholu i poza Agnieszką miała kilkoro dzieci z różnymi partnerami. W domu była bieda. Jediną osobą, o której dziś ciepło mówi, jest ojciec. Bo ojciec kochał Agnieszkę i dał jej dużo.

Byli ze sobą blisko, ale mężczyzna zachorował i przedwcześnie zmarł. Jego miejsce zastąpił nowy partner matki, który nigdy nie zaakceptował dziewczyny. Bił ją i właściwie to on doprowadził do tego, że mając kilkanaście lat, musiała wyprowadzić się z domu. Agnieszka nie chce o tym pamiętać ani tam wrócić, ponieważ jedyne, co pamięta, to picie i przemoc... Dość szybko odkryła, że alkohol pomaga jej zapomnieć, nie czuć i nie zastanawiać się nad tym, jaka czeka ją przyszłość w dorosłym życiu. Agnieszka odkryła, że jest lesbijką. Ale z nikim u siebie na wsi o tym nie rozmawiała. Dopiero po wyjeździe z Podlasia poznała koleżankę, w której się zakochała.

Jak sama mówi – to dzięki niej dowiedziała się, co to znaczy być kochaną i kochać. Ten związek nie przetrwał próby czasu i po rozstaniu Agnieszka została bez wsparcia, domu, rodziny; bez wykształcenia. A ostatnia bliska osoba z rodziny, na którą mogła liczyć, czyli ciocia, kiedy

dowiedziała się o jej orientacji, powiedziała, że nie chce mieć nic wspólnego – jak to określiła – ze „zboczeniem”. I wtedy Agnieszka trafiła do hostelu interwencyjnego LGBT+ prowadzonego przez Stowarzyszenie Lambda.

Historia 2 – Julia: kiedyś Krzysztof

Na portalu www.stopuzalezniom.pl czytamy: Z danych zebranych przez firmę badawczą Stonewall wynika, że spożycie alkoholu jest wyższe w populacji LGBTQ+ w porównaniu do ogółu populacji. Spośród przebadanych 5000 osób LGBTQ+ w całej Anglii, Szkocji i Walii 78% gejów i biseksualnych mężczyzn oraz 77% lesbijek i kobiet biseksualnych piło alkohol w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie, w porównaniu do 68% mężczyzn i 58% kobiet z ogólnej populacji.

27-letnia Julia, dzieląca w hostelu pokój z Agnieszką, jest z Warszawy, ale nie mieszka z rodziną. Po przyjęciu do hostelu znalazła pracę, która zapewniła jej środki na podstawowe utrzymanie. Pracuje w sklepie. Fizycznie nadal posiada cechy męskie – jest wysoka, mocno zbudowana, ma nadal niski głos, choć mężczyzną się nie czuje. Jednak trudno jej wyobrazić sobie sytuację, w której znalazłaby w sobie odwagę i poprosiła tak przełożonego, jak i klientów sklepu, by nie zwracali się do niej w formie „proszę pana” oraz poinformowała, że jest w trakcie terapii hormonalnej.

Julia prowadzi zatem dwa życia – jedno w hostelu, w którym ma prawo być Julią, a drugie w świecie zewnętrznym, gdzie jest Krzysztofem. Poza pracą nie ujawnia swojej tożsamości – tylko w hostelu daje sobie prawo, by być sobą i wie, że może tego oczekiwać. Niedawno zakończyła bliską relację, którą sama określa jako „toksyczną”. Czuje się samotna,

boi się bliskich relacji, bo te wspomina jako przemocowe. Także w jej doświadczeniu, jak w doświadczeniu Agnieszki, alkohol i nielegalne substancje psychoaktywne pomagały zapomnieć o stresie mniejszościowym i odrzuceniu. Mama Julii nie chce z nią utrzymywać kontaktu – sama Julia też do niego nie dąży.

Takich historii jest wiele, różnią się tylko rodzajem występujących problemów oraz zaburzeń. Jedno jest wspólne: osoby, które tu trafiają najczęściej urodziły się w małych miejscowościach – kiedy ukończyły 18 lat wyjechały do Warszawy lub innego dużego miasta, szukać lepszego życia oraz, co kluczowe – akceptacji ich orientacji psychoseksualnej. Wszystkie miały problem z nadużywaniem lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Ten problem jest rodzajem tabula rasa czy tematem tabu, bo niewiele się w Polsce o kryzysie bezdomności i występowaniu uzależnień u homoseksualnych kobiet mówi. Tak jak nie mówi się o kryzysie bezdomności i uzależnieniach u osób transseksualnych.

Projekt mieszkań treningowych, w którym biorą udział Agnieszka i Julia, jest realizowany przez Stowarzyszenie Lambda. Polega on na stworzeniu miejsc zakwaterowania dla osób LGBT+ (lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe), zagrożonych lub doświadczających przemocy ze względu na orientację seksualną i/lub tożsamość płciową, w wyniku czego są one zmuszone do opuszczenia miejsca zamieszkania i/lub doświadczają dyskryminacji w miejscu zatrudnienia. Widmo doświadczenia wykluczenia społecznego w obliczu faktu, że istniejące formy pomocy nie są adekwatne do potrzeb osób LGBT+, skutkuje obawą przed korzystaniem z ogólnodostępnych miejsc pomocowych ze względu na strach przed dyskryminacją ze strony innych osób przebywających w tych miejscach oraz personelu. Stowarzyszenie Lambda stara się odpowiedzieć na ich potrzeby.

