



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (102) 2023

NR 2

2023

SPIS TREŚCI

Gość serwisu

WZAJEMNIE POTRZEBNI – 5-LECIE OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW PODMIOTÓW LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Wywiad z Jagodą Włodoń-Wilecką..... 1

Prawo

NOWA USTAWA O NIELETNICH. CZĘŚĆ II

Katarzyna Syroka-Marczewska 7

Media

JAK W DOBIE INFOTAINMENTU PRZEBIĆ SIĘ Z WYNIKAMI BADAŃ NAUKOWYCH DO MEDIÓW?

Maja Ruszpel..... 13

Profilaktyka

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ. PODSTAWY SKUTECZNEGO WSPARCIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA – EWALUACJA PROJEKTU

Ireneusz Siudem 18

Leczenie, redukcja szkód

ALKOHOL – KOBIETY – FASD

Magdalena Borkowska 25

Badania, raporty

ROZPOWSZECZNIEŃ SAMOBÓJSTW WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH I UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ORAZ SPOSOBY OCENY WYSTĄPIENIA I PRZECIWDZIAŁANIA ZJAWISKU – PRZEGŁĄD LITERATURY

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 32

Doniesienia

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W PRZECIWDZIAŁANIU UZALEŻNIENIOM.

UDZIAŁ W SPOTKANIU ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH W WIEDNIU 39

Analiza

MIĘDZY ICD-10 A ICD-11 – PODOBIENSTWA I RÓŻNICE OCZAMI KLINICYSTÓW – WSKAZÓWKI DIAGNOSTYCZNE

Roman Wojnar, Krzysztof Krysta..... 42

Badania, raporty

EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY 2023: NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA 47

Internet

BADANIE STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY IV okładka



WZAJEMNIE POTRZEBNI – 5-LECIE OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW PODMIOTÓW LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Z Jagodą Włodoń-Wilecką, certyfikowaną specjalistką psychoterapii uzależnień, dyrektorką Ośrodka Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień MONAR w Wyszku, prezeską Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Podmiotów Leczenia Uzależnień, rozmawia Jan Latkowski.

Od redakcji: Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczenia Uzależnień to samorządny i niezależny w swej działalności statutowej od administracji państwowej i samorządowej związek pracodawców.

Podstawowym ustawowym zadaniem Związku jest ochrona praw i reprezentowanie interesów pracodawców wobec związków zawodowych, organów władzy i administracji. Historia Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Podmiotów Leczenia Uzależnień sięga roku 2018: statut związku przyjęty został 30 stycznia 2018 roku, a formalna rejestracja Związku w Krajowym Rejestrze Sądowym nastąpiła 28 czerwca 2018 roku.

– Jaka była geneza powstania Związku Pracodawców Podmiotów Leczenia Uzależnień? Jak definiujecie Państwo misję Związku?

– Przez blisko 50 lat system leczenia uzależnień w Polsce rozwijał się w dwóch nurtach: leczenia uzależnienia od alkoholu i leczenia uzależnienia od narkotyków (nielegalne substancje psychoaktywne). Oba te nurty powstały jako odpowiedź na rosnące w tym obszarze problemy i potrzeby społeczne. Budowane były oddolnie, przede wszystkim przez organizacje pozarządowe i ruchy samopomocowe. W 1978 roku powstało Stowarzyszenie MONAR, największa organizacja pozarządowa zajmująca się przeciwdziałaniem narkomanii, na czele której stał jej założyciel i charyzmatyczny przywódca Marek Kortański. W tym czasie także zaczął się rozwijać w Polsce ruch AA, w 1982 roku odbyło się pod egidą Instytutu Psychoneurologicznego (obecnie Instytut Psychiatrii i Neurologii) pierwsze ogólnopolskie spotkanie grup AA, a do leczenia osób uzależnionych od alkoholu wprowadzono psychoterapię. Istotną rolę w jego powstaniu odegrali m.in. Maria Matuszewska i dr Bohdan Woronowicz. Lata 80. XX wieku to dynamiczny rozwój sieci placówek pomocowych i leczniczych w obu nurtach, a także powstanie wielu nowych organizacji pozarządowych

działających w tym obszarze (PTZN, Powrót z U, Karan i in.). Wystarczy wspomnieć, że MONAR, z którym jestem związana od 1984 roku, w 1993 roku prowadził już 29 poradni i punktów konsultacyjnych i 30 ośrodków stacjonarnych leczenia uzależnień. Przy tak rozbudowanym systemie konieczne stało się powołanie agend odpowiedzialnych za koordynację działań w obu nurtach. W 1993 roku powstały w tym celu dwie agendy Ministerstwa Zdrowia: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. To, że oba systemy rozwijały się niezależnie od siebie, wpływało również na przyjęte strategie działania, obowiązujące standardy świadczonych usług, kształcenie kadr, wewnętrzną politykę rozwoju placówek. Rodziło to także pewne niepotrzebne, acz nieuniknione antagonizmy między przedstawicielami obu nurtów. Pomiedzy 2016 a 2018 rokiem poczuć, że integracja obu systemów jest konieczna, narastało zarówno w obu wymienionych agendach Ministerstwa Zdrowia, jak i wśród znacznej części pracodawców i pracowników placówek leczenia uzależnień. Jako pierwszy, z inicjatywy śląskich placówek leczenia uzależnień, powstał w roku 2015 Związek Zawodowy Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień. Skupiał on jednak głównie pracowników

placówek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnienia od alkoholu. Nasz Związek Pracodawców powstał, tak jak pan wspominał, w roku 2018. Pomysłodawcą i inicjatorem był nieżyjący już doktor Marek Grzyb, dyrektora Ośrodka Terapii Uzależnień w Parzymiechach. 18 stycznia 2018 roku w Częstochowie zorganizował on zebranie założycielskie grupy inicjatywnej, w której znaleźli się m.in. Elżbieta Zielińska, przewodnicząca Stowarzyszenia MONAR, oraz przedstawiciele śląskich podmiotów leczenia uzależnień, a wśród nich m.in.: Krzysztof Czekaj, dyrektor Ośrodka w Pławniowicach, Maciej Osuch, reprezentujący wówczas Stowarzyszenie Familia w Gliwicach, ks. Bogdan Peć, dyrektor Fundacji Domu Nadziei w Bytomiu, Małgorzata Kowalcze, dyrektor Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze, dr Henryk Kromołowski, dyrektor Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu, Karolina Rakocz, kierująca wówczas Młodzieżowym Ośrodkiem Leczenia Uzależnień w Częstochowie. Grupie inicjatywnej, spośród której wybrano Zarząd Związku (prezesem został dr Marek Grzyb, a wiceprezesem Elżbieta Zielińska), chodziło przede wszystkim o integrację naszego środowiska zawodowego wokół nieodzownych rozwiązań legislacyjnych, mających bezpośredni wpływ na jakość świadczonych przez nasze placówki usług, ochronę praw i reprezentowanie interesów placówek leczenia uzależnień wobec organów władzy różnego szczebla, a także uzyskanie realnego wpływu na strategię rozwoju systemu leczenia uzależnień w Polsce. Wpisaliśmy się tym samym w proces integracji systemu leczenia uzależnień w Polsce, którego ważnym efektem jest powstanie w styczniu 2022 roku Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, łączącego dawną Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Poza Markiem Grzybem i Elżbietą Zielińską w pierwszym składzie Zarządu Związku znaleźli się: ks. Bogdan Peć, jako sekretarz, Maciej Osuch, jako skarbnik, i dr Henryk Kromołowski, jako członek zarządu. Sąd Rejestrowy dokonał rejestracji Związku w czerwcu 2018 roku.

– Jakie cele wyznaczyliście sobie w roku 2018?

– Naszym celem nadrzędnym było i jest dbanie o wysoką jakość realizowanych przez nas programów leczenia uzależnień, o to, jaką ofertę pomocy otrzymują pacjenci, jaka jest jej dostępność i skuteczność. Chcemy wpływać

w tym zakresie na rozwiązania prawne, finansowe i organizacyjne. Przykładem celów szczegółowych, które wyznaczyliśmy sobie w roku 2018, może być uregulowanie statusu zawodowego naszych pracowników (w tym zwłaszcza instruktora terapii uzależnień i specjaliści psychoterapii uzależnień), oraz postulowane wówczas ujednolicenie systemu szkoleń specjalistów. Wnioskowaliśmy także o powołanie przez ministra zdrowia konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień i stworzenie systemu akredytacji placówek leczenia uzależnień, dającego pacjentom gwarancję jakości świadczonych usług. Zabiegaliśmy także o uznanie specjalisty psychoterapii uzależnień za zawód medyczny oraz stworzenie ścieżki specjalizacyjnej w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Sprawą zawsze dla nas istotną było też uzyskanie wpływu na zawartość tzw. koszyka świadczeń w obszarze leczenia uzależnień, czyli precyzyjne zdefiniowanie i adekwatne wycenienie realizowanych przez nasze placówki świadczeń leczniczych.

– Kto może zostać członkiem Związku?

– Członkami Związku mogą być podmioty lecznicze pracujące w obszarze leczenia uzależnień. Wymogiem członkostwa, obok złożenia deklaracji przystąpienia, jest złożenie potwierdzenia zarejestrowania jako podmiot leczniczy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), elektronicznym rejestrze prowadzonym zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Oczywiście, każdy podmiot leczniczy będący członkiem Związku, wyznacza osobę, która reprezentuje go w pracach naszej organizacji. Do końca 2018 roku Związek liczył ok. 32 członków. Aktualnie Związek zrzesza 89 podmiotów. Na przyjęcie oczekują kolejne placówki leczenia uzależnień, które złożyły deklaracje potwierdzające wolę przystąpienia do Związku.

– Czy może Pani coś powiedzieć o ludziach, którzy odegrali w historii Związku szczególną rolę?

– Każda osoba działająca na rzecz Związku jest dla nas niezwykle cenna, wzbogaca go swoją wiedzą, doświadczeniem i cechami osobowości, a także gotowością działania na jego rzecz. Są jednak osoby, bez których Związek by nie zaistniał. Jak wcześniej wspominałam, kluczową rolę w powstaniu i funkcjonowaniu Związku w pierwszych latach jego istnienia odegrał nieżyjący już

dr Marek Grzyb, lekarz psychiatra, twórca i wieloletni dyrektor Ośrodka Leczenia Uzależnień w Parzymiechach. Był on pomysłodawcą i jednym z inicjatorów powstania Związku, a także jego pierwszym prezesem. W skład grupy założycielskiej weszła także Ela Zielińska, wieloletnia współpracownica założyciela MONAR-u, Marka Kotańskiego, współtwórczyni i dyrektor pierwszego w Polsce ośrodka dla osób uzależnionych od narkotyków w Głoskowie, powstałego w 1978 roku, która od grudnia 2017 roku przewodniczy Stowarzyszeniu MONAR. Istotnym aspektem ich spotkania i dalszej współpracy był fakt, że Marek Grzyb reprezentował środowisko placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, a Ela ogromną grupę placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych (w dawnej nomenklaturze narkotyków). Czyli już w chwili rodzenia się pomysłu spotkały się te dwa podążające do tej pory równoległe nurty przeciwdziałania uzależnieniom i środowiska zawodowe. Dwie silne osobowości, skuteczni w działaniu, z jasną wizją misji i kierunków działania Związku. Kolejną osobą, która aktywnie działa na rzecz integracji naszego środowiska zawodowego, jest dr Roman Wojnar, dyrektor Śląskiej Fundacji Błękitny Krzyż, z którego inicjatywy od dwóch lat w każdą pierwszą środę miesiąca o godz. 9.00 odbywają się prowadzone przez niego spotkania online naszego środowiska zawodowego. Są one swoistym forum wymiany ważnych dla nas informacji oraz dyskusji na najistotniejsze tematy zawodowe. W pracach Związku aktywnie uczestniczy także Konrad Grzyb, obecny dyrektor Ośrodka Terapii Uzależnień w Parzymiechach (kontynuując dzieło swojego ojca Marka), z którym aktualnie pracujemy nad profesjonalną stroną internetową Związku.

– Co uważa Pani za dotychczasowy najważniejszy dorobek Związku?

– Najogólniej mówiąc uważam, że staliśmy się jednym z ważnych ogniw procesu integracji obu nurtów leczenia uzależnień, o których mówiłam wcześniej. W znacznej mierze dzięki naszym działaniom głos środowiska związanego z lecznictwem uzależnień stał się lepiej słyszalny w kręgach decyzyjnych. Mieliśmy okazję być wysłuchani w takich sprawach, jak powołanie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, którego utworzenie ze wszech miar wspieraliśmy czy powołanie przez ministra zdrowia konsultanta krajowego w dziedzinie

psychoterapii uzależnień. Popieraliśmy także konieczność opracowania i wprowadzenia nowego systemu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Uczestniczyliśmy we wszystkich etapach prac nad procedowaną w parlamencie zmianą ustawy o zawodach medycznych, przedstawiając nasz wniosek oraz jego uzasadnienie w trakcie prac sejmowej Komisji Zdrowia i uzyskując efekt w postaci wpisania zawodu instruktora terapii uzależnień do wykazu innych zawodów medycznych oraz zmiany kryteriów przystępowania do egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Przedstawiciele Związku aktywnie uczestniczą w pracach powołanego przez ministra zdrowia Zespołu ds. reformy systemu leczenia uzależnień, co daje nam, praktykom, realny wpływ na ostateczny kształt przyjętych rozwiązań w tym zakresie.