Stres mniejszościowy i uzależnienie

Wychowawca i psychoterapeuta Gniewomir Gredes: – Niewielu mieszkańców utrzymuje kontakt z rodziną, a nawet jeśli tak się dzieje, to relacje te są bardzo trudne. Odbiorcy naszych działań zazwyczaj deklarują brak wsparcia ze strony bliskich i często sami też rezygnują z kontaktów z nimi.

Kierownik hostelu, psychotraumatolog, interwent kryzysowy, psycholog Sulimir Mateusz Szumielewicz, dodaje: – Żeby zrozumieć, jak nasi podopieczni funkcjonują

i dlaczego do nas trafiają, trzeba na nich patrzeć przez filtr stresu mniejszościowego. Sam fakt braku dachu nad głową powoduje, że tracą poczucie bezpieczeństwa. Nie ma więc nic dziwnego, że mają w swoim życiu krótszy lub dłuższy epizod doświadczenia nałogowego używania substancji psychoaktywnych. Dodać do tego należy brak akceptacji społecznej i to błędne koło się zamyka. Osoby LGBT+, szczególnie z małych miejscowości, mają problem ze znalezieniem pracy, dobrej pracy, takiej którą chciałyby wykonywać, więc godzą się na to, co im podsuwa los, po prostu po to, by móc przetrwać. Podobnie bywa z bliskimi relacjami, w jakie wchodzą – bywają wykorzystywane emocjonalnie, seksualnie, nieszanowane.

Gniewomir Gredes dopowiada: – Ten stres mniejszościowy jest kluczowy – jeżeli nie można być sobą, to cały czas jest się w poczuciu zagrożenia. Znam sytuacje, w których wyszło na jaw – nawet na terapii – że dany człowiek nie jest osobą heteronormatywną i zaczął być prześladowany przez innych pacjentów. To naprawdę jest bardzo trudne i obciążające doświadczenie. Nie ma w tym nic dziwnego, że w używaniu substancji psychoaktywnych szukają ucieczki i ulgi w cierpieniu.

Historia 3 – Piotr i Iwan

Wydawać by się mogło, że w grupie osób LGBT+ najlepiej społecznie odnajdują się homoseksualni mężczyźni. Sporo się o tej grupie społecznej ukazało w mediach artykułów, wywiadów czy reportaży. Społeczeństwo polskie od kilku lat „oswaja” się z trudnym dla wielu – szczególnie konserwatywnych – środowisk zrozumieniem i zaakceptowaniem nieheteronormatywności. Liczne coming outy, parady równości dają złudzenie, że akurat ta grupa nie ma problemu z dyskryminacją czy niemożnością znalezienia pomocy. Czy tak jest naprawdę?

49-letni mieszkaniec hostelu, Piotr, żyjący od dzieciństwa z niepełnosprawnością (wada słuchu i wzroku) miał dom i pracę, opiekę medyczną i socjalną, dopóki mieszkał w Niemczech. Jego rodzice wcześniej zmarli – od 30 lat nie ma w Polsce rodziny. Jednak kiedy partner, z którym był związany za granicą, go porzucił, Piotr musiał wrócić do Polski i korzystać z pomocy DPS-u, OPS-u, aż w końcu trafił do hostelu. Podobnie Iwan z Mińska. Na Białorusi przez całe dzieciństwo i młodość ukrywał swoją tożsamość, wstydił się jej i bał. Nigdy jej nie akceptował, do czasu, kiedy poznał Pawła z Krakowa. Tworzyli w Polsce

wieloletni związek – razem mieszkali, pracowali. Jednak po rozstaniu Iwan stracił pracę i dach nad głową.

W przypadku Piotra i Iwana związki partnerskie, w których byli, nazwalibyśmy związkami opartymi na współuzależnieniu – ich partnerzy byli bowiem osobami uzależnionymi od alkoholu. I choć w stereotypowym myśleniu utarło się, że współuzależnienie dotyczy głównie kobiet będących w bliskiej relacji z uzależnionym partnerem i że to kobiety są zależne ekonomicznie od swoich mężów, to ten problem tak samo dotyczy homoseksualnych mężczyzn, którzy z różnych przyczyn nie mają wystarczających zasobów, by poradzić sobie w życiu samodzielnie. Co więcej, często są uzależnieni od swoich partnerów także ekonomicznie i doświadczają od nich przemocy.

Uzależnienie i współuzależnienie a LGBTQ+

Kosma Kołodziej w piśmie wydawanym przez Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pisze: „Przykładem grupy mniejszościowej, którą bardzo często spotyka ostracyzm społeczny, szczególnie w naszym kraju, są osoby nieheteroseksualne, w skrócie LGBT (...). Jest to mniejszość, u której zauważono częste występowanie:

- znęcania się psychicznego i fizycznego przez osoby z rodziny oraz otoczenia,
- epizodów bezdomności,
- depresji,
- stresu mniejszościowego,
- zaburzeń odżywiania (bulimia, anoreksja, złe nawyki żywieniowe),
- ryzykownych zachowań seksualnych,
- dużego ryzyka wystąpienia prób samobójczych,
- zwiększonego spożywania alkoholu, palenia papierosów oraz zażywania narkotyków”².