Za połowiczny sukces uznajemy przyjęcie przez Ministerstwo Zdrowia naszych postulatów związanych z wprowadzeniem nowego systemu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Optujemy bowiem nadal za zmianą niektórych zapisów dotyczących nowego systemu szkolenia specjalizacyjnego, zwłaszcza warunków przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego. Zespół opracowujący nowy system szkolenia został powołany i pracuje pod kierownictwem konsultant krajowej w dziedzinie psychoterapii uzależnień dr hab. n. społ. Barbary Bętkowskiej-Korpały, o której powołanie jako Związek zabiegaliśmy. Nasza współpraca po początkowych trudnościach zaczyna przynosić wymierne efekty. Dużą niezgodę naszego środowiska zawodowego budził zapis dotyczący konieczności występowania o uznanie dorobku zawodowego certyfikowanych specjalistów psychoterapii uzależnień (osób wykształconych w dotychczasowym systemie szkolenia specjalistów z zakresu leczenia uzależnień), jako warunku przystąpienia do egzaminu specjalizacyjnego w nowym systemie bez konieczności odbywania całego cyklu szkoleniowego. Na czym polegał problem? Paradoksalnie, osoby, które ukończyły szkolenie i uzyskały certyfikat specjalisty nie wcześniej niż w czasie ostatnich czterech lat, mogą przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego bez dodatkowych warunków, natomiast wszyscy, którzy uzyskali certyfikaty w latach 2002–2019, musieli wystąpić o uznanie dorobku zawodowego. Staż pracy i doświadczenie zawodowe wydawały się być przeszkodą. Mamy przykłady nieuznawania dorobku zawodowego wybitnych specjalistów psychoterapii uzależnień i odrzucania

wniosek o jego uznanie. Są wśród nich współtwórcy systemu leczenia uzależnień w Polsce, mistrzowie w swojej profesji, nauczyciele dla wielu adeptów tej profesji. Nie było na to naszej zgody. Z racji zapisów rozporządzenia dotyczącego nowego systemu szkolenia, oba tytuły, czyli dotychczasowy specjalisty psychoterapii uzależnień i nowy – specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień, są „równoważne”, ale nie do końca są tak traktowane. Jeszcze nie zaistniał w pełni nowy system szkolenia, a już nadaje to różną wagę certyfikatowi, co może ponownie podzielić nasze środowisko zawodowe. Jako Związek wystąpiliśmy zatem do konsultant krajowej i ministra zdrowia z wnioskiem o wykreślenie zapisów dotyczących dodatkowych warunków przystępowania do egzaminu osób, które uzyskały tytuł specjalisty psychoterapii uzależnień wcześniej niż w czasie ostatnich czterech lat. Do tej zmiany udało nam się doprowadzić, składając wnioski do sejmowej Komisji Zdrowia z równoległe prowadzonymi przez nas rozmowami z przedstawicielami ministra zdrowia. Bronimy także naszych praw nabytych, a co za tym idzie faktycznego zrównania uzyskanych przez nas wcześniej uprawnień zawodowych do pracy z osobami uzależnionymi na zasadach obowiązujących dotychczas. Chodzi nam zwłaszcza o uznanie pełnej równoważności certyfikatów przyznawanych na podstawie dotychczasowych procedur i certyfikatów przyznawanych w nowym systemie szkoleniowym. O różnym ich statusie świadczy to, że kierować podmiotem szkoleniowym (pełniąc funkcję kierownika specjalizacji), realizującym szkolenia według nowego systemu, mogą wyłącznie osoby z nowym certyfikatem. Szkolenia certyfikacyjne oraz wiedza zdobywana w ich ramach są niezwykle istotne, ale to „praktyka czyni mistrza”, negowanie jej znaczenia i niedoceniaenie osób najbardziej doświadczonych zawodowo i klinicznie w naszej profesji, jest z naszego punktu widzenia nie do przyjęcia. W wyniku naszych starań uzyskaliśmy deklarację zmiany tego zapisu ze strony przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, dyrektorów departamentów uczestniczących w naszych rozmowach. Choć w projekcie ustawy o zawodach medycznych usunięto już ten zapis, nasza batalia o równe traktowanie oraz ochronę praw nabytych trwa. Uznajemy ją za zakończoną, kiedy wszystkie zapisy legislacyjne i akty prawne dotyczące specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień oraz nadania zawodowi specjalisty psychoterapii uzależnień rangi zawodu medycznego zostaną ujednolicone i będą

zabezpieczały interesy naszego środowiska zawodowego. Wystąpiliśmy zatem do ministra zdrowia o kontynuację rozmów w tym zakresie.

– *Dużym sukcesem Związku była też zorganizowana w lutym tego roku konferencja.*

– W środowisku dzieje się wiele istotnych rzeczy, jest duże zapotrzebowanie na wiedzę i informacje o otoczeniu prawnym i organizacyjnym naszych placówek. Jest także wiele napięć i niepokojów wynikających z wprowadzanych zmian. Żywe są, jak już wcześniej powiedziałam, obawy związane z nowym systemem certyfikacji specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Chcieliśmy zatem stworzyć naszym członkom, pracującym na co dzień daleko od ośrodków decyzyjnych, możliwość bliższego poznania osób kluczowych w reformie systemu leczenia uzależnień i równoległe toczącej się reformie systemu opieki psychiatrycznej. Była to doskonała okazja do poznania nowo powołanej konsultant krajowej w dziedzinie psychoterapii uzależnień prof. UJ, dr hab. n. społ. Barbary Bętkowskiej-Korpały, jej poglądów dotyczących leczenia uzależnień, planu działania w ramach pełnionej funkcji. Do tej pory była ona bowiem znana niektórym z nas przede wszystkim ze swojej pracy naukowej na Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie kieruje Zakładem Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii, i dorobku w zakresie psychoterapii.

Równie ważną rolę w naszej konferencji odegrali pozostali zaproszeni goście: dyrektor KCPU dr Piotr Jabłoński, który przedstawił plan działania oraz zadania KCPU na najbliższe lata, omówił on także założenia reformy systemu leczenia uzależnień, dr Anna Depukat, kierująca Biurem Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego, przedstawiła natomiast najistotniejsze elementy reformy systemu opieki psychiatrycznej, jej obecność była ważna w kontekście części wspólnej naszych działań, czyli opieki i leczenia pacjentów z tzw. podwójną diagnozą. Nieoceniona była także obecność Anny Parnowskiej, kierującej działem opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, która udzieliła nam informacji o planach NFZ w kwestii kontraktowania i finansowania świadczeń leczniczych w zakresie leczenia uzależnień.

– *Bierze Pani także udział jako reprezentantka Związku w pracach powołanego przez ministra zdrowia*

w marcu 2021 roku Zespołu ds. opracowania reformy systemu leczenia uzależnień.

– W pracach Zespołu koncentrowaliśmy się dotychczas na niezwykle istotnym zagadnieniu zdefiniowania poszczególnych typów placówek leczenia uzależnień oraz specyfiki potrzeb ich pacjentów. Zajęliśmy się opisem realizowanych przez nie świadczeń leczniczych, czyli opracowaniem tzw. koszyków świadczeń w zakresie leczenia uzależnień. Zależy nam na uzyskaniu pełnej spójności systemu leczenia uzależnień, zoptymalizowaniu szans pacjentów na uzyskanie adekwatnej pomocy. Nieodczuwalna do tego jest właściwa wycena tego, co robimy na co dzień w naszych placówkach w ramach procesu leczenia, począwszy od programów ambulatoryjnych, poprzez oddziały dzienne, po oddziały i ośrodki stacjonarne krótko- i długoterminowe. Wszystkie typy placówek poddawaliśmy szczegółowej analizie pod kątem realizowanej przez nie oferty leczniczej.

Innym zagadnieniem były tzw. normy zatrudnienia. Wiele uzyskaliśmy w tym zakresie ze współpracy ze Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek. W wyniku tej współpracy udało nam się uniknąć proponowanego początkowo, bardzo dla naszych placówek niekorzystnego i nieadekwatnego do potrzeb, wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnych ośrodkach i oddziałach leczenia uzależnień. W pierwotnym zapisie rozporządzenia wpisano bowiem wymiar 0,4 etatu pielęgniarki na łóżko w systemie opieki całodobowej, co oznaczało, że dla przykładu przy 30 tzw. łóżkach należałoby zatrudnić 12 pielęgniarek. Byłoby to nieadekwatne do potrzeb pacjentów i placówek, których główną metodą leczenia jest psychoterapia indywidualna i grupowa oraz społeczność terapeutyczna, a także absolutnie nierealne pod względem finansowym. Farmakoterapia stosowana jest uzupełniająco, wyłącznie w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjentów i zgodnie z zaleceniami lekarzy. Równie nieadekwatne z tego względu są wymogi dotyczące prowadzenia działów farmacji.

Z mojego punktu widzenia niezwykle istotny jest fakt, że w pracach Zespołu ds. reformy systemu leczenia uzależnień głos praktyków – reprezentowanych przez nas i inne osoby będące przedstawicielami podmiotów leczniczych – jest należycie słyszalny, a każdy zapis uważnie analizowany.

– Czy w Pani opinii Związek ma na swoim koncie jakieś niepowodzenia?

– Wolę mówić o nie w pełni zrealizowanych zadaniach, nie zamierzamy bowiem rezygnować z żadnego z wyznaczonych sobie celów. Jak już wspomniałam, mieliśmy pewne trudności, ale determinacja i współpraca ze wszystkimi podmiotami odpowiedzialnymi za zmiany korzystnie wpływa na sytuację lecznictwa uzależnień. Coraz lepiej układa nam się współpraca z konsultant krajową w dziedzinie psychoterapii uzależnień prof. UJ. dr hab. n. społ. Barbarą Bętkowską-Korpałą. Jako Związek wnioskowaliśmy o utworzenie tej funkcji. Z wielkim szacunkiem podchodzimy do pracy pani profesor na tym stanowisku. Spotkanie z nią na lutowej konferencji, zorganizowanej przez Związek, miało być w naszym zamierzeniu początkiem daleko idącej współpracy. Nie od razu tak się stało. Istotna różnica poglądów występowała między nami w kwestii nowego systemu szkolenia specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ochrony praw przez nas nabytych. Jeszcze raz podkreślę, oczekujemy pełnego uznania dorobku zawodowego osób certyfikowanych na podstawie dotychczasowych procedur, ich bezcennego doświadczenia zawodowego i głębokiej znajomości zarówno metod pracy, procesów, jak i potrzeb pacjentów. Zespoły terapeutyczne naszych placówek zdobywają doświadczenie zawodowe i umiejętności w systemie terminatoro-mistrzowskim. W warunkach uznawania dorobku zawodowego odwrócono te zasady. Jesteśmy coraz bliżej satysfakcjonujących nas rozwiązań, lepiej się rozumiemy i to napawa nas optymizmem.

– A jak układają się relacje Związku z organami władzy i administracji?

– Pierwszemu Zarządowi Związku zawdzięczamy umiejętne przygotowanie dobrego gruntu do współpracy z organami władzy i administracji. Ogromną pracę w tym zakresie wykonali przede wszystkim Ela Zielińska i Marek Grzyb. Tak ja, jak i pozostali członkowie Zarządu Związku staramy się korzystać z już wypracowanych zasad współpracy, tworzyć nową sieć powiązań, szukając głównie obszarów wspólnych i kompromisowego rozstrzygania różnic. W sprawach kluczowych dla naszego środowiska zawodowego i naszych pacjentów nie zamierzamy jednak ustępować. Niezwykle istotna jest

dla nas współpraca z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Mamy poczucie bycia słyszanyymi, współtworzenia istotnych faktów, mających wpływ na ostateczny kształt systemu leczenia uzależnień w Polsce. System ten, jak już wcześniej wspomniałam, liczy sobie niemal 50 lat i początkowo tworzył się oddolnie, w odpowiedzi na poważne problemy społeczne, głównie z inicjatywy organizacji pozarządowych. Rozrastał się on i przekształcał adekwatnie do zmieniających się potrzeb osób uzależnionych. Nieustająco przesuwaliśmy w tym zakresie „granice niemożliwego”, znajdując rozwiązania dla stojących przed nami problemów. W pewnym momencie konieczne było powołanie instytucji koordynującej rozwój i działania tego systemu. Taką rolę pełni Krajowe Centrum (a wcześniej Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), dlatego jest to dla nas kluczowy partner reprezentujący organy władzy. Istotny jest fakt, że osoby zarządzające nim są nie tylko urzędnikami państwowymi, ale także doskonałymi praktykami w dziedzinie leczenia uzależnień. Na przestrzeni lat udało nam się stworzyć rozbudowany system leczenia uzależnień, niczego nie musimy organizować od początku. Mamy dobrze funkcjonującą strukturę na wszystkich poziomach oddziaływań z dużą dostępnością leczenia i uzyskiwania pomocy. Istotne jest, by dbać o jej rozwój i działanie w taki sposób, aby jeszcze skuteczniej pomagać naszym pacjentom, którzy są podmiotem naszych działań. Współpracujemy w tym zakresie ze wszystkimi partnerami. Jesteśmy także gotowi na dalszą współpracę, opartą na partnerskich zasadach, ze wszystkimi organami publicznymi, które mają wpływ na przeciwdziałanie uzależnieniom w naszym kraju.

– Jak układają się relacje ze związkami zawodowymi? Wiem, że nie są one typowe dla relacji innych związków pracodawców ze związkami zawodowymi. Zazwyczaj takie relacje mają silny element konfrontacyjny.

– Marek Kotański – a jestem jego uczennicą – mówił, że jesteśmy sobie wzajemnie potrzebni. Zaczęliśmy budować sieć takich powiązań i relacji pomiędzy podmiotami wchodzącymi w skład Związku a innymi organizacjami, w tym także innymi związkami zawodowymi, która pozwala na osiągnięcie wspólnych celów. Siła wielu organizacji jest zdecydowanie większa od siły każdej z nich pojedynczo. Absolutnie nie jest nam potrzebne

antagonizowanie naszego środowiska zawodowego. Staramy się współpracować ze wszystkimi organizacjami i związkami zawodowymi działającymi w obszarze leczenia uzależnień. Mamy dobre doświadczenia we współpracy ze Związkiem Zawodowym Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych. Współpracujemy również z innymi niż związki zawodowe organizacjami. Z uwagi na dobro naszych pacjentów, zwłaszcza tych, którzy wymagają na różnych etapach zdrowienia zarówno opieki psychiatrycznej, jak i leczenia uzależnień, istotna jest dla nas obecnie współpraca z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Centrów Zdrowia Psychicznego, zachowując przy tym pełną autonomię systemu leczenia uzależnień.

– Z jakich źródeł finansowane są działania Związku?

– Jedynym źródłem finansowania naszej działalności są składki członkowskie w wysokości 600 zł rocznie, czyli 50 zł miesięcznie. W prowadzonych przez siebie placówkach leczenia uzależnień nauczyliśmy się odpowiedzialnie gospodarować skromnymi środkami finansowymi. Ta umiejętność przydaje się w gospodarowaniu niewielkim budżetem Związku. Wszystkie pełnione przez nas funkcje i podejmowane aktywności są działaniami non profit. Naszym kapitałem jest przede wszystkim aktywność naszych członków. Warto w tym kontekście wspomnieć o kondycji finansowej placówek działających w systemie leczenia uzależnień. Według mojej wiedzy żadna z placówek leczenia uzależnień, mimo ciągle zbyt skromnego finansowania, nie jest obecnie zadłużona, co jest znaną bolączką wielu placówek służby zdrowia. Dobrze to świadczy o odpowiedzialności naszego środowiska za powierzone nam zadania i środki na ich realizację.

– Jakie są plany na najbliższą przyszłość?

– Planu na najbliższą przyszłość to przede wszystkim powiększenie liczby członków o kolejne podmioty leczenia uzależnień, tak by Związek był jak najszerszą reprezentacją naszego środowiska zawodowego. W planach mamy dalsze lobbowanie na rzecz właściwych zmian legislacyjnych, a także pracę nad wypracowaniem i wprowadzeniem systemu akredytacji podmiotów leczenia uzależnień. Naszym celem jest także bliższa współpraca z konsultant krajową w dziedzinie psy-

choterapii uzależnień i uzyskanie realnego wpływu na powoływanie konsultantów wojewódzkich w tej dziedzinie. 12 czerwca 2023 roku odbyło się Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków Związku, którego celem było przeniesienie siedziby Związku z Częstochowy do Warszawy, aby usprawnić pracę Zarządu Związku. W przygotowaniu wspólnie z Konradem Grzybem i OTU w Częstochowie jest profesjonalna strona internetowa Związku. Kontynuujemy także prace w Zespole ds. reformy systemu leczenia uzależnień oraz w zakresie ujednolicenia przepisów dotyczących uznania specjalisty psychoterapii uzależnień za zawód medyczny. Dopełnienia wymaga określenie wraz z systemem opieki psychiatrycznej obszarów wspólnych i podziału ról w leczeniu pacjentów z tzw. podwójną diagnozą, wytyczenie

swoistej ścieżki leczenia tej grupy pacjentów, ułatwiającej poruszanie się między systemami. Niezwykle ważnym elementem systemu leczenia uzależnień jest detoksykacja i jej właściwe umiejscowienie w systemie w oparciu o dwa poziomy referencyjne: pierwszy dla pacjentów z zespołem abstynencyjnym bez powikłań, oddziały takie funkcjonują przy wielu ośrodkach terapii uzależnień, chcemy je zachować, i drugi poziom referencyjny, czyli oddziały detoksykacyjne dla pacjentów z zespołem abstynencyjnym z powikłaniami (funkcjonujące jako oddziały szpitalne). To tylko niektóre wyzwania stojące przed OZPPLU. Będą one tematem kolejnej konferencji zaplanowanej na październik 2023 roku.