Gniewomir Gredes pytany o to, jak wyglądają statystyki dotyczące uzależnienia, mówi: – Badania są bardzo okrojone, wąskie, nie każdy kraj się tym zajmuje – są realizowane próby na jakiejś wybranej grupie. Co do Polski nie mamy danych, które można byłoby nagłośnić. A jak wygląda to za granicą? Na portalu www.stopuzaleznieniom.pl czytamy: Z danych zebranych przez firmę badawczą Stonewall („LGBT in Britain: Health Report”, 2019) wynika, że spożycie alkoholu jest wyższe w populacji LGBTQ+ (lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, queer oraz osoby aseksualne) w porównaniu do ogółu

populacji. Spośród przebadanych 5000 osób LGBTQ+ w całej Anglii, Szkocji i Walii 78% gejów i biseksualnych mężczyzn oraz 77% lesbijek i kobiet biseksualnych piło alkohol w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie, w porównaniu do 68% mężczyzn i 58% kobiet z ogólnej populacji. Co więcej, 16% osób LGBTQ+ twierdziło w badaniu, że piło alkohol prawie codziennie w ciągu ostatniego roku (w porównaniu do 10% całej populacji UK). Ponadto ankieta przeprowadzona w 2021 roku przez NHS Digital wykazała, że osoby LGB częściej niż heteroseksualne piły alkohol w ilości przekraczającej brytyjskie normy krajowe dla „bezpiecznego” picia, tj. 14 jednostek alkoholu tygodniowo. W przypadku osób identyfikujących się jako LGB średnia liczba jednostek spożywanych tygodniowo wynosiła 17,7 (wobec 12,7 jednostek tygodniowo wśród osób heteroseksualnych)³.

Dane z National Survey on Drug Use and Health (NS-DUH) z 2018 roku mówią, że ponad jedna trzecia (37,6%) dorosłych należących do mniejszości seksualnych w wieku 18 lat i starszych zgłosiła używanie marihuany w ciągu ostatniego roku w porównaniu do 16,2% deklarujących takie zachowanie w całej dorosłej populacji. Także używanie opioidów w ubiegłym roku (w tym nadużywanie opioidów wydawanych na receptę lub używanie heroiny) było wyższe – 9% dorosłych należących do mniejszości seksualnych w wieku 18 lat lub starszych zgłosiło takie zachowanie wobec 3,8% w całej populacji dorosłych⁴.

Co wiemy na temat osób LGBTQ+ i uzależnienia w Polsce? Jak już zaznaczono, badań na ten temat nie ma – nie wiemy więc, jaki odsetek osób uzależnionych to osoby nieheteronormatywne, nie wiemy, od czego się uzależniają i czy podejmują terapię uzależnień, podobnie, jak nie wiemy, jak często tkwią w relacjach, w których doświadczają ze strony partnera przemocy oraz czy jest to partner uzależniony. Posiłkować można się więc doświadczeniem Gniewomira Gredesa i Sulimira Szumielewicza. Jak tłumaczy Szumielewicz: – Obszar uzależnień stanowi jakby osobny kontekst trudności życiowych (psychicznych) naszych podopiecznych. Wielu mieszkańców i mieszkank ma w swoim doświadczeniu eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi i/lub alkoholem. Zdarzało się, że substancje te były dla nich dostępne w domu rodzinnym – że ich opiekunowie nadużywali lub byli uzależnieni od alkoholu. Co do samych doświadczeń nadużywania, to podsumowując moje obserwacje jako kierownika hostelu, mogę jednoznacznie stwierdzić, że problem uzależnienia dotyczył ponad 60% uczestników, przy czym – co cieszy

– kilka osób ma już ukończony pogłębiony proces terapeutyczny i zachowywało abstynencję.

Jednocześnie w przypadku wszystkich tych osób nadal istnieje potrzeba intensywnych oddziaływań terapeutycznych (w tym terapeutów uzależnień) i opiekuńczo-wychowawczych. Skąd ta potrzeba? Niestety, kilkunastokrotnie odnotowaliśmy przypadki opuszczenia mieszkań treningowych z powodów regulaminowych. Bo to, co trzeba podkreślić, to fakt, że w hostelu podstawowym ograniczeniem swobody jest właśnie całkowity zakaz spożywania alkoholu i przyjmowania substancji psychoaktywnych. Oczywiście, wśród mieszkańców są osoby, dla których spożycie niewielkiej ilości alkoholu nie stanowiłoby żadnego zagrożenia, ale jest też bardzo liczna grupa osób uzależnionych – wspomniane 60% – i dlatego ściśle przestrzeganie tego zakazu przez wszystkich mieszkańców jest konieczne. Stąd potrzeba zatrudnienia terapeuty uzależnień stała się widoczna zaraz po otwarciu hostelu, kiedy nastąpiło wiele naruszeń regulaminu (głównie niezachowanie abstynencji).

Każda z osób mieszkających w hostelu, która ma za sobą doświadczenie uzależnienia, korzysta więc z konsultacji terapeuty uzależnień. Widać, że większość mieszkańców w czasie pobytu w hostelu – mając zapewnione poczucie bezpieczeństwa i wsparcie – nie ma potrzeby odurzania się ani nie myśli o powrocie do nałogu. Tylko raz zdarzyła się sytuacja, gdy dwie osoby będące pod opieką terapeuty uzależnień, nie zgłaszając wcześniej symptomów nawrotu czy głodu alkoholowego, choć mogły poruszyć ten problem na terapii – pomimo regulaminu wniosły na teren hostelu alkohol i go spożyły. Tym samym musiały opuścić hostel. Część osób – poza konsultacjami z terapeutą uzależnień – zaczyna także korzystać z grup samopomocowych typu Anonimowi Alkoholicy czy Anonimowi Narkomani. Niektórzy chcą kontynuować terapię po opuszczeniu hostelu. W rozmowach z mieszkańcami hostelu często pojawia się temat problemów psychicznych (np. obniżenie nastroju, trudności emocjonalne, stany lękowe) spowodowanych utrzymaniem abstynencji. Osoby te potrzebują konsultacji z terapeutą uzależnień i pomocy nie tylko w hostelu, ale również po jego opuszczeniu.