– *Dziękuję za rozmowę.*

1 września 2022 roku weszły w życie przepisy Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Celem niniejszego opracowania jest zwiększanie świadomości prawnej na temat nowych regulacji. Tekst stanowi kontynuację rozważań, które zostały zawarte w jego części pierwszej, opublikowanej w numerze 1/2023 Serwisu Informacyjnego Uzależnienia.

NOWA USTAWA O NIELETNICH. CZĘŚĆ II

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawniczka

Uwagi ogólne

Po prawie 40 latach obowiązywania ustawa z 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich została zastąpiona nowym aktem – Ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹ (dalej: Ustawa). Ustawa zaczęła obowiązywać od 1 września 2022 roku. Nowe przepisy mają poprawić skuteczność resocjalizacji nieletnich poprzez intensywniejsze wspieranie ich w walce o powrót do funkcjonowania w społeczeństwie zgodnie z przepisami prawa².

Warto w tym kontekście wyjaśnić, że przepisy Ustawy stosuje się w następującym zakresie:

1. postępowania w sprawach o demoralizację – wobec osób, które ukończyły 10 lat i nie są pełnoletnie;
2. postępowania w sprawach o czyny karalne – wobec osób, które dopuściły się takiego czynu po ukończeniu 13 lat, ale przed ukończeniem 17 lat;
3. wykonywania środków wychowawczych, środka leczniczego lub środka poprawczego – co do zasady

wobec osób, względem których środki te zostały orzeczone, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez te osoby 21 lat.

Postępowanie w sprawach nieletnich

Postępowanie w sprawach nieletnich podzielić można na trzy etapy: postępowanie rozpoznawcze, postępowanie sądowe i postępowanie wykonawcze.

Zgodnie z art. 3 Ustawy 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, sytuację rodzinną nieletniego, warunki wychowawcze

i charakter środowiska oraz 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.

Sąd rodzinny może zobowiązać rodziców albo opiekuna nieletniego do 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; zobowiązać rodziców albo opiekuna nieletniego do współpracy z młodzieżowym ośrodkiem socjoterapii w zakresie realizacji obowiązku nauki przez nieletniego, jego socjoterapii i pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub zobowiązać rodziców albo opiekuna nieletniego do naprawienia w całości albo w części szkody wyrządzonej przez nieletniego lub do zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że w przypadku, gdy rodzice albo opiekun nieletniego uchylają się od wykonywania środka, o którym mowa, sąd rodzinny może wymierzyć im karę pieniężną w wysokości do 3 tys. zł (art. 19 Ustawy). Ponadto sąd rodzinny może zwrócić się do właściwej instytucji państwowej, samorządowej lub organizacji społecznej, w tym organizacji pozarządowej, o udzielenie niezbędnej pomocy w celu poprawy warunków wychowawczych, bytowych lub zdrowotnych nieletniego.

W postępowaniu w sprawie nieletniego stronami są nieletni, rodzice albo ten z rodziców, pod którego stałą pieczę nieletni faktycznie pozostaje, albo opiekun nieletniego oraz prokurator.

Należy zwrócić uwagę, że nieletniemu przysługują określone prawa, w tym w szczególności:

1. prawo do obrony, w tym prawo do korzystania z pomocy obrońcy oraz prawo złożenia wniosku o wyznaczenie obrońcy z urzędu w przypadku, gdy sąd uzna, że udział obrońcy w sprawie jest potrzebny, a nieletni lub jego rodzice albo opiekun nie są w stanie ponieść kosztów wynagrodzenia obrońcy z wyboru bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny lub występują inne, szczególne okoliczności;
2. prawo do składania wyjaśnień lub odpowiedzi na poszczególne pytania;
3. prawo do odmowy składania wyjaśnień lub odpowiedzi na poszczególne pytania;
4. prawo do korzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza, jeżeli nie włada w wystarczającym stopniu językiem polskim;
5. prawo do korzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza języka migowego, jeżeli jest osobą, która potrzebuje wsparcia w tym zakresie.

Postępowanie wykonawcze

Nowe regulacje prawne wprowadziły dosyć duże zmiany w zakresie postępowania wykonawczego, w szczególności zmiany dotyczą nazewnictwa. Ponadto zostały utworzone okręgowe ośrodki wychowawcze, które stanowią ogniwo pośrednie pomiędzy młodzieżowymi ośrodkami wychowawczymi a zakładami poprawczymi.

Ustawodawca wyraźnie określił cele postępowania wykonawczego prowadzonego w stosunku do nieletnich. Wykonywanie środków wychowawczych i środka poprawczego ma na celu wychowanie nieletniego na świadomego swych obowiązków członka społeczeństwa i odbywa się z uwzględnieniem wskazań nauki i doświadczeń pedagogicznych. Jak czytamy w Ustawie, działalność wychowawcza powinna zmierzać przede wszystkim do wszechstronnego rozwoju osobowości i uzdolnień nieletniego oraz do kształtowania i utrwalania w nim społecznie pożądanej postawy i poczucia odpowiedzialności, tak by był on odpowiednio przygotowany do samodzielnego i odpowiedzialnego życia zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi. Wykonywanie środka leczniczego ma natomiast 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. Wykonywanie środków wychowawczych i środka poprawczego powinno doprowadzić także do prawidłowego spełniania przez rodziców albo opiekuna ich obowiązków wobec nieletniego. Do wykonywania środków wychowawczych i środka poprawczego można włączyć organizacje społeczne, w tym organizacje pozarządowe (art. 88 Ustawy).

Porównując cele postępowania określone w poprzednio obowiązującym stanie prawnym (art. 65 ustawy z 1982 r.), wskazać należy, że resocjalizacja i readaptacja nieletnich, czyli ich wtórne uspołecznienie i przystosowanie

do życia w społeczeństwie w dalszym ciągu stanowi główny cel wykonywania środków wychowawczych i środka poprawczego. Przepis art. 89 ust. 1 Ustawy wprowadza zasadę indywidualizacji, albowiem młodzieżowe ośrodki wychowawcze, okręgowe ośrodki wychowawcze, zakłady lecznicze, zakłady poprawcze oraz schroniska dla nieletnich zapewniają możliwość indywidualnego oddziaływania na nieletnich odpowiednio do ich osobowości i potrzeb. Młodzieżowe ośrodki wychowawcze, okręgowe ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich mają za zadanie w szczególności zapewnienie nauczania ogólnokształcącego lub zawodowego, działalności kulturalno-oświatowej i sportowej, dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz przygotować nieletnich do samodzielnego funkcjonowania w życiu dorosłym zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi.

Warto wyjaśnić, że organem postępowania wykonawczego jest sąd rodzinny, czyli sąd rejonowy. Sąd rodzinny w postępowaniu wykonawczym wykonuje w szczególności środki wychowawcze (art. 7 Ustawy), środek leczniczy (art. 8 Ustawy) oraz środek poprawczy (art. 9 Ustawy). Sąd rodzinny wykonuje również określone orzeczenia zapadłe w postępowaniu karnym na podstawie art. 10 § 4 Kodeksu karnego³ lub art. 5 § 2 Kodeksu karnego skarbowego⁴. Stanowi to wyraz zasady, w świetle której sąd rodzinny wykonuje środki orzeczone względem nieletniego bez względu na sąd, który wydał orzeczenie o zastosowaniu środka wobec nieletniego. 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. Środek leczniczy wykonuje natomiast sąd rodzinny, w okręgu którego

znajduje się zakład leczniczy, w którym nieletni został umieszczony.

Sąd rodzinny w toku postępowania wykonawczego ma szczególne uprawnienia. Może on na czas określony odroczyć lub przerwać wykonywanie środków wychowawczych w przypadku choroby nieletniego lub z innych ważnych przyczyn. Ponadto sąd rodzinny może odwołać odroczenie lub przerwę wykonywania środków wychowawczych w przypadku ustania przyczyny, dla której zostały udzielone, lub gdy nieletni nie korzysta z odroczenia lub przerwy w celu, w jakim zostały udzielone, albo rażąco narusza porządek prawny. Sąd rodzinny może zmieniać lub uchylać środki wychowaw-

cze, jeżeli względy wychowawcze lub inne ważne względy za tym przemawiają. Dotyczy to również środków wychowawczych stosowanych w okresie próby. Sąd rodzinny może odstąpić od stosowania środka wychowawczego w przypadku podjęcia przez nieletniego nauki lub pracy. Może on uchylić środek wychowawczy w postaci zakazu prowadzenia pojazdów, jeżeli ustały przyczyny uzasadniające dalsze stosowanie tego środka. Postanowienie w przedmiocie uchylenia środka wychowawczego albo odstąpienia od stosowania środka wychowawczego może zostać wydane na posiedzeniu niejawnym, a więc bez udziału stron.

Jeżeli w toku wykonywania środ-

ka wychowawczego okaże się, że wobec nieletniego należy zastosować środek leczniczy, sąd rodzinny może przerwać wykonywanie środka wychowawczego i zastosować środek leczniczy. Przed zwolnieniem nieletniego z zakładu leczniczego sąd rodzinny wykonujący środek leczniczy zawiadamia o tym sąd rodzinny.

Nadzór nad wykonywaniem orzeczeń o skierowaniu nieletnich do ośrodka kuratorskiego oraz o umieszczeniu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie leczniczym, zakładzie poprawczym i schronisku dla nieletnich, jak również nad wykonywaniem umieszczenia nieletnich w policyjnej izbie dziecka, sprawuje sędzia rodzinny

Po prawie 40 latach obowiązywania ustawa z 1982 roku o postępowaniu w sprawach nieletnich została zastąpiona nowym aktem – Ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Ustawa zaczęła obowiązywać od 1 września 2022 roku. Nowe przepisy mają poprawić skuteczność resocjalizacji nieletnich poprzez intensywniejsze wspieranie ich w walce o powrót do funkcjonowania w społeczeństwie zgodnie z przepisami prawa.

wyznaczony przez prezesa sądu okręgowego, w okręgu którego znajduje się ośrodek, zakład, schronisko lub policyjna izba dziecka. Nadzór ten obejmuje m.in.: kontrolę i ocenę prawidłowości wykonywania orzeczenia; legalności umieszczenia i pobytu nieletnich w ośrodku, zakładzie, schronisku i policyjnej izbie dziecka oraz zwalniania ich; przestrzegania praw nieletnich; zgodności udzielania nagród i stosowania kar lub środków dyscyplinarnych z obowiązującymi w tym zakresie przepisami; prawidłowości dokumentacji dotyczącej nieletnich; przestrzegania ustalonego porządku wewnętrznego; prawidłowości postępowania w przypadku ujawnienia podejrzenia popełnienia czynu zabronionego oraz w innych przypadkach zagrożenia bezpieczeństwa ośrodka, zakładu, schroniska i policyjnej izby dziecka; umieszczania nieletnich w izbach adaptacyjnych; użycia wobec nieletnich środków przymusu bezpośredniego; zapewnienia nieletniemu warunków bytowych i sanitarnych, opieki zdrowotnej oraz możliwości udziału w zajęciach kulturalno-oświatowych i rekreacyjnych oraz rozwijania jego aktywności społecznej (art. 143 ust. 1 i 2 Ustawy).

W toku postępowania wykonawczego nieletni jest obowiązany przestrzegać obowiązków ustanowionych przez sąd i wynikających z wykonywania orzeczenia, o czym poucza się nieletniego przy wszczęciu postępowania wykonawczego. Aby cele postępowania wykonawczego zostały osiągnięte, niezbędne jest również, aby rodzice albo opiekun nieletniego są obowiązani przestrzegać obowiązków ustanowionych przez sąd i wynikających z wykonywania orzeczenia oraz uczestniczyć w wykonywaniu wydanego wobec nieletniego orzeczenia, o czym poucza się rodziców albo opiekuna nieletniego przy wszczęciu postępowania wykonawczego.

W toku postępowania wykonawczego nieletniemu przysługują określone uprawnienia. Zgodnie z treścią art. 107 Ustawy 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 ciążącymi 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. wyżywienia dostosowanego do potrzeb rozwojowych;
18. 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.

Zgodnie natomiast z treścią art. 108 Ustawy nieletni umieszczony w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich jest obowiązany w szczególności do: przestrzegania statutu

lub regulaminu i rozkładu zajęć w ośrodku, zakładzie lub schronisku; przestrzegania zasad bezpieczeństwa; uczestniczenia w procesie resocjalizacji; wykonywania poleceń pracowników ośrodka, zakładu lub schroniska; odnoszenia się do pracowników ośrodka, zakładu lub schroniska, nieletnich oraz innych osób z poszanowaniem ich godności; dbania o higienę osobistą i stan zdrowia; dbania o schludny wygląd i kulturę słowa; utrzymywania czystości i porządku w pomieszczeniach, w których przebywa; dbania o rzeczy własne i innych osób, jak również o użytkowany sprzęt; przekazywania do depozytu dokumentów stwierdzających tożsamość, środków pieniężnych, przedmiotów wartościowych oraz przedmiotów, których nie może posiadać w ośrodku, zakładzie lub schronisku na zasadach; poddania się badaniom na obecność w organizmie substancji psychoaktywnej; poddania się kontroli pobieżnej lub kontroli osobistej; powiadamiania pracowników ośrodka, zakładu lub schroniska o zagrożeniach dla bezpieczeństwa osób, środowiska, zdrowia, życia lub mienia oraz wykonywania prac porządkowych na rzecz ośrodka, zakładu lub schroniska na zasadach określonych w niniejszej ustawie. Powinien także uzyskać zgodę dyrektora ośrodka, zakładu lub schroniska na czasowe opuszczenie ośrodka, zakładu lub schroniska oraz przestrzegać terminu powrotu.