Możliwość mieszkania w hostelu, bezpiecznym miejscu, pozwala im zastanowić się nad swoimi relacjami z ludźmi oraz planować przyszłość zawodową lub powrót do szkoły. Substancja psychoaktywna przestaje im być potrzebna. Zdrowie psychiczne to nie tylko problem z nałogiem, znaczna część mieszkańców zmaga się z objawami kryzysu

emocjonalnego: zaburzeniami depresyjno-lękowymi, dysforią płciową lub zaburzeniami osobowości. Niektórzy mają również myśli rezygnacyjne czy samobójcze. Ta część mieszkańców wymaga wzmożonej pomocy psychologicznej/psychoterapeutycznej i jest pod kontrolą lekarza psychiatry (przyjmowali głównie leki antydepresyjne i lękowe). Dodatkowo osoby z doświadczeniem uzależnienia oraz będące w kryzysie bezdomności potrzebują czegoś więcej niż wsparcie terapeuty uzależnień czy psychoterapeuty. Hostel podejmuje więc równoległe szereg innych działań o charakterze aktywizującym i wspierającym osoby LGBT+ w kryzysie bezdomności. A wszystkie formy wsparcia i umiejętne z nich korzystanie stwarzają szansę na pokonanie sytuacji kryzysowej i usamodzielnienie. Są wśród nich m.in. wsparcie prawne, poradnictwo socjalne, prace warsztatowe, wsparcie wychowawcze.

Hostel interwencyjny

Trafić do hostelu można poprzez kontakt z psychologiem z telefonu zaufania, jaki prowadzi Lambda lub pisząc do Lambdy e-maila. W hostelu na co dzień przebywa maksymalnie 10 osób. Pracują tam zarówno wychowawcy, jak i psychoterapeuci czy interwenci kryzysowi. Ale nigdzie w internecie ani innym miejscu publicznym nie znajdziemy ich nazwisk, tak jak nie poznamy nigdy publicznie tożsamości ich mieszkańców (o ile sami nie zdecydują inaczej) oraz nie poznamy jego adresu.

– Szyld z nazwą hostel LGBT+, tak jak tęczą, budzi w niektórych osobach skrajne i nienawistne emocje. Nie podajemy adresu publicznie z jednego powodu: aby nie trafiły tam osoby niepożądane. Dbamy o to, by zapewnić bezpieczeństwo i mieszkańcom, i pracownikom hostelu. Każda osoba deklaruje więc i podpisuje obowiązek zachowania tajemnicy. I jak się okazuje, jest to skuteczne: do tej pory nie mieliśmy żadnej sytuacji związanej z najściem lub sytuacjami, które mogłyby zagrażać czyjemukolwiek zdrowiu lub życiu, więc myślę, że wszyscy tutaj dbają o wspólną przestrzeń, by ta społeczność była bezpieczna – mówi Sulimir Szumielewicz.

Gniewomir Gredes dodaje: – Warunkiem przyjęcia do naszych mieszkań treningowych jest własna motywacja zgłaszającego się do zmiany aktualnej sytuacji życiowej oraz brak innej możliwości uzyskania poczucia bezpieczeństwa (np. poprzez samodzielne wynajęcie mieszkania) i samodzielnego utrzymania się lub znajdo-

wanie się w sytuacji zmuszającej do nagłego opuszczenia miejsca zamieszkania. Przyjęć do hostelu dokonujemy po przeprowadzeniu rozmowy kwalifikacyjnej, która odbywa się w siedzibie Lambdy Warszawa. Podczas rozmowy staramy się poznać sytuację życiową danej osoby, jej potrzeby i możliwości. Podczas tego pierwszego spotkania oczywiście wykonujemy także testy na obecność substancji psychoaktywnych.

Hostel (działający na zasadzie mieszkań interwencyjnych) powstał na bazie wcześniejszych doświadczeń w prowadzeniu podobnej placówki, funkcjonującej w latach 2015–2016. Była to pierwsza tego typu instytucja w Polsce. Pierwsze osoby zgłosiły się do hostelu zaraz po jego otwarciu – a do dzisiaj udzielono schronienia ponad 70. osobom. Ponad 90% mieszkańców w chwili przyjęcia nie miało stałego zatrudnienia. Blisko 100% deklaroowało problemy finansowe. Zdecydowana większość z nich to osoby młode – w wieku 18-25 lat, najstarsze, które tu trafiły, nie przekroczyły 55. roku życia. Obecnie do hostelu trafia więcej osób transpłciowych niż kiedyś, jest to około 1/4 wszystkich zgłaszających się.

Wnioski z ewaluacji

Z końcem roku 2022 psychoterapeuta i psycholog Tomasz Górecki przeprowadził ewaluację działań prowadzonych w hostelu. Opierała się ona na jakościowej analizie wywiadów z mieszkańcami. Analizie poddano również kwestionariusze, które każdorazowo wypełniała każda osoba opuszczająca mieszkanie treningowe. Do ewaluacji została wykorzystana również dokumentacja merytoryczna zadania: formularze przyjęcia, umowy, plany wsparcia indywidualnego, notatki służbowe, dokumenty indywidualne uczestników. W badaniu wzięto pod uwagę informacje dotyczące aktywizacji edukacyjnej i zawodowej (potwierdzone przykładowo przez umowy z pracodawcami) oraz informacje o podejmowanych terapiach (potwierdzone przez specjalistów) i leczeniu (dokumentacja medyczna). Przeprowadzono cztery wywiady indywidualne z odbiorcami zadania oraz cztery wywiady indywidualne ze współpracownikami (pedagog-wychowawca prowadzący spotkania społeczności, psycholożki oraz wychowawczynie). Zebrano i przeanalizowano również 40 zanonimizowanych kwestionariuszy osób opuszczających mieszkania

treningowe (inne odmówiły wypełnienia, motywując to zachowaniem prywatności).