Nieletniemu umieszczonemu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich nie wolno stosować przemocy, w tym wnosić na teren i posiadać na terenie ośrodka, zakładu lub schroniska przedmiotów, które mogą stanowić zagrożenie bezpieczeństwa i porządku wewnętrznego ani posługiwać się wyrazami lub zwrotami wulgarnymi, obraźliwymi albo gwarą używaną w podkulturach o charakterze przestępczym. Ponadto nie może dokonywać ucieczek oraz udzielać innym pomocy przy ich dokonywaniu ani namawiać innych do nieprzestrzegania statutu lub regulaminu oraz do zachowań agresywnych. Nieletniemu umieszczonemu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich nie wolno uczestniczyć w grupach organizowanych bez zgody lub wiedzy dyrektora ośrodka, zakładu lub schroniska. Zakazane jest także wykonywać tatuaży i innych uszkodzeń ciała. Regulacje prawne zakazują

wnoszenia na teren ośrodka, zakładu lub schroniska substancji psychoaktywnych oraz ich używania. Nieletni nie może także posiadać bez zgody dyrektora ośrodka, zakładu lub schroniska przedmiotów służących do łączności, rejestrowania lub odtwarzania informacji (art. 109 Ustawy).

Należy podkreślić, że korzystanie przez nieletniego z przysługujących mu praw nie może naruszać praw innych osób ani zakłócać ustalonego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie leczniczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich porządku wewnętrznego.

Nowe kompetencje dyrektora szkoły

Ustawa wprowadziła nowe kompetencje dla dyrektora szkoły. Dyrektor szkoły, do której chodzi nieletni, ma teraz możliwość podjęcia oddziaływań wychowawczych we własnym zakresie, bez konieczności zawiadamiania sądu rodzinnego lub policji o przejawie demoralizacji lub popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego. Jeśli czyn ten nie jest przestępstwem ściganym z urzędu lub przestępstwem skarbowym, dyrektor może sięgnąć po jeden ze środków wychowawczych, takich jak: pouczenie, ostrzeżenie ustne albo ostrzeżenie na piśmie, przeproszenie pokrzywdzonego, przywrócenie stanu poprzedniego, wykonanie określonych prac porządkowych na rzecz szkoły⁵. Może jednak skorzystać z tej możliwości tylko po uzyskaniu stosownej zgody od rodziców albo opiekuna nieletniego oraz samego nieletniego. Jeśli takiej zgody brak, dyrektor powinien zawiadomić sąd rodzinny.

Domy dla nieletniej matki i dziecka

W związku z wejściem w życie Ustawy pojawiły się regulacje prawne dotyczące domów dla nieletniej matki i dziecka. Na podstawie art. 140 Ustawy został wydany akt wykonawczy, tj. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 grudnia 2022 r. w sprawie domów dla matki i dziecka w wyznaczonych okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (dalej: Rozporządzenie)⁶. Rozporządzenie określa tryb przyjmowania nieletnich matek umieszczonych w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz ich dzieci do domów dla matki i dziecka oraz warunki pobytu w domach dla matki

i dziecka. Ponadto ustawodawca uregulował sposób organizowania i działania domów dla matki i dziecka i sposób dokumentowania pobytu nieletnich matek oraz ich dzieci w domach dla matki i dziecka.

Jeżeli chodzi o nowe przepisy, to przyjęcie nieletniej matki do domu dla matki i dziecka następuje na podstawie pisemnego wniosku nieletniej matki. Do wniosku nieletnia matka dołącza odpis skrócony aktu urodzenia dziecka, zgodę ojca dziecka, jeżeli przysługuje mu władza rodzicielska, albo opiekuna prawnego dziecka na umieszczenie dziecka w domu dla matki i dziecka oraz zgodę organu prowadzącego postępowanie na przyjęcie do domu dla matki i dziecka, jeżeli wobec nieletniej matki wykonywany jest środek tymczasowy w postaci tymczasowego umieszczenia w ośrodku albo umieszczenia w schronisku. W domach dla matki i dziecka dziecko może przebywać do ukończenia 3 lat, chyba że dobro dziecka i względy wychowawcze lub zdrowotne za tym nie przemawiają.

Wyposażenie domu dla matki i dziecka powinno być jak najbardziej zbliżone do warunków domowych. Zgodnie z treścią § 15 Rozporządzenia w domu dla matki i dziecka znajdują się następujące pomieszczenia: indywidualne pokoje sypialne dla matek i dzieci; sala rekreacyjna dla dzieci; pomieszczenia sanitarne; izba adaptacyjna oraz pomieszczenia gospodarcze.

Do wejścia w życie Ustawy brak było regulacji prawnych⁷, które umożliwiałyby przyjmowanie nieletnich matek z dziećmi. Rzecznik Praw Obywatelskich w 2021 roku zwracał uwagę na ten problem i podkreślał brak przepisów na temat pobytu nieletnich matek z dziećmi w placówkach resocjalizacyjnych⁸. Także działający w Biurze RPO Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wielokrotnie wskazywał na brak odpowiednich przepisów w sprawie sytuacji osób nieletnich w ciąży oraz nieletnich matek i ich dzieci, przebywających w placówkach resocjalizacyjnych. Na respektowanie życia rodzinnego oraz kwestię ochrony praw dzieci zwraca także uwagę Rada Europy w dokumencie Strategia Rady Europy na rzecz praw dziecka (2016–2021). W jednym z jej punktów mowa jest o tym, że Rada Europy będzie promować implementację standardów w zakresie prawa rodzinnego oraz polityki wspierającej pozytywne rodzicielstwo. W ocenie Rady Europy kluczowe jest zbadanie, jak państwa członkowskie mogą stworzyć lepsze przepisy i procedury, które zapewnią, by najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka było najważniejszą sprawą w podejmowaniu decyzji

w przejmowaniu spod opieki rodzicielskiej, umieszczaniu w piecach zastępczych i ponownym łączeniu.

Analiza wprowadzonych rozwiązań prawnych prowadzi do wniosku, że przede wszystkim mają one na celu wspieranie resocjalizacji nieletnich, także na etapie postępowania wykonawczego. Niektóre rozwiązania mogą budzić wątpliwości. Dotyczy to zwłaszcza obligatoryjnego orzeczenia wobec nieletniego środka poprawczego w postaci umieszczenia w zakładzie poprawczym, w przypadku dopuszczenia się przez niego wymienionych w Ustawie czynów karalnych. Istnieje wprowadzić możliwość orzeczenia w tej sytuacji przez sąd rodzinny środka wychowawczego, jeżeli sposób i okoliczności popełnienia czynu karalnego, właściwości i warunki osobiste nieletniego oraz jego postawa i zachowanie uzasadniają przypuszczenie, że środek wychowawczy okaże się skuteczny lub rokuje resocjalizację nieletniego, ale dopiero praktyka stosowania tych przepisów pokaże, czy cele wprowadzenia tej regulacji zostaną osiągnięte. Niewątpliwie koniecznym będzie, po upływie pewnego okresu, dokonanie analizy i przeglądu przyjętych rozwiązań prawnych pod kątem realizacji celów Ustawy. Ocena ta powinna uwzględniać także opinie psychologów dziecięcych oraz pedagogów, a nie tylko prawników.

Przypisy

¹ Zgodnie z treścią art. 10 §4 kodeksu karnego, w stosunku do sprawcy, który popełnił występki po ukończeniu lat 17, lecz przed ukończeniem lat 18, sąd zamiast kary stosuje środki wychowawcze, lecznicze albo poprawcze przewidziane dla nieletnich, jeżeli okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste za tym przemawiają.

² W stosunku do sprawcy, który popełnił przestępstwo skarbowe lub wykroczenie skarbowe po ukończeniu lat 17, lecz przed ukończeniem lat 18, sąd zamiast kary lub środka karnego stosuje środki wychowawcze, lecznicze albo poprawcze przewidziane dla nieletnich, jeżeli okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste za tym przemawiają (art. 5 § 2 kodeksu karnego skarbowego).

³ Ibidem.

⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 grudnia 2022 r. w sprawie domów dla matki i dziecka w wyznaczonych okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, Dz.U. 2022 poz. 2681.

⁷ Szerzej na ten temat w: I. Lesińska, „Sytuacja nieletnich matek w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Wyniki badania ankietowego”, Warszawa 2022.

⁸ Szerzej na temat stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/brak-przepisow-nt-pobytu-nieletnich-matek-z-dziecmi-w-placowkach-resocjalizacyjnych-narusza>, dostęp z dnia 02.05.2023 r.

⁷ Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, Dz.U. z 2022 r., poz. 1700.

⁸ E. Wasińska, „Odpowiedzialność karna nieletnich w świetle nowej ustawy”, <https://www.lex.pl/odpowiedzialnosc-karna-nieletnich-w-swietle-nowej-ustawy,21331.html>, dostęp z dnia 02.05.2023 r.

W ciągu 12 lat Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych dofinansował 94 badania poświęcone uzależnieniom behawioralnym. Realizacji tych badań podjęło się 29 ośrodków badawczych¹. Tylko dwa pisma – „Świat Problemów” i „Serwis Informacyjny Uzależnienia” – oraz portal uzaleznieniabehawioralne.pl regularnie zapraszają na swoje łamy autorów tychże badań, by dzielili się wiedzą płynącą z ich pracy. Poza tymi periodykami zazwyczaj wiedza o badaniach nie wykracza poza wąski krąg odbiorców.

JAK W DOBIE INFOTAINMENTU PRZEBIĆ SIĘ Z WYNIKAMI BADAŃ NAUKOWYCH DO MEDIÓW?

Maja Ruszpel
Fundacja Inspiratornia

Ani Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, ani Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom nie posiadają działu public relations. Organizacje i instytucje realizujące badania nie mają na takie działania środków lub wypracowanych mechanizmów promocji swojej pracy. Miejscem, które udostępnia przestrzeń na dzielenie się nowo powstającą wiedzą jest Międzynarodowa Konferencja Uzależnienia Behawioralne – jednak rzadko kiedy pojawiają się na niej media lub reprezentanci innych środowisk niż nasze.

Nie można jednak stwierdzić, że brak promocji badań naukowych jest piętą achillesową Funduszu – jest to zjawisko występujące w większości ośrodków naukowych i badawczych w Polsce. Podejmowano wiele inicjatyw, by zmienić ten stan rzeczy. Istnieje choćby Biuro Promocji i Popularyzacji Nauki na UMCS czy kolejne edycje promocji badań naukowych na UW. Powstał także podręcznik dla naukowców autorstwa Natalii Osicy pt. „Sztuka promocji nauki” – reklamowany chwytliwymi hasłami: *Jak opowiadać o nauce Kowalskiemu? Gdzie i kiedy promować wyniki badań naukowych? Jak się przygotować do wykładów popularnonaukowych czy wywiadów telewizyjnych?*

Jednak nikt nie wypracował – co mogłoby być proste w logistyce i organizacji choćby poprzez istnienie takich narzędzi, jak strona www, czy możliwość promowania za pomocą konferencji prasowych realizowanych online – ogólnopolskiej platformy systematycznie prezentującej najważniejsze i najciekawsze wyniki badań.

W tym sensie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (a wcześniej Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), dofinansowując co roku projekt Fundacji Inspiratornia „Badania naukowe – promocja”, jest wyjątkiem.

Baza 94 raportów z badań

Raporty z każdego z badań dostępne są na stronie internetowej KCPU². Przewertowanie tysięcy stron ich wyników dostarcza często niezwykle interesującej wiedzy – niejednokrotnie nieznanej i mało popularnej. Badacze nie tylko starają się monitorować i opisywać skalę występowania uzależnień behawioralnych – uzależnienia od hazardu, pracy, zakupów czy internetu w Polsce – jak ma to miejsce w realizowanych co 4 lata badaniach Fundacji CBOS, ale często skupiają się na wybranych grupach społecznych i nierzadko wnoszą unikatową wiedzę na ten temat na skalę europejską czy nawet światową. Tak jest choćby w przypadku badań dr Bernadety Lelonek-Kulety, która specjalizuje się w tematyce uzależnienia od hazardu i w swoich poszukiwaniach badawczych skupiła się – we współpracy z badaczami francuskimi – na grupie seniorów³. Ze świecą szukać podobnych badań w innych krajach. Badania tej naukowczynie dostarczają wiedzy, którą mogłyby wykorzystać osoby odpowiadające za politykę zdrowotną. W projekcie Lelonek-Kulety udział wzięło 80 osób, które ukończyły 60 lat, były one na emeryturze i zaprzestały stałej, podstawowej aktywności zawodowej. Okazało się, że wielu ludzi

rozpoczyna swoją przygodę z hazardem dopiero na emeryturze – szczególnie w małych miejscowościach. A także, że dla wielu z nich jest on jedyną rozrywką oraz pomysłem na to, jak znaleźć dodatkowe środki finansowe na życie lub pomoc bliskim. I aż 1/5 z nich wykazuje objawy problemowego grania.

Podobnie w przypadku badań dotyczących poziomu i częstotliwości występowania uzależnienia od hazardu w grupie piłkarzy, autorstwa dr. Andrzeja Szymańskiego z Akademii Wychowania Fizycznego im. J. Kukuczki w Katowicach. W momencie ich powstawania istniało tylko jedno takie badanie zrealizowane na świecie. W polskich badaniach wzięło udział 50 klubów piłkarskich z województwa śląskiego, które w sezonie 2017/2018 i 2018/2019 brały udział w rozgrywkach do piątego poziomu. W sumie było to 817 sportowców. Piłkarze często zaczęli grać w gry losowe już w dzieciństwie, blisko 8% z nich wykazywało objawy uzależnienia od hazardu. Identyczna sytuacja miała miejsce w przypadku badań prof. J. Klingemann i prof. Ł. Wieczorka – gdzie autorzy skupili się na osobach w kryzysie bezdomności i ich stosunku do hazardu⁴. Respondenci (N=690) byli badani w schroniskach i noclegowniach w Warszawie w drugiej połowie listopada 2015 roku i w drugim tygodniu stycznia 2016 roku. Okazało się, że aż 11,3% z nich może mieć problem z graniem.

Inne badania koncentrują się na aktualnych problemach społecznych związanych z nowoczesnymi technologiami. Szereg badaczy, jak dr Magdalena Rowicka, dr Jolanta Jarczyńska, dr Katarzyna Warzecha czy badacze związani z Fundacją Dajemy Dzieciom Siłę, skupiali się na problemowym zaangażowaniu w korzystanie z internetu, portali społecznościowych czy gier przez dzieci i młodzież. Dzięki ich pracy mogliśmy poznać zarówno skalę tego zjawiska wśród małych dzieci (0.-6. rok życia), nastolatków, jak i stosunek do tego problemu ich rodziców oraz opiekunów, w tym pedagogów i nauczycieli. Doktor Lelonek-Kuleta, dr Katarzyna Dąbrowska i prof. Łukasz Wieczorek skupili się zaś na analizie hazardu online oraz podobieństwach gier hazardowych do gier komputerowych. Jest to bez wątpienia ważna, wnosząca nowe spojrzenie na współczesne problemy wiedza. Co ważne, ciekawa nie tylko dla wąskiego środowiska osób związanych z pomaganiem uzależnionym, ale dla całego społeczeństwa.

Są także badania, które opisują aktualnie toczące się debaty na tematy istotne dla środowiska terapeutów uzależnień – jak choćby ta, która trwa od lat i dotyczy rozważań, jakiego języka powinniśmy używać, opisując różne problemy w obszarze uzależnień. Pod redakcją prof. Klingemann powstał więc „Słownik uzależnień”⁵. Prace nad nim trwały wiele miesięcy i polegały na prowadzeniu dialogu z naukowcami, badaczami, terapeutami uzależnień i językoznawcami, by wypracować nowy, niezabarwiony stygmatyzacją język. W ten sposób powstały rekomendacje i konkretne propozycje – np. w miejsce słowa „narkoman” – rekomenduje się stosowanie zwrotu „osoba z doświadczeniem uzależnienia”.

To tylko wybrane przykłady, by zilustrować, jak różnorodna jest tematyka prowadzonych badań i jak szerokich obszarów dotyczy.

Konferencje prasowe

Od 2016 roku Fundacja Inspiratornia realizuje projekt, w ramach którego organizuje konferencje prasowe dla dziennikarzy, prezentujące wyniki wybranych badań naukowych z zakresu uzależnień behawioralnych. W to zadanie zaangażowanych jest kilka osób: copywriter, grafik, moderator konferencji, specjalista public relations. Taki zespół wspólnie opracowuje wiele materiałów, które pozwalają w przystępny dla dziennikarzy sposób, przekazać najważniejsze wnioski – tymi materiałami są: informacja prasowa rosyłana do mediów, wyciąg z badań w formie krótkiego raportu oraz infografiki ilustrujące wyniki badań.

Każdorazowo wybór badań, które będą promowane, dokonywany jest wspólnie z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dzieje się to na podstawie ściśle określonych kryteriów – po pierwsze, wyniki badań muszą być aktualne. Skąd takie założenie? Z doświadczenia w pracy z mediami – badania zrealizowane i zakończone przykładowo 3 lata wcześniej lub dawniej nie zainteresują mediów. A zatem promowane są te z badań, których termin zakończenia ma miejsce w roku bieżącym, w którym realizowany jest projekt konferencji prasowych. Kolejną kwestią jest temat badań – temat musi dotyczyć tego, co zainteresuje tzw. przeciętnego Kowalskiego. Będzie to więc choćby „Brzdąc w realu”, który analizuje zaangażowanie w gry komputerowe małych dzieci

oraz stosunek ich rodziców do tego zachowania, wraz z rekomendacjami profilaktycznymi; nie sposób zaś zainteresować mediów badaniami na temat narzędzi diagnostycznych czy bardzo wąskimi obszarami badań, jak np. lęk dentystyczny a używanie Facebooka, które także znajdują się na liście zrealizowanych badań.

Dotychczas działaniami objęto 15 projektów badawczych. Wśród naukowców, z którymi podjęto współpracę, znaleźli się: dr Katarzyna Dąbrowska, dr Jolanta Jarczyńska, prof. Justyna Klingemann, dr Ewa Krzyżak-Szymańska, dr Bernadeta Lelonek-Kuleta, dr Dominika Ochnik, dr Aneta Przepiórka, dr Andrzej Szymański, dr Katarzyna Warzecha, prof. Łukasz Wieczorek, dr Emilia Zabielska-Mendyk.

Założenie jest proste: na każdej z konferencji, poświęconej wybranym badaniom, występują ich autorzy, czyli wymienieni powyżej badacze. Prezentują oni w skondensowanej formie prezentacji PPT najważniejsze wnioski ze swoich badań. Odbiorcami konferencji są dziennikarze – choć z czasem okazało się, że uczestnicy w nich coraz chętniej także środowisko osób związanych z pomaganiem osobom uzależnionym czy środowiska zawodowe związane z danym tematem. Zależnie więc od tematyki badań konferencje gromadziły od 7 do 32 uczestników – w tym terapeutów uzależnień, profilaktyków, pedagogów, nauczycieli oraz urzędników odpowiadających za politykę zdrowotną na poziomie samorządowym czy firmy oferujące gry hazardowe.

Równolegle prowadzony był monitoring mediów, który analizował liczbę artykułów prasowych oraz wywiadów, jakie publikowane były w odpowiedzi na podejmowane działania promocyjne. Monitoring ten polega na wyszukiwaniu określonych zagadnień (po zdefiniowanych słowach kluczowych) w artykułach i wzmiankach prasowych oraz w informacjach i audycjach nadawanych przez radio, telewizję, agencje informacyjne, a także dostępnych w internecie. Przyznać należy, że nie zawsze i nie każde badanie – pomimo podjętych działań, które spełniały najwyższe standardy działań public relations – odbiło się szerokim echem. Mniejsza liczba reprezentantów mediów, a tym samym artykułów, pojawiała się na przykład wtedy, kiedy promowaliśmy badania dotyczące wąskiej grupy respondentów oraz tematu ściśle specjalistycznego i niszowego. Tak było w przypadku badań dr Krzyżak-Szymańskiej poświęconych nadużywaniu gier komputerowych

w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim⁶ i wiązało się z faktem, że redakcji zajmujących się problematyką życia osób z niepełnosprawnościami było w tamtym czasie jedynie trzy (np. portal Integracja czy portal niepełnosprawni.pl). Podobnie – w przypadku badań dr Lelonek-Kulety poświęconych grupie osób odbywających karę pozbawienia wolności⁷, gdzie jedyną redakcją zajmującą się opisywaniem codzienności zakładów karnych jest magazyn „Służba Więzienna”.

Jednocześnie na obecność dziennikarzy miały wpływ wydarzenia niezależne od organizatorów konferencji. Jakże to mogą być zdarzenia, zilustruję przykładem, który pokazuje specyfikę funkcjonowania mediów, a szczególnie ich skupienie na bieżącym wydarzeniu. W 2009 roku, kiedy pracowałam jeszcze w Open Society Foundations w Międzynarodowym Programie Polityki Narkotykowej, zaplanowałam na 26 czerwca we współpracy z redakcjami telewizyjnymi, radiowymi i prasowymi szereg wywiadów na temat restrykcyjnej polityki narkotykowej. Mieli brać w nich udział m.in. dr Katarzyna Malinowska z OSF, Jacek Charmast ze Stowarzyszenia JUMP'97, prawniczka Agnieszka Sieniawska z Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej czy Kajetan Dubiel, ówczesny dyrektor Służby Więziennej. Tego dnia w nocy czasu europejskiego zmarł Michael Jackson. Rano każda z umówionych redakcji odwołała wywiad, ponieważ tematem dnia stała się śmierć legendarnego piosenkarza. W ten sposób padł wysiłek mojej miesięcznej pracy i 14 umówionych przeze mnie i przeze mnie zainicjowanych wywiadów m.in. w TVN24 i I Programie Polskiego Radia.

I z tym, mając świadomość, że współczesne media to głównie infotainment, czyli gatunek dziennikarstwa określany zbitką wyrazową łączącą w sobie informację i rozrywkę, a zatem przebicie się z wynikami badań naukowców jest niezwykle trudne – musimy się godzić.

Sukcesy projektu konferencji prasowych

Tym bardziej więc warto pokazać, że efekty konferencji prasowych nierzadko bywały imponujące. Naukowcy biorący udział w projekcie udzielali wywiadów w mediach ogólnopolskich, jak Polskie Radio Program Czwarty, TOK FM, Newsweek, magazyn Wprost, miesięcznik Charaktery, Polska Agencja Prasowa,

RMF FM, Eska itp. Szczególnie miało to miejsce w przypadku tematów dotyczących szerokich grup społecznych, wówczas liczba artykułów prasowych, wywiadów radiowych i telewizyjnych oraz innego rodzaju publikacji przekraczała najśmielsze oczekiwania. A liczba dotarcia artykułów prasowych i wywiadów wybranych badań szacowana była na 1-2 mln odbiorców. Gdyby chcieć wykupić powierzchnię reklamową do prezentacji badań kosztowałoby to średnio 25 tys. złotych. Tak było z badaniami dr. Szymańskiego na temat uzależnienia od hazardu wśród piłkarzy⁸, tak było z badaniami dr. Lelonek-Kulety na temat uzależnienia od hazardu wśród seniorów⁹. Tak było w przypadku badań dr. Jarczyńskiej i wielu innych. Warto podkreślić, że konferencje prasowe zorganizowane poza Warszawą – skupiające się na promocji badań lokalnych – cieszyły się dużym zainteresowaniem mediów regionalnych. Podkreślam to, ponieważ media skupione w innych aglomeracjach niż Warszawa, chętniej i z większym zaangażowaniem promują „swoje” ośrodki badawcze i naukowców związanych z danym regionem.

W ciągu 7 lat trwania projektu powstało setki artykułów opisujących pracę badaczy – część artykułów i raporty z monitoringu znajduje się na stronie www.fundacja-inspiratornia.pl. I pomimo świadomości, że część wybranych badań może być adresowana do wąskich grup odbiorców, Fundacja każdorazowo przygotowywała dokładnie taki sam pakiet materiałów dla dziennikarzy, a następnie rozsyła go do bazy mediów (ponad 3 tys. adresów). Baza ta obejmowała zarówno redakcje prasowe, radiowe, internetowe, jak i telewizyjne; redakcje stołeczne i regionalne. Nie zawsze efekt takich działań był natychmiastowy – media nie muszą od razu wykorzystywać wiedzy płynącej z danych badań. Przede wszystkim powinny wiedzieć, do kogo mogą się zwrócić o informację, kto może im polecić ekspertów z danej dziedziny oraz jak szukać badań. W takim przypadku korzyścią jest fakt, że media są poinformowane i mogą wykorzystać to później.

Szesc bez butów chodzi?

Promując od lat pracę kolegów i koleżanek – naukowców, terapeutów uzależnień czy profilaktyków – nie tylko przy pomocy projektu, który jest tematem tego artykułu, ale także podcastów i audycji radiowych, których byłam autorką, i konkursu dla dziennikarzy,

nie zajmowałam się promocją swojej pracy. Zgodnie z przysłowiem „szewc bez butów chodzi”, sprawdziłam, czy sam projekt konferencji prasowych Inspiratorni jest wystarczająco szeroko zaprezentowany w środowisku, a jego cel właściwie rozumiany. Podczas pisania tego artykułu poprosiłam więc o opinię kilku badaczy i badaczek. I choć w większości przypadków dostałam informacje pozytywne i doceniające pracę Inspiratorni i FRPH – choćby tę, że bez mojego pomysłu i dofinansowania ze strony KCPU nikt nie podjąłby się działania, by dane badania ujrzały światło dzienne, to jednak pojawiały się również informacje krytyczne. Spotkałam się choćby z opinią, że konferencje prasowe są najmniej efektywnym narzędziem ze wszystkich, które realizuje Inspiratornia. Głównie dlatego, że zdarza się, że na samej konferencji jest tylko... trzech dziennikarzy. Ktoś stwierdził także, że błędem jest promowanie jednego badania, ponieważ promocja powinna obejmować od 3 do 5 badań podczas jednej konferencji. Dodatkowo pojawił się problem, że naukowcy nie znają specyfiki działania mediów i nie umieją prezentować w prosty sposób swoich badań, więc powinnam prowadzić dla nich – w ramach projektu – odpowiednie szkolenia pod tym kątem.

Cieszy mnie ta krytyka, ponieważ jest dowodem na to, że projekt jest dostrzegany, ważny i budzi emocje w samym środowisku. Odpowiadając na te uwagi przyznam, że widząc trzech dziennikarzy na konferencji, można mieć poczucie frustracji i nieskuteczności działań. Jednak nie jest to prawdą. Poza tymi trzema dziennikarzami, informację o badaniach otrzymuje około 3 tys. dziennikarzy. To, kiedy i jak ją wykorzystają – zależy od nich. Konferencja jest więc jedynie narzędziem, dzięki któremu w krótkim czasie, efektywnie mogę dotrzeć do ogromnej rzeszy dziennikarzy. Jeśli którykolwiek z nich zainteresuje się tematem, powstaje wywiad czy reportaż. I tu znów mogę odesłać zainteresowanych na stronę Fundacji Inspiratornia, gdzie poza artykułami informacyjnymi, mamy cały pakiet reportaży, które nie powstałyby gdyby nie wcześniejsze nagłośnienie wyników badań.

Odnosząc się do pozostałych dwóch sugestii – faktycznie, konferencja prasowa obejmująca wyniki 5 badań jest świetnym rozwiązaniem. Istnieje jednak ryzyko, że stałaby się ona konferencją naukową. Poza tym dochodzą kwestie praktyczne: rzadko kiedy w jednym roku publikowanych jest kilka wyników badań, które można tematycznie

połączyć. Co do kwestii pomagania naukowcom w przekazaniu uzyskanych wyników badań w sposób prosty, tak by był zrozumiały dla dziennikarza, każdorazowo to oferuję. Zacytuję dr Lelonek-Kulecę, z którą miałam okazję współpracować najczęściej: *Ze względu na to, że naukowcy dysponują w bardzo ograniczonym zakresie narzędziami pozwalającymi na popularyzację wyników badań naukowych, projekt Fundacji Inspiratornia świetnie wypełnia tę lukę. Jako badacz otrzymałam „w pakiecie” opracowane infografiki, które tak dobrze nie potrafiłabym przygotować (i najprawdopodobniej brakowałoby mi na to czasu), opracowanie informacji medialnych o badaniach (przystępny dla nienaukowców język), rozsyłanie informacji o wynikach badań do przedstawicieli wielu mediów, umawianie spotkań z dziennikarzami, pomoc w organizacji spotkania z nimi, a wreszcie zorganizowanie konferencji prasowej przy moim naprawdę ograniczonym wysiłku. Tego wszystkiego badacz nie miałby, kiedy zrobić. Ponieważ w projekcie było ujętych kilka moich badań, miałam możliwość zobaczenia, jaki jest odbiór społeczny konkretnej tematyki. Z wynikami niektórych badań przez długie miesiące występowałam w licznych audycjach lub udzielałam na ich temat wywiadów, inne z kolei szybko traciły zainteresowanie mediów. Z tego płynie dla nas pewna informacja na temat tego, co dla ludzi w społeczeństwie jest ważne, a tym samym po części może ukierunkowywać nasze, badaczy, działania.*

Udział w projekcie przede wszystkim „oswoił” mnie z mediami i pomógł w nabyciu większej swobody w kontakcie z nimi. Bardzo cenne były dla mnie uwagi Mai, która pilnowała tego, żeby mówić „do ludzi”, czyli prostym, zrozumiałym dla niespecjalistów językiem. Niektóre projekty były wyzwaniem, kiedy o rzeczach trudnych należało mówić „łatwo”. Nauczyłam się także, że w kontaktach z dziennikarzami należy starannie ważyć słowa, ponieważ wszelki brak precyzji może doprowadzić do zniekształcenia przekazu. Poza tym teraz wiem, że autoryzacja materiału zawsze jest potrzebna i zawsze o nią proszę. Bez udziału w projektach popularyzujących wyniki moich badań na pewno nie dotarłyby one do tak wielu ludzi, świadomość, że „idą one w świat”, daje wielką satysfakcję. Ostatnią rzeczą jest też w pewnym stopniu większa wrażliwość na potrzeby społeczne w badaniach, czyli myślenie o tym, co dla ludzi jest ważne, co chcieliby lepiej zrozumieć.