Materiał zebrany w trakcie badania pokazuje, że wdrażany projekt mieszkań treningowych istotnie wpływa na odbiorców. Nie można mówić, w perspektywie poprawy sytuacji życiowej odbiorców, o spektakularnych zmianach. Pamiętać należy jednak o charakterze usługi, jak i o odbiorcach, których problemy często są nawarstwione i skrzyżowane – zatem efekty pracy i oddziaływań mogą być widoczne dopiero po dłuższym czasie.

Osoby, z którymi przeprowadzono wywiad, dostrzegają korzyści płynące z pobytu w mieszkaniach treningowych, głównie w sferze ich kondycji psychicznej (oddziaływania psychologiczne, terapeutyczne oraz wychowawcze). Doceniają walor spotkań społeczności, dzięki którym poprawiają i korygują relacje interpersonalne i funkcjonowanie w grupie. Blisko połowa osób (49%) wychodzących czuje poprawę swojej sytuacji w momencie opuszczenia hostelu. Byli mieszkańcy znajdują miejsce dalszego pobytu – 55% osób wynajmuje mieszkanie samodzielnie lub wspólnie, 15% spośród nich zamieszkuje u znajomych, osób bliskich, co oznacza, że ponad połowie poprawiła się sytuacja bytowa (zawodowa i finansowa).

Osoby korzystające z hostelu wysoko oceniły różnego rodzaju pomoc, którą otrzymały w tym miejscu. 94% z nich stwierdziło, że zaoferowana im pomoc psychologiczna była przydatna. 88% jako przydatne ocenili oddziaływania wychowawcze, 92% osób oceniło tak pomoc prawną, 90% pomoc terapeuty uzależnień. Tak wysokie wskaźniki dotyczące oferty pomocowej pokazują, że takie miejsca jak hostel jest bardzo potrzebne. Dotychczas w Polsce powstały tylko dwie tego typu placówki – w Krakowie i Warszawie. Sulimir Szumielewicz i Gniewomir Gredes deklarują, że są gotowi dzielić się swoim doświadczeniem i dobrymi praktykami, aby takie miejsca powstawały w innych miastach Polski.

Przypisy

¹ Historie mieszkańców zostały zanonimizowane – imiona opisywanych osób, ich doświadczenia oraz jakiegokolwiek informacje, które mogłyby pozwolić na ich identyfikację, zostały zmienione.

² https://bm.cm.umk.pl/wp-content/uploads/WA/WA_78.pdf

³ <https://stopuzalezniom.pl/artykuly/czy-pije-ryzykownie/osoby-lgbtq-i-alkohol-wyniki-badan/>

⁴ <https://nida.nih.gov/research-topics/substance-use-suds-in-lgbtq-populations>

Z raportu Komisji Europejskiej wynika, że Polska jest w czołówce krajów europejskich, jeśli chodzi o udział reklam alkoholowych wśród wszystkich spotów emitowanych w telewizji – więcej niż w Polsce takich reklam jest tylko w Chorwacji, Rumunii, Bułgarii, Czechach i na Słowacji.

REKLAMA ALKOHOLU – CO MOŻNA, A CZEGO NIE MOŻNA REKLAMOWAĆ I POD JAKIMI WARUNKAMI ORAZ KILKA OSOBISTYCH REFLEKSJI I WSPOMNIENI¹

Katarzyna Łukowska

Psycholog o specjalności klinicznej, administratywista

Zastępca dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Włączasz telewizor o godzinie 20.03 i od razu trafiasz na reklamę piwa, siedzisz w letnim ogródku i jesz lody pod parasolem, na którym widnieje logo lokalnego browaru, wchodzisz do internetu w poszukiwaniu informacji, a producent znanej cytrynowki zachęca do jej kupienia w opakowaniu przypominającym kieliszek, idziesz ulicą swojego miasta i mijasz witryny sklepowe, w których wystawione są butelki z różnymi markami alkoholi i w zasadzie masz wrażenie, że w przestrzeni publicznej jest bardzo dużo zachęt do sięgnięcia po daną markę alkoholu. Czy jednak wszystkie te działania są zgodne z prawem? Czy w Polsce można reklamować alkohol?

Reklama – stan prawny

Podstawowe regulacje dotyczące reklamy znajdziemy w Ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej: ustawa). Do 2021 roku w Polsce obowiązywał całkowity zakaz reklamy napojów alkoholowych. Pamiętam z tamtych czasów telewizyjne reklamy pływającej łódki Bols², Wypoczynkową Turystykę Konną WTK Soplica i Mariolę o kocim spojrzeniu z kojarzącym się jednoznacznie piwem (w piosence był tekst „oczy piwne”, „słońce w jęczmieniu”, a w reklamie Mariola O – KOCIM spojrzeniu). Pracowałam już wtedy w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i ówczesne szefostwo starało się zainteresować wymiar sprawiedliwości i ustawodawcę tymi, w naszej opinii, próbami obejścia przepisów prawnych. Legislatorzy analizujący przepisy ustawy uznali jednak, że bez definicji reklamy trudno będzie

egzekwować próby jej obejścia, a ustawowy zakaz: „Zabrania się prowadzenia na obszarze kraju reklamy napojów alkoholowych” – jest bardzo enigmatyczny i niewystarczający do wszczynania postępowań wobec reklam, w których wprost alkohol nie występuje. Efektem ówczesnych prac ustawodawczych i konsultacji społecznych jest obecny kształt zapisów ustawowych, zgodnie z którymi **reklama napojów alkoholowych jest zabroniona, z wyjątkiem piwa**, którego reklama jest dozwolona pod ustawowo wskazanymi warunkami. Warto podkreślić, że ustawa dopuszcza reklamę **tylko piwa**, a nie jakiegokolwiek alkoholu o niskiej zawartości alkoholu. Tym samym można reklamować piwa uznawane za mocne, czyli powyżej 6% zawartości alkoholu, ale nie jest zgodna z prawem reklama np. cydru, który zawiera 4,5% alkoholu.