I tutaj dotykamy ważnej kwestii – celem tego projektu jest zarówno to, by dziennikarze mogli lepiej rozumieć

i znać aktualnie powstające badania naukowe, jak i to, by naukowcy mogli lepiej rozumieć działanie mediów. Niestety, nie każde badanie można z powodzeniem wypromować w mediach. Coś, co jest wąskim, choć bardzo ważnym obszarem zainteresowań badawczych, ciekawym dla naukowców, nie musi być takim dla dziennikarzy. Nie dlatego, że dziennikarze popełniają błąd, nie interesując się danym obszarem i nie dlatego, że dane badania nie są istotne – po prostu współczesne media interesuje ściśle określony obszar: to, o czym piszą, musi dotyczyć przeciętnego człowieka, musi być tematem współczesnym i aktualnym.

Pozwolę sobie na koniec na osobisty komentarz – ten projekt powstał w wyniku mojej osobistej pasji i ciekawości tego, co wiemy na temat uzależnień: jaka jest ich skala, jak je diagnozować, leczyć, jak realizować skuteczne działania profilaktyczne oraz mojej własnej frustracji tym, że w społeczeństwie dominuje tak wiele stereotypów i przekonań ukształtowanych 20-30 lat temu. Chciałabym więc wyrazić wdzięczność pani Danucie Muszyńskiej i całemu Zespołowi FRPH za zaufanie mi, a także badaczom, którzy poświęcili swój czas na udział w projekcie. A wszystkich badaczy, naukowców zachęcam do kontaktu ze mną, jeśli mieliby uwagi lub sugestie dotyczące rozwoju projektu w kolejnych latach.

Przypisy

- ¹ Wiele z nich zostało zrealizowanych przez badaczy związanych m.in. z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, Centrum Badań Opinii Społecznej, Akademią Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Uniwersytetem Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Katolickim Uniwersytetem Lubelskimi, Uniwersytetem Warszawskim i Jagiellońskim oraz organizacjami pozarządowymi, jak Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę czy Fundacja Praesterno.
- ² <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>
- ³ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/hazard-w-zyciu-seniorow.pdf>
- ⁴ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/badania-realcji-pomiedzy-hazardem-problemowym-a-bezdomnoscia.pdf>
- ⁵ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/jezyk-pomocy-w-uzalezniach-sownik-terminologiczny.pdf>
- ⁶ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/charakterystyka-zjawiska-problemowego-uzywania-internetu-oraz-telefonu-komorkowego-przez-mlodziez-uczaca-sie-z-niepelnosprawnoscia-intelektualna-w-stopniu-lekkim.pdf>
- ⁷ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/hazard-problemowy-i-patologiczny-wsrod-osob-odbywajacych-kare-pozbawienia-wolnosci-%E2%80%93-poglebione-badanie-jakosciowe.pdf>
- ⁸ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/zaburzenia-uprawiania-hazardu-i-problemowe-korzystanie-z-internetu-wsrod-pilkarzy.pdf>
- ⁹ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/hazard-w-zyciu-seniorow.pdf>

W 2022 roku zakończył się dwuletni projekt pod nazwą „Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka”. Realizowany był on przez Towarzystwo Nowa Kuźnia. Powstał z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, obecnie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, i był finansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia.

PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ. PODSTAWY SKUTECZNEGO WSPARCIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA – EWALUACJA PROJEKTU

*Ireneusz Siudem
Towarzystwo Nowa Kuźnia*

Celem projektu było zwiększenie kompetencji zawodowych pracowników sądów rodzinnych w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowych relacji z klientem. Podstawowe założenia projektu i wstępne jego efekty zostały zaprezentowane w ubiegłym roku na łamach Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA (nr 2/2022). W niniejszym artykule skupiono się głównie na ewaluacji projektu i jej wynikach.

Opis projektu

„Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka” to projekt szkoleniowy adresowany do zawodowych kuratorów sądowych. Jego głównym celem było zwiększenie skuteczności nadzoru kuratorskiego nad osobami używającymi substancji psychoaktywnych, zagrożonymi uzależnieniem oraz ich rodzinami, poprzez zwiększenie wiedzy w zakresie najnowszych koncepcji profilaktyki uzależnień oraz tworzenie relacji umożliwiających udzielanie skutecznego wsparcia podopiecznym.

Powyższy cel został sformułowany na bazie obserwacji, badań i analizy specyfiki pracy kuratorów sądowych, wykonywanych przez samych kuratorów oraz naukowców – specjalistów nauk społecznych. Wynika z nich, że w dużej części przypadków relacje, jakie tworzą kuratorzy ze sowymi podopiecznymi, mają charakter nadzorczo-kontrolujący. Związane jest to w dużej mierze ze specyfiką działań instytucji wymiaru sprawiedliwości.

W efekcie wielu podopiecznym praca kuratora kojarzy się z działaniami charakterystycznymi dla organów ścigania. Niestety, podobna opinia funkcjonuje w dużej części społeczeństwa. Sytuacja taka sprzyja również temu, że część kuratorów w sposób niezamierzony (nieświadomie) przyjmuje narzucaną im społecznie rolę, niekorzystną z punktu widzenia kształtowania prawidłowych relacji pomocowych z podopiecznym. Rola taka często uniemożliwia podjęcie prawidłowych działań profilaktycznych. Dzieje się tak dlatego, że ich skuteczność, jak potwierdzają badania naukowe, w znacznej części zależy od jakości relacji, jaką tworzy osoba pomagająca z osobą potrzebującą wsparcia. Współczesne trendy w profilaktyce uzależnień lansują podejście mające swe korzenie w psychologii humanistycznej, w której osoba stojąca w konflikcie z prawem, traktowana jest przede wszystkim jako podmiot, osoba wymagająca pomocy, równoważny partner relacji (Stępnia 2010, Bałandynowicz 2011, Jurczyk, Staniucha 2015, Zienkiewicz 2015, Okólska 2019, Siudem 2022).

Jak już wspomniano, opisywany tu problem stał się podstawą do sformułowania celu i głównej idei realizowanego szkolenia. W nawiązaniu do tej idei opracowano trzydniowe szkolenie, składające się z dziewięciu niżej wymienionych bloków szkoleniowych (łącznie 21 godzin szkolenia):

1. „Substancje psychoaktywne i ich użytkownicy”. Aktualne informacje na temat substancji psychoaktywnych oraz przyczyn ich używania, ze

szczególnym uwzględnieniem motywu wyboru konkretnej substancji psychoaktywnej i charakterystyki jej użytkowników.

2. **„Ryzyko niejedno ma imię”**. Analiza zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Wskazanie przyczyn tych zachowań jako form przystosowania społecznego, mechanizmów obronnych oraz kontroli emocji.
3. **„Lepiej zapobiegać, niż leczyć – czy to możliwe?”** Poznanie założeń i specyfiki współczesnej profilaktyki uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem standardów etycznych i działań o potwierdzonej skuteczności.
4. **„Niewiarygodnie ciekawe akty prawne”**. Podstawy prawne regulujące działania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, ze szczególnym uwzględnieniem zapisów dotyczących form wsparcia osób objętych nadzorem kuratorskim, prawidłowych postaw i relacji pomocowych.
5. **„Jaka to melodia, czyli duch dialogu motywującego”** – zastosowanie dialogu motywującego, ze szczególnym uwzględnieniem jego wykorzystania do kształtowania relacji z osobami objętymi nadzorem kuratorskim.
6. **„Zaakceptuj mnie takim, jakim jestem, żebym mógł być tym, kim chcę”** – rola osoby wspierającej na poszczególnych etapach „modelu zmiany” podopiecznego w myśl założeń dialogu motywującego.
7. **„Trening czyni mistrza”** – przegląd i zastosowanie skutecznych technik dialogu motywującego.
8. **„Im wcześniej, tym lepiej”** – założenia i przykłady zastosowania metody wczesnej interwencji w pracy z osobami używającymi substancji psychoaktywnych.
9. **„Profilaktyczne giganty”**. „Fred goes net” i inne programy rekomendowane. Możliwości wykorzystania w przypadku osób objętych kuratelą sądową.

Aby zwiększyć skuteczność przekazywania wiedzy, podjęto decyzję, że wszystkie zagadnienia, nawet teoretyczne, zostaną przedstawione w aktywnej formie warsztatowej, w taki sposób, by stanowiły podbudowę do kształtowania profesjonalnych relacji z podsądnymi i podopiecznymi. Ćwiczenia wykorzystane podczas warsztatów szkoleniowych stały się więc nośnikiem treści merytorycznych i zasad etycznych, umożliwiając jednocześnie trenowanie umiejętności praktycznych. Ze względu na podkreślaną tu wagę relacji w prawidłowym nadzorze kuratorskim, znaczącą część szkolenia

poświęcono dialogowi motywującemu. Jak wiadomo, jest to metoda w której prawidłowa relacja (specyficzny kontakt) z klientem jest jednym z kluczowych czynników warunkujących skuteczność działań pomocowych i profilaktycznych.

W projekcie wzięło udział 363 kuratorów, w tym 290 kobiet i 73 mężczyzn. Byli to głównie pracownicy sądów rejonowych i kilku okręgowych, reprezentujący wszystkie województwa w Polsce. Razem 18 grup szkoleniowych, po ok. 20 osób każda.

Cel badań ewaluacyjnych

Głównym celem ewaluacji projektu była ocena poprawności jego realizacji poczynając od etapu planowania, poprzez wykonanie, na podsumowaniu skończywszy oraz ocena jego skuteczności wyrażonej poziomem wiedzy nabytej przez uczestników szkolenia.

Ewaluacja procesu miała na celu ocenę realizacji projektu pod kątem jego zgodności z założeniami. Polegała na przygotowaniu pytań badawczych, pozwalających dokonać analizy przebiegu każdego etapu projektu. Analizie poddane zostały: prawidłowość realizacji, zgodność z założeniami, opinie uczestników i kadry realizujące, w tym ewentualne trudności, refleksje i spostrzeżenia.

Celem ewaluacji wyników było stwierdzenie zmian w wiedzy i umiejętnościach u uczestników projektu zaistniałych w wyniku przeprowadzonego szkolenia. Badanie umożliwiło określenie zmian w posiadanej wiedzy oraz możliwości wykorzystania tej wiedzy w praktyce kuratorskiej.

Osoby badane i narzędzia badawcze

Badania adresowane do wszystkich uczestników szkolenia miały charakter anonimowy. Uczestnictwo w nich było dobrowolne. W badaniu ewaluacyjnym wzięło udział 350 osób (prawidłowo wypełnione ankiety), wśród nich było 288 kobiet i 62 mężczyzn.

Do badań użyto trzech ankiet własnej konstrukcji. Pierwsza dotyczyła przydatności poszczególnych bloków szkoleniowych w pracy kuratora oraz szczególnie ważnych części szkolenia. Druga ankieta służyła do oceny warunków i organizacji szkolenia, kompetencji kadry, przydatności materiałów szkoleniowych oraz samooceny w zakresie zdobytej wiedzy i umiejętności podczas

szkolenia. Badanie obiema ankietami wykonywano jednokrotnie, po zakończeniu szkolenia.

Trzecia ankieta to test wiedzy umożliwiający dokonanie ewaluacji wyników. Zawierał on 12 pytań na temat poszczególnych bloków szkoleniowych. Badanie testem wykonywano dwukrotnie. Przed rozpoczęciem szkolenia i po jego zakończeniu w celu oszacowania przyrostu wiedzy uczestników.

Wyniki ewaluacji

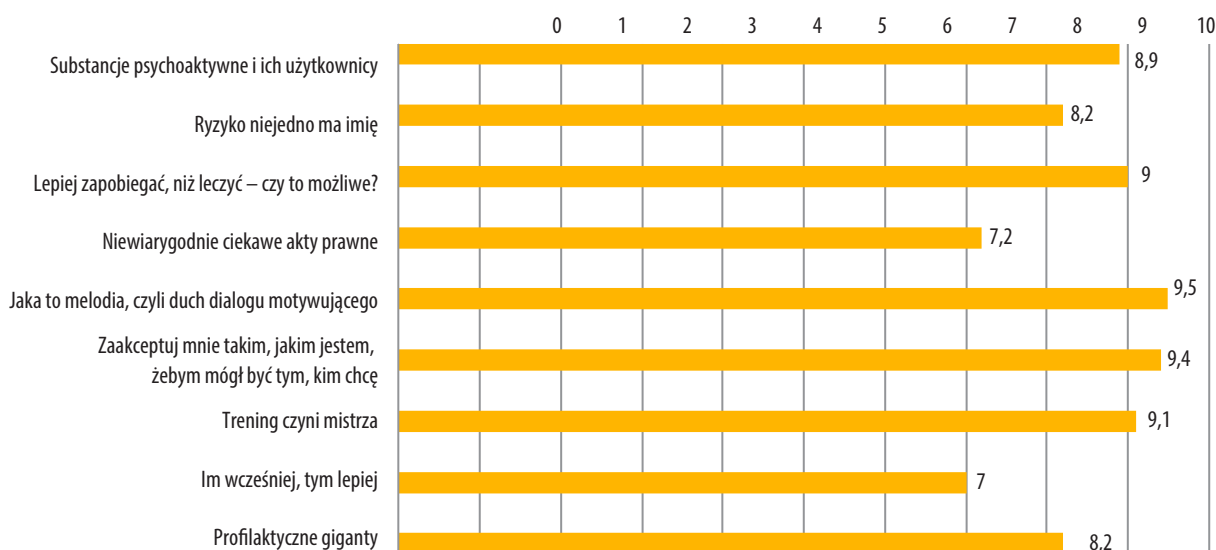
W pierwszej kolejności analizie poddano wyniki badań ankietą nr 1, której zadaniem było zebranie informacji na temat przydatności poszczególnych bloków szkolenia, czyli ich treści oraz dostarczanych umiejętności w pracy kuratora sądowego. Przydatność tą można było oceniać na skalach od 0 do 10 punktów, gdzie „0” oznaczało „całkowicie nieprzydatne”, a „10” bardzo przydatne. Średnia ocena przydatności całości szkolenia wyniosła 85%, co jest bardzo wysokim wynikiem, biorąc pod uwagę dziesięciostopniowe skale służące do dokonania powyższej oceny. Warto zauważyć, co widać na przedstawionym wykresie, że na pierwszym miejscu z najwyższą oceną uplasowały się zajęcia dotyczące dialogu motywującego. Były to kolejno bloki: „Jaka to melodia, czyli duch dialogu motywującego”, następnie „Zaakceptuj mnie takim, jakim jestem, żebym mógł być tym, kim chcę” oraz „Trening czyni mistrza”. Na kolejnym miejscu uplasowały się zajęcia poświęcone wspólnym koncepcjom profilaktyki uzależnień, chodzi tu

o blok „Lepiej zapobiegać, niż leczyć, czy to możliwe?” oraz „Substancje psychoaktywne i ich użytkownicy”. Istotą tych ostatnich było ukazanie związków pomiędzy potrzebami i problemami młodzieży a rodzajem używanych substancji psychoaktywnych. Trzy kolejne miejsca zajęły dwa bloki szkoleniowe: „Ryzyko niejedno ma imię”, podczas którego omawiane były zachowania ryzykowne młodzieży, oraz zajęcia „Profilaktyczne giganty”, podczas których prezentowane były programy rekomendowane oraz możliwość ich stosowania w pracy kuratora sądowego. Najniżej oceniono przydatność dwóch bloków szkoleniowych, były to „Niewiarygodnie ciekawe akty prawne”, omawiające zastosowanie i interpretację poszczególnych aktów prawnych, między innymi ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w pracy kuratora sądowego i blok „Metoda wczesnej interwencji”. Ten ostatni mógł być oceniany niżej ze względu na to, iż klienci kuratorów sądowych to zwykle osoby mające zaawansowane problemy w funkcjonowaniu społecznym, konflikty z prawem itp.

Wyniki uzyskane dzięki ankiecie nr 2 można podzielić na dwie części. Pierwsza dotyczyła oceny warunków i organizacji szkolenia, druga kompetencji kadry i przydatności materiałów szkoleniowych. Oceny dokonywano również na skali od 0 do 10 punktów, gdzie „10” oznaczało maksymalną ocenę. Dane ukazuje wykres 2.

Jak widać na przedstawionym wykresie, najwyżej oceniono kompetencje kadry prowadzącej w zakresie wiedzy, komunikatywności, sprawności oraz atrakcyjności prowadzenia zajęć. Na drugim miejscu uplasowały się

Wykres 1. Ocena przydatności poszczególnych bloków szkoleniowych w pracy kuratora sądowego.



warunki szkoleniowe – miejsce, noclegi i wyżywienie, do których praktycznie uczestnicy nie mieli żadnych uwag. Identycznie oceniono organizację szkoleń, czyli czas szkolenia, długość zajęć oraz możliwość wypoczynku podczas szkolenia. W tym ostatnim przypadku pojawiały się nieliczne uwagi na temat możliwości zwiększenia czasu „dla siebie”, np. przedłużenia przerw pomiędzy zajęciami. Ostatnie miejsce zajęła ocena dotycząca przydatności materiałów szkoleniowych. Podkreślano kompletność i przydatność materiałów. Uwagi, które zgłaszano, dotyczyły głównie ich obszerności, co mogło utrudniać ich przeczytanie w całości. Do prezentacji przedstawianych podczas zajęć nie zgłoszono żadnych uwag. Dość dużo pozytywnych informacji przekazano na temat papierowego podręcznika i jego wersji elektronicznej. Chwalono jego jakość wydania, dobór treści i ich kompletność, język i komunikatywność¹.

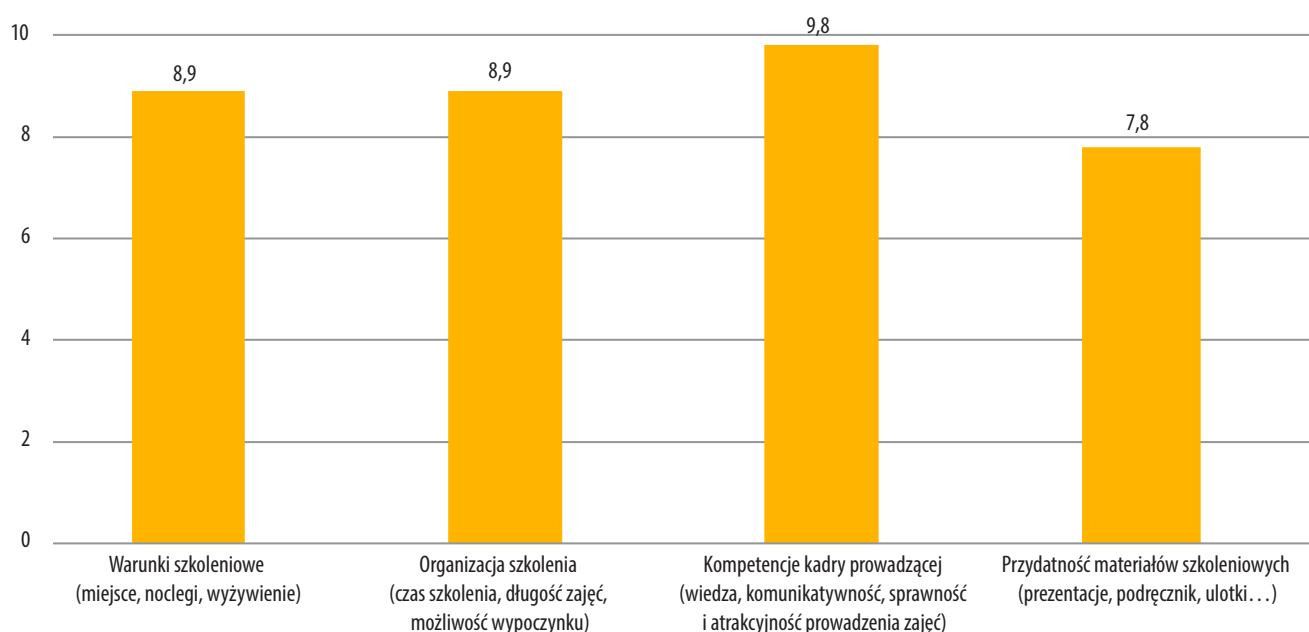
Druga część drugiej ankiety dotyczyła samooceny zakresu wiedzy, jaką zdobyli uczestnicy podczas szkolenia. Oceny dokonywano na skalach dziesięciostopniowych, zaznaczając poziom własnej wiedzy przed szkoleniem oraz po szkoleniu. Umożliwiło to określenie subiektywnego przyrostu wiedzy z zakresu konkretnej tematyki. Wyniki ukazuje wykres 3.

Uczestnicy szkoleń ocenili, że najwięcej wiedzy i umiejętności zdobyli podczas zajęć dotyczących dialogu motywującego, a konkretnie bloku szkoleniowego „Jaka to melodia, czyli duch dialogu motywującego”, na drugim

miejscu ocenili blok dostarczający wiedzy o współczesnych koncepcjach profilaktyki uzależnień, czyli „Lepiej zapobiegać, niż leczyć, czy to możliwe”. Kolejne miejsca zajęły zajęcia dotyczące dialogu. Zaraz po nich oceniono blok „Ryzyko niejedno ma imię”, czyli zajęcia dotyczące mówienia przyczyn zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Na tym samym miejscu, z identyczną liczbą punktów przyrostu wiedzy uplasowały się zajęcia „Profilaktyczne giganty”. Najmniej punktów, czyli najmniejszy subiektywnie przyrost wiedzy, uzyskano w przypadku zajęć poświęconych wczesnej interwencji oraz zajęć poświęconych omówieniu i interpretacji przepisów prawnych związanych z przeciwdziałaniem narkomanii.

Zastosowany sposób badania pozwolił ocenić, z jakim subiektywnie poziomem wiedzy uczestnicy zaczęli szkolenie. Najniższy poziom dotyczył dialogu motywującego, współczesnych koncepcji profilaktyki uzależnień oraz przyczyn używania substancji psychoaktywnych. W tych przypadkach uczestnicy stwierdzili największy przyrost wiedzy w wyniku odbytego szkolenia. Tam, gdzie przyrost był najmniejszy, uczestnicy rozpoczynali szkolenie z wysokim poziomem wiedzy, oczywiście w ich percepcji. Dotyczyło to metody wczesnej interwencji, gdzie przyrost wyniósł tylko 0,7 punktu, ale wyjściowy poziom oceniony został na 8,2 punktu. W przypadku aktów prawnych przyrost wiedzy wyniósł 0,3 punktu, przy wyjściowym poziomie 9 punktów.

Wykres 2. Ocena warunków i organizacji szkolenia, kompetencji kadry oraz przydatności materiałów szkoleniowych.

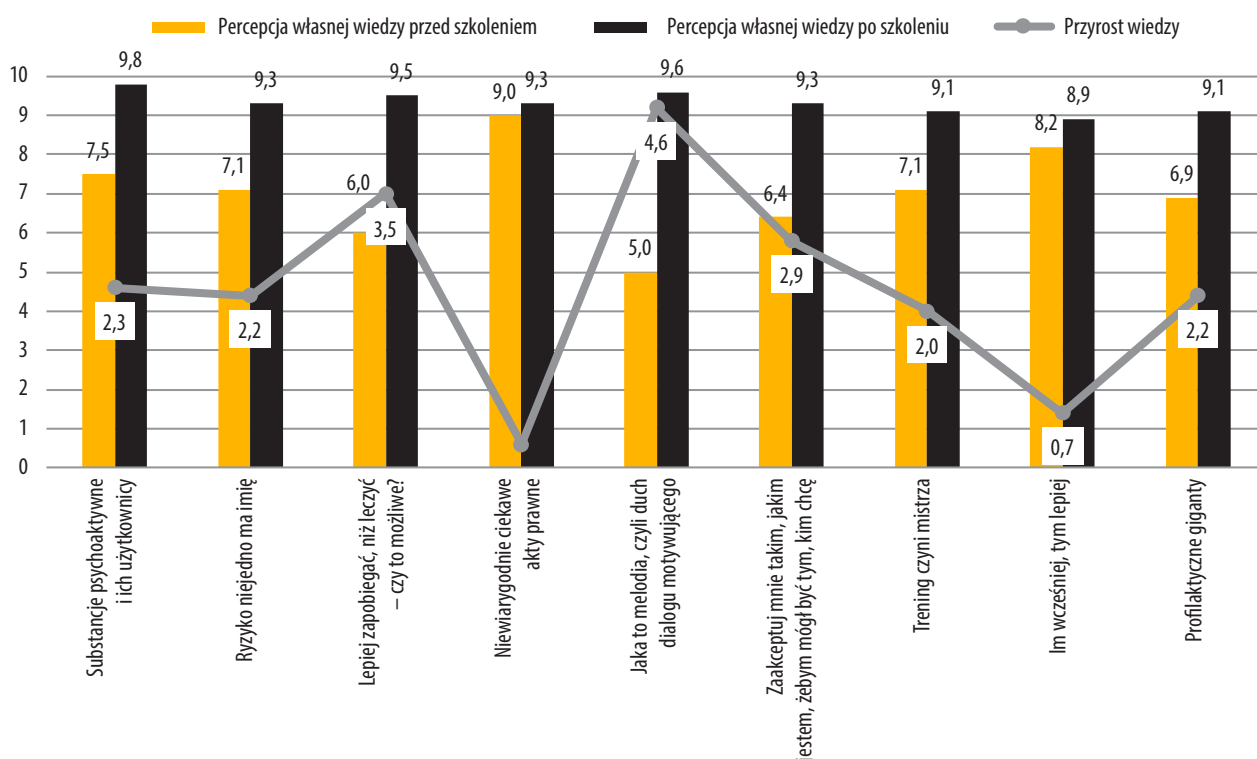


Należy podkreślić, że ten sposób badania nie miał na celu uzyskania wyników obiektywnych, lecz jest wariantem badania ukazującego percepcję uczestników odbytego szkolenia. W dużym stopniu uzupełnia on informacje uzyskane za pomocą pierwszego narzędzia, czyli przydatności zdobytej wiedzy i umiejętności. O ile w pierwszym przypadku uczestnicy oceniali przydatność w ogóle, to obecne badanie umożliwiło wnioskowanie na temat skuteczności szkolenia w poszczególnych jego zakresach, uwzględniając oczekiwania uczestników szkolenia oraz poczucie ich kompetencji przed szkoleniem. W tym ostatnim przypadku interpretacje muszą być ostrożne z powodu działania zmiennej aprobaty społecznej. Może ono przejawiać się w zawyżaniu autooceny w tematyce silnie związanej z poczuciem kompetencji kuratorów sądowych, czyli m.in. dotyczącej wykładni prawa oraz interpretacji aktów prawnych. Mniejszy wpływ tej zmiennej miał miejsce w przypadku autooceny działań rzadziej wykonywanych w zawodzie kuratora, jak np. stosowanie dialogu motywującego. Można to wyjaśnić faktem, iż brak tych umiejętności nie stanowi zagrożenia dla pozycji zawodowej kuratora. Bardziej obiektywną ocenę wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkolenia umożliwiła ankieta nr 3 – test wiedzy. Badanie tym narzędziem przeprowadzono

dwukrotnie: przed szkoleniem i po jego zakończeniu (wykres 4).

Za każde pytanie w pre- i postteście można było uzyskać maksimum 2 punkty. W każdym teście było po 12 pytań, więc każdy badany mógł uzyskać maksymalnie 24 punkty. Jak widać na wykresie 4., średnia, z jaką badani uczestnicy rozpoczęli szkolenie, to 0,64 punktu. W wyniku przeprowadzonego szkolenia liczba ta zwiększyła się do 1,84 punktu, czyli wzrost wyniósł 1,2 punktu. Jeżeli chodzi o poszczególne pytania czy też zakresy tematyczne, największy przyrost dotyczył znajomości stosowania strategii profilaktycznych, było to 1,74 punktu, następnie duże przyrosty, bo 1,69 i 1,64, dotyczyły znajomości Transteoretycznego Modelu Zmiany i stosowania techniki odzwierciedlania w dialogu motywującym. Kolejne wysokie przyrosty związane były ze znajomością zapisów Narodowego Programu Zdrowia oraz wiedzą na temat użytkowników substancji psychoaktywnych, a konkretnie empatogenów. Stosunkowo najmniejszy przyrost wiedzy stwierdzono w zakresie przyczyn zachowań ryzykownych, aktów prawnych stosowanych w zawodzie kuratora oraz metody wczesnej interwencji. Analizując wyniki przedstawione na wykresach 3 i 4 można stwierdzić, że zakresy wiedzy ważnej ze względu na zadania zawodowe kuratorów korespondują z wiedzą

Wykres 3. Przyrost wiedzy w poszczególnych blokach szkoleniowych w percepcji uczestników szkolenia.



rzeczywiście nabytą podczas szkolenia. Można również stwierdzić, że szkolenie w ponad 85% zawierało taką wiedzę oraz umiejętności. Należy również podkreślić, że poziom wiedzy mierzony bezpośrednio po szkoleniu nie ukazuje ostatecznego efektu szkoleniowego. Duża ilość poruszonych, różnorodnych i stosunkowo nowych dla wielu uczestników tematów powoduje, że ich wdrożenie wymaga czasu. W tym celu opracowano materiały, które mogą pomóc w uporządkowaniu zdobytej wiedzy oraz stopniowym jej wykorzystywaniu w praktyce.