Ustawa wprowadziła też definicję reklamy. Jest nią „publiczne rozpowszechnianie znaków towarowych napojów alkoholowych lub symboli graficznych z nimi związanych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców produkujących napoje alkoholowe, nieróżniących się od nazw i symboli graficznych napojów alkoholowych, służące popularyzowaniu znaków towarowych napojów alkoholowych; za reklamę nie uważa się informacji używanych do celów handlowych pomiędzy przedsiębiorcami zajmującymi się produkcją, obrotem hurtowym i handlem napojami alkoholowymi” [art. 2(1) ust. 1 pkt 3]. A zatem o tym, czy widzimy reklamę, decyduje:

- a) publiczne rozpowszechnianie,
- b) znaki towarowe, symbole graficzne z nimi związane, nazwy i symbole graficzne przedsiębiorców, którzy produkują napoje alkoholowe (rycina 1.),

c) popularyzacja znaków towarowych.

Art. 13 [1] ust. 1 wprowadza ograniczenia co do reklamy piwa. Reklama jest dozwolona, pod warunkiem że:

1. *nie jest kierowana do małoletnich;*
2. *nie przedstawia osób małoletnich;*
1. *nie łączy spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami (rycina 2.);*
2. *nie zawiera stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, jest środkiem stymulującym, uspokajającym lub sposobem rozwiązywania konfliktów osobistych;*
3. *nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu;*
4. *nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego spożycia alkoholu w negatywny sposób;*
5. *nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego;*
6. *nie wywołuje skojarzeń z:*
 - *atrakcyjnością seksualną,*
 - *relaksem lub wypoczynkiem (rycina 3.),*
 - *nauką lub pracą,*
 - *sukcesem zawodowym lub życiowym.*

Użyty przez ustawodawcę termin „skojarzenie” powoduje, że w wielu przypadkach prawna ocena reklamy staje się subiektywna. Sformułowanie „skojarzenie”, zgodnie z definicją słownika języka polskiego, oznacza „połączenie ze sobą wrażeń, wyobrażeń i innych zjawisk psychicznych w taki sposób, że pojawienie się w świadomości jednych z nich powoduje uświadomienie sobie innych”. Zgodnie z tym, każde połączenie ze sobą reklamy piwa z elementami wymienionymi w art. 13[1] ust. 1 pkt 8 ustawy jest zabronione.

Ponadto ustawodawca w art. 13[1] ust. 2 ustawy wskazał, że reklama piwa nie może być prowadzona:

1. *w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6.00 a 20.00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy;* Mogłoby się wydawać, że ograniczenia w godzinach reklam piwa są wystarczającą ochroną małoletnich, jednak z raportu Komisji Europejskiej wynika jasno, że porą największej oglądalności telewizji przez dzieci w wieku 4-14 lat są godziny między 17:00 a 20:59, a w przypadku młodzieży w wieku 15-17 lat – czas od godziny 21:00 do 23:59³. Co więcej, Polska jest w czołówce krajów europejskich, jeśli chodzi o udział reklam alkoholowych wśród wszystkich spotów emitowanych w telewizji – więcej niż w Polsce takich

reklam jest tylko w Chorwacji, Rumunii, Bułgarii, Czechach i na Słowacji.

2. *na kasetach wideo i innych nośnikach;*
3. *w prasie młodzieżowej i dziecięcej;*
4. *na okładkach dzienników i czasopism;*

Reklama piwa wewnątrz dzienników i czasopism jest dopuszczalna pod warunkiem, że pojawia się na niej stosowne napisy.

5. *na słupach i tablicach reklamowych oraz innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy, chyba że 20% powierzchni reklamy zajmować będą widoczne i czytelne napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim;*

Treść napisów jest uregulowana w rozporządzeniu ministra zdrowia i brzmi:

1. *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców, lub*
2. *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż osobom do lat 18 jest przestępstwem (rycina 4.).*

Ustawodawca nie doprecyzował pojęcia stałe i ruchome powierzchnie, ale zgodnie z wykładnią językową powierzchnią będzie każda płaszczyzna wykorzystywana do reklamy, a więc billboard, witryna sklepową, ulotki, gazetki, samochody, koszulki reklamowe (tzw. T-shirts), parasole i inne gadzety reklamowe itp. Czyli reklamując na nich piwo, należy umieścić powyższe napisy ostrzegawcze (rycina 5.).

6. *przy udziale małoletnich.*

Reklama piwa bezalkoholowego

Napojem alkoholowym w rozumieniu ustawy jest produkt przeznaczony do spożycia, zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu. Czyli piwa tzw. bezalkoholowe można reklamować, ponieważ wszelkie produkty o zawartości do 0,5% nie są alkoholem w rozumieniu ustawy. Jednak zgodnie z art. 13[1] ust. 3 *zabrania się reklamy produktów i usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do*

napoju alkoholowego. Przykładem działania niezgodnego z powyższymi zapisami jest reklama wprowadzie piwa bezalkoholowego, ale ze znakiem towarowym tożsamym lub bardzo podobnym (lekko zmieniony kolor, forma) do piwa alkoholowego.

Reklama w internecie

Internet jest też powierzchnią reklamową i wszystkie regulacje odnoszące się do reklamy obowiązują także w przestrzeni wirtualnej. Tutaj również nie można reklamować wódki czy wina, a reklama piwa może odbywać się tylko w ramach wskazanych w ustawie (nie kojarzyć się z relaksem i wypoczynkiem itp.). Nawet jeśli dostęp do strony jest możliwy tylko po zalogowaniu się czy zadeklarowaniu pełnoletności, reklama alkoholi innych niż piwo jest zabroniona, ponieważ ustawodawca nie przewidział żadnych odstępstw od tego generalnego zakazu. Nie ma żadnych osobnych przepisów regulujących reklamę na portalach internetowych.

Dlaczego reklama alkoholu podlega takim ograniczeniom?

Reklama jest komunikatem perswazyjnym i w związku z tym jej celem jest wpływanie na postawy i zachowania odbiorców w takim kierunku, żeby polubili dany produkt i go kupili. W omawianej sytuacji chodzi o zbudowanie pozytywnej postawy wobec alkoholu i sięgnięcie po niego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), rozumiejąc strategie marketingowe i, co ważne, opierając się na wynikach badań, wskazała, że zakazy i ograniczenia w reklamie to jeden z bardzo skutecznych instrumentów wpływających na poziom spożycia alkoholu w danej populacji. WHO rekomenduje także wzmocnienie ograniczeń w dostępności alkoholu (będzie to głównie liczba punktów sprzedaży, godziny otwarcia) oraz podniesienie cen alkoholu poprzez akcyzę i politykę cenową. Badania⁴ jednoznacznie wskazują na związek pomiędzy ekspozycją na reklamy napojów alkoholowych a piciem i upijaniem się, i to nie tylko wśród dzieci i młodzieży. Narażenie na reklamy alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo, że dzieci i młodzi ludzie zaczną sięgać po alkohol w młodym wieku, a także, że będą pić więcej i częściej, a styl ich picia będzie bardziej ryzykowny dla ich zdrowia. Reklamy mają za zadanie budować pozytywne postawy wobec alkoholu i zachęcać do korzystania z niego. Jedno z badań przeprowadzonych na

tysiącu młodych ludzi wykazało, że kontakt z reklamami alkoholu i poczucie, że się im one podobają, ma wpływ na to, czy młodzież sięgnie po alkohol⁵.

Niepokój ekspertów WHO budzi internet i media społecznościowe, w których coraz częściej widać reklamę alkoholu. W raporcie „Turning down the alcohol flow” zwracają uwagę na to, że marketing w kontekście internetowym stwarza szczególne ryzyko dla młodych ludzi, ponieważ w wielu krajach Regionu Europejskiego WHO, aż 92% tych, którzy na co dzień korzystają z dostępu do internetu, to osoby w wieku od 16 do 19 lat. Interesujące są związki między tego rodzaju marketingiem online a konsumpcją alkoholu. W Niemczech, we Włoszech, w Holandii oraz w Polsce przebadano przy pomocy anonimowej ankiety ponad 9000 osób, średnia wieku wyniosła nieco ponad 14 lat. Ponad 1/4 respondentów otrzymała wiadomość mailową z reklamą, a 1/5 wchodziła na strony z markami alkoholi. Ustalono także, i to we wszystkich krajach, że większa ekspozycja na marketing alkoholu prowadzony w internecie wiązała się z większym ryzykiem inicjacji alkoholowej oraz z upijaniem się⁶.

Problemy z egzekwowaniem prawa⁷

Największym problemem, który obserwuję od lat, pracując wcześniej w PARPA, a teraz w KCPU, jest – użyję tego określenia – bagatelizowanie przez organy ścigania przestępstwa prowadzenia nielegalnej reklamy napojów alkoholowych. Zdecydowana większość prowadzonych postępowań karnych jest umarzana na etapie postępowania przygotowawczego i sprawy te nie mają możliwości trafienia do etapu postępowania sądowego. Z około setki spraw, w których złożyliśmy zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, jedynie kilka trafiło do etapu postępowania sądowego.

Zdarza się, że sprawy są umarzane ze względu na znikomą społeczną szkodliwość czynu, czyli z jednej strony prokuratura dochodzi do wniosku, że co prawda znamiona przestępstwa zostały wypełnione, ale z drugiej strony jest ono tak błahe, że jego szkodliwość społeczna jest znikoma. Jest to szczególnie rozczarowujące, ponieważ dobrem naruszonym w sytuacji łamania zakazu reklamy alkoholu jest zdrowie publiczne i ono samo w sobie powinno być uznane za cenne i chronione.

Myślą przewodnią w rozwoju systemów ochrony zdrowia na świecie było uznanie zdrowia za dobro publiczne, a nie indywidualne i promowanie podejścia

współodpowiedzialności i wspierania celów zdrowia publicznego przez szerokie grono różnych interesariuszy publicznych i prywatnych. Czyli w tej sytuacji w imię wzmocnienia zdrowia wszystkim powinno zależeć na minimalizowaniu czynnika ryzyka dla spożycia alkoholu, jakim jest narażenie ludzi na ekspozycję zwłaszcza nielegalnej reklamy.

Tymczasem w orzeczeniu jednego z umorzonych postępowań możemy przeczytać takie uzasadnienie asesora Prokuratury Rejonowej w Warszawie: *omawiane przestępstwo należy do przestępstw powodujących jedynie abstrakcyjne narażenie dobra prawnego. Dobro to nie zostaje nim zatem naruszone ani nawet konkretnie zagrożone.*

Prawne konsekwencje nielegalnej reklamy alkoholu

Naruszenie zakazów reklamy określonych w art. 13[1] ust. 1 ustawy jest przestępstwem. Przepis art. 45[2] ust. 1 ustawy stanowi, że kto wbrew postanowieniom zawartym w art. 13[1] prowadzi reklamę lub promocję napojów alkoholowych (...) podlega grzywnie od 10 000 do 500 000 złotych. Jest to przestępstwo ścigane z urzędu i wymaga zawiadomienia organów ścigania o jego popełnieniu. A zgodnie z art. 304 Kodeksu postępowania karnego każdy, a zatem również i Czytelnik tego artykułu jako osoba fizyczna, organizacja pozarządowa, w której działa, urząd gminy, gdzie pracuje, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Jako Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z niesłabnącą motywacją podejmujemy w takich sytuacjach interwencje, przekonani, że, po pierwsze, zakazy reklamy są uzasadnione i potrzebne z punktu widzenia zdrowia publicznego, a po drugie, że prawo powinno być przestrzegane i egzekwowane.

Przypisy

¹ Wszystkie zdjęcia pochodzą z publikacji „Ogranicz dostępność alkoholu. Zadania samorządu gminnego w zakresie ograniczenia dostępności alkoholu oraz przeciwdziałania nielegalnej reklamie w świetle przepisów prawnych oraz aktualnych badań naukowych”, wydanej w 2021 roku przez Studio Profilaktyki Społecznej na zlecenie PARPA i sfinansowanej w ramach Funduszu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

² <https://www.youtube.com/watch?v=KrinsUkkt9o>

³ „Study on exposure of minors to alcohol advertisement on linear and non – linear audio – visual media services and other online services, including a content analysis. Final report”, EU, 2015.

⁴ „Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol”, 2022-2025, WHO, European Region.

⁵ Acuff D.S. & Reiher R.H. (2005), „Kidnapped: How irresponsible marketers are stealing the minds of your children”, Dearborn Trade Publishing Co.

⁶ Dąbrowska K. (2021), „Przegląd literatury na temat związków między marketingiem alkoholu a zachowaniami konsumenckimi, postawami i normami dotyczącymi alkoholu”, www.ograniczdostepnosc.pl, dostęp 22.03.2023.

⁷ Podziękowania dla Działu Prawnego KCPU za możliwość skorzystania z przygotowanych przez dział materiałów.



Rycina 1. Przykład zaprezentowania napoju alkoholowego, który nie jest reklamą – nie ma znaku towarowego alkoholu, innego symbolu graficznego z nim związanego, nie ma nazwy ani symboli przedsiębiorcy.



Rycina 2. Przykład niedozwolonej reklamy łączącej spożywanie alkoholu z prowadzeniem pojazdów. Reklama nie musi pokazywać ludzi prowadzących samochód, rower, motocykl czy inny środek transportu. Dodatkowo w tym przykładzie reklamy nie ma wymaganych ustawą napisów ostrzegawczych.

REKLAMA ALKOHOLU – CO MOŻNA...

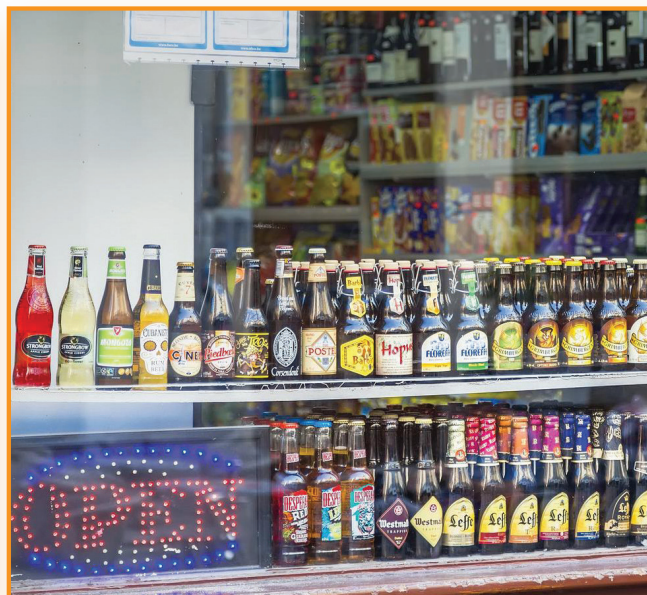
cd. artykułu ze strony 46



Rycina 3. Przykład niedozwolonej reklamy łączącej spożywanie alkoholu z relaksem i wypoczynkiem. Dodatkowo nie ma napisów ostrzegawczych.



Rycina 4. Przykład reklamy piwa zgodnej z prawem.



Rycina 5. Przykład niezgodnego z prawem wykorzystania witryny sklepowej jako powierzchni reklamowej. Widoczne są butelki ze znakami towarowymi napojów alkoholowych skierowane na zewnątrz, czyli do szerokiego grona przechodzących obok sklepu ludzi. Można byłoby wykorzystać witrynę jako powierzchnię reklamową do zaprezentowania piwa, ale wtedy należałoby umieścić napisy ostrzegawcze, natomiast niedopuszczalne jest reklamowanie w ten sposób innych rodzajów alkoholi niebędących piwem. Warto w tym miejscu dodać, że powyższe zakazy nie dotyczą reklamy i promocji prowadzonej wewnątrz pomieszczeń hurtowni, wydzielonych stoisk lub punktów prowadzących wyłącznie sprzedaż napojów alkoholowych oraz na terenie punktów prowadzących sprzedaż alkoholu do spożycia w miejscu sprzedaży.

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