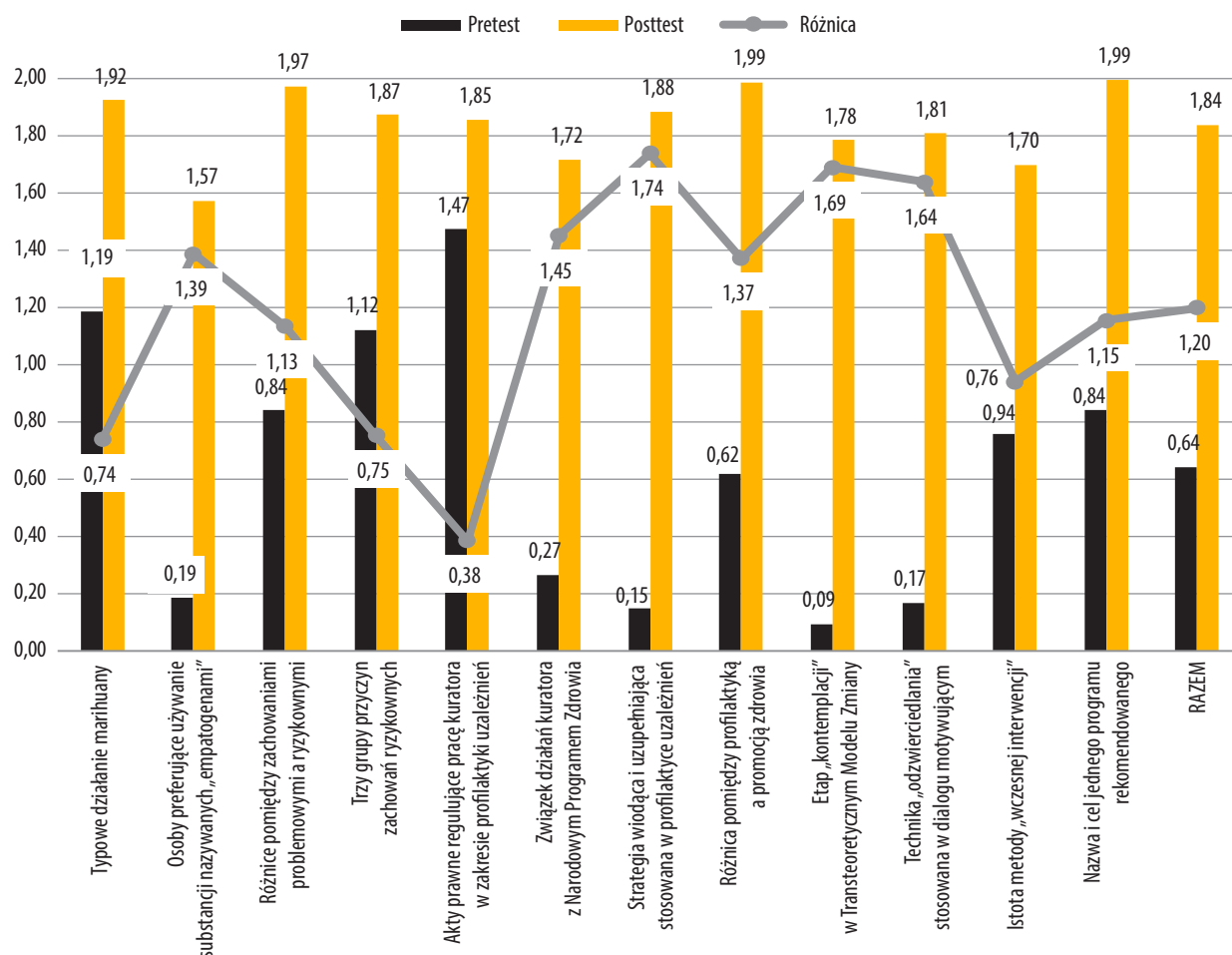
Zastosowane narzędzia badawcze, a szczególnie dwie pierwsze ankiety dawały możliwość uczestnikom swobodnych wypowiedzi, czyli odpowiedzi na pytania otwarte. Dotyczyły one ogólnych refleksji i przemyśleń o szkoleniu oraz różnego rodzaju uwag, pomysłów na wzbogacenie tego typu szkoleń. Podsumowując te informacje stwierdzono:

- Po pierwsze wg opinii kuratorów tego typu szkolenia powinny odbywać się częściej (dla dużej części osób było to pierwsze szkolenie, w jakim uczestniczyli w tym

zakresie) i powinno być więcej miejsc, które je oferują, by mogły brać w nich udział całe zespoły kuratorskie.

- Po drugie, wysoko oceniano praktyczny charakter zajęć, szczególnie warsztaty z dialogu motywującego, jak również sposób prowadzenia zajęć o substancjach psychoaktywnych, ukazujący związek problemów użytkownika i rodzaju używanej substancji.
- Po trzecie, jako pozytywne podkreślano możliwość dyskusji, wymiany doświadczeń oraz dostępność przygotowanej merytorycznie i doświadczonej kadry prowadzących.
- Po czwarte, doceniono wysiłek szkoleniowców wkładany w zaprezentowanie skuteczności wsparcia opartego na partnerskiej relacji między kuratorem a nadzorowanym. W efekcie wśród uczestników szkolenia wyłoniły się dwie grupy osób. Byli to zwolennicy relacji podmiotowych, opartych na założeniach psychologii humanistycznej, którzy podkreślali, że od jakiegoś czasu jest to dominujący sposób ich pracy z podopiecznymi. Do drugiej grupy należeli

Wykres 4. Test wiedzy – przyrost wiedzy oraz jej poziom przed i po szkoleniu.



kuratorzy, którzy uważali, że ze względu na funkcję reprezentowanej przez nich instytucji, jaką jest sąd, najodpowiedniejsze są relacje które umożliwiają nadzór i kontrolę. Zdarzało się, że niektórzy kuratorzy twierdzili, iż w ich pracy możliwe jest połączenie tych dwóch rodzajów kontaktu z podopiecznym.

- Po piąte, wysoko oceniono informacje przekazane na temat programów rekomendowanych, podkreślając ich dużą przydatność w pracy kuratora, jako ofert dla osób nadzorowanych. Dotyczyło to szczególnie programów z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej.
- Po szóste, wysoko oceniono materiały edukacyjne, przede wszystkim osiemdziesięciostronicową publikację opracowaną na potrzeby projektu „Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka”.

Wnioski i rekomendacje

Istnieje duże zapotrzebowanie w grupie zawodowej kuratorów sądowych na szkolenia w zakresie profilaktyki uzależnień. Biorąc pod uwagę liczbę kuratorów w Polsce, warto rozważyć możliwość kontynuacji tego typu szkoleń. Badanie ewaluacyjne i zebrane opinie pozwalają potwierdzić słuszność obranej koncepcji, zakres szkolenia i prawidłowość jego realizacji. A mianowicie:

1. Zarówno koncepcja, jak i zakres szkolenia zostały określone prawidłowo, czyli w znacznym stopniu były odpowiedzią na potrzeby zawodowe kuratorów sądowych. Zgodnie z nimi opracowano materiały edukacyjne, które zostały wysoko ocenione przez uczestników szkoleń.
2. Dobrano miejsca szkoleń ze względu na bliskość zamieszkania osób szkolonych. Zaplecze szkoleniowe, warunki noclegowe oraz wyżywienie zostały wysoko oceniono przez uczestników szkoleń.
3. Prawidłowo i zgodnie z założeniami dokonano rekrutacji uczestników szkoleń, biorąc pod uwagę możliwość udziału przedstawicieli z każdego województwa i uwzględniając opinię kuratorów okręgowych.
4. Bez problemu dokonano ewaluacji procesu i wyników całości projektu, w tym skonstruowano trzy narzędzia ewaluacyjne, wykonano badania oraz opracowano raport z ewaluacji zawierający rekomendacje dotyczące działań, ewentualnych szkoleń dla pracowników wymiaru sprawiedliwości planowanych w przyszłości.

5. Organizacja szkoleń od strony technicznej została wysoko oceniona przez uczestników szkoleń. Chodziło m.in. o czas szkoleń, przerwy, liczbę uczestników, sposób prowadzenia zajęć, przygotowanie kadry.

Podczas szkolenia uczestnicy mieli możliwość samooceny zdobywanej wiedzy, jak również wykonany był pretest i posttest obrazujący wiedzę i umiejętności zdobyte podczas szkolenia. W efekcie można stwierdzić, iż najbardziej przydatne okazały się umiejętności praktyczne związane z dialogiem motywującym, pozwalające na nawiązywanie prawidłowych relacji między kuratorem a osobą nadzorowaną. W tym właśnie zakresie nastąpił największy wzrost wiedzy osób szkolonych, co potwierdza ich duże zainteresowanie tą tematyką.

Kolejnym tematem ważnym dla osób szkolonych okazały się informacje dotyczące użytkowników substancji psychoaktywnych, a konkretnie przyczyn używania tych substancji wynikających z ich potrzeb oraz codziennych problemów życiowych. Wysoko ocenionym przez osoby szkolone tematem były problemy koncentrujące się wokół zachowań ryzykownych i programów rekomendowanych, a szczególnie możliwości wykorzystania tych programów w pracy kuratora sądowego. Niżej oceniono tematykę dotyczącą aktów prawnych wykorzystywanych w pracy kuratora oraz tematykę związaną z metodą wczesnej interwencji.

Według subiektywnej oceny uczestników szkolenia wyraźnie wzrósł ich poziom wiedzy po udziale w zajęciach. W związku z powyższym rekomenduje się:

1. Kontynuację szkoleń dla grupy zawodowej kuratorów sądowych w zaprezentowanym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem praktyki dialogu motywującego jako narzędzia do kształtowania prawidłowych relacji między kuratorem a nadzorowanym.
2. Wyeksponowanie w szkoleniach zależności między rodzajem używanej substancji psychoaktywnej, problemami osób używających a zachwianiami ryzykownymi i problemowymi.
3. Uwzględnienie zespołów kuratorskich podczas rekrutacji. Organizacja szkoleń dla środowisk lokalnych oraz łączenie środowisk w celu umożliwienia wymiany doświadczeń.
4. Prezentowanie programów profilaktyki selektywnej i wskazujących.
5. Opracowanie materiałów szkoleniowych z większym naciskiem na pogłębienie (grafika, interaktywność).

6. Omawianie aktów prawnych dotyczących wyłącznie zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, np. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Narodowy Program Zdrowia.
7. Akcentowanie elementów metody wczesnej interwencji mających zastosowanie w praktyce kuratorskiej.

Przypisy

- ¹ Podręcznik będzie niebawem dostępny w wersji elektronicznej na stronach internetowych.

Bibliografia

Balandynowicz A., „Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa”, Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2011.
 Gąsińska A., „Oddziaływania kuratora sądowego wobec nieletnich niedostosowanych społecznie”, Forum Pedagogiczne, nr 1, 2017, s. 279-289.

Jurczyk D., Staniucha A., „Współpraca kuratorów sądowych z innymi służbami w realizowaniu zadań profilaktyczno-resocjalizacyjnych”, Resocjalizacja Polska, nr 10, 2015, s. 111-123.
 Kuszał J., Muskała M., „Kurator sądowy wobec nowych zadań i zmian w systemie resocjalizacji”, Studia Pedagogica Ignatiana, nr 21, 2018, s. 19-39.
 Okólska K., „Badania nad kuratelą sądową w Polsce po wprowadzeniu ustawy o kuratorach sądowych”, Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne, nr 2(9), 2019.
 Sajdak M., „Nadzór kuratora sądowego wobec ucznia wagarującego”, Forum Pedagogiczne, nr 2, 2017, s. 327-338.
 Siudem I., „Profilaktyka uzależnień. Podstawy skutecznego wsparcia dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka”, Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA, nr 2, 2022.
 Stępiak P., „Modele kurateli sądowej po roku 2001 w świetle badań empirycznych”, „Archiwum Kryminologii, t. XXXII, 2010, s. 157-203.
 Węgliński A., „Autopercepcja bezpośrednich oddziaływań wychowawczych społecznych kuratorów sądowych”, Lubelski Rocznik Pedagogiczny, t. XXXV, 2016, s. 55-83.
 Zinkiewicz B., „Profilaktyczny wymiar działalności rodzinnych kuratorów sądowych”, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2015.

Na każdym etapie ciąży alkohol może się przyczynić do różnorodnych zaburzeń rozwojowych płodu/dziecka, a zakres szkód dotyczyć może nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu narządów, aż po deficyty w funkcjonowaniu poznawczym, społecznym i emocjonalnym. Dzieje się tak, ponieważ łożysko nie chroni płodu przed cząsteczkami alkoholu, które przekraczają tę barierę i przedostają się bezpośrednio do organizmu płodu/dziecka. Już po godzinie do dwóch stężenie alkoholu (głównie aldehydu octowego) we krwi płodu jest zbliżone do wartości stężenia alkoholu we krwi matki.

ALKOHOL – KOBIEТЫ – FASD

Magdalena Borkowska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom



Ogólnie dostępna i społecznie aprobowana substancja, jaką jest alkohol, ma negatywny wpływ na płodność zarówno mężczyzn, jak i kobiet. W przypadku mężczyzn zaburza proces spermatogenezy, natomiast u kobiet zaburza proces owulacji, jajczkowania. Dlatego też tak ważne jest nagłaśnianie powyższych informacji, by osoby planujące ciążę lub mające problem z zajściem w nią, miały świadomość konieczności wyeliminowania z diety napojów alkoholowych.

Kobiety i alkohol

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia w krajach regionu europejskiego WHO 25,2% kobiet pije

alkohol będąc w ciąży, natomiast globalnie odsetek ten wynosi 9,8% (Popova i in., 2017). Innymi słowy 1 na 13 kobiet spożywających alkohol w ciąży, urodzi dziecko ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) (Lange i in., 2017).

Powszechność spożywania napojów alkoholowych w ciąży, jak i wiedza związana z teratogennym działaniem alkoholu zmieniła się na przestrzeni ostatnich lat wśród Polek i Polaków. Na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2005 roku PBS przeprowadziła badanie dotyczące zjawiska spożywania napojów alkoholowych w ciąży (na reprezentatywnej próbie 1038 osób). Wynikało z niego, że co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym (18-40 lat) piła alkohol w czasie ciąży. Aby zweryfikować wiedzę i postawy

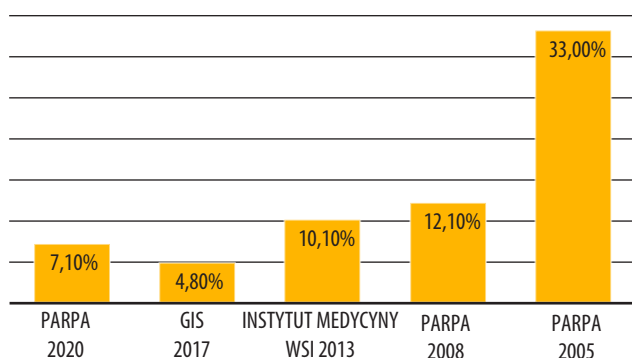
wobec picia alkoholu w ciąży, Research International Pentor na zlecenie PARPA przeprowadził na przełomie 2007/2008 roku badania na próbie 1021 osób. 12% respondentów uczestniczących w tych badaniach uznało, że alkohol nie ma negatywnego wpływu na zdrowie dziecka w życiu prenatalnym, niektórzy twierdzili nawet, że ma wpływ pozytywny (2%). Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Instytut Medycyny Wsi w 2013 roku wzięły udział 2833 kobiety¹ przebywające na oddziałach położniczo-ginekologicznych w różnych rejonach Polski. Zgodnie z otrzymanymi wynikami, ponad 10% respondentek przyznało się do spożywania napojów alkoholowych w ciąży. Najniższy odsetek kobiet pijących alkohol w ciąży (4,8%) odnotowano w badaniu z 2017 roku pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”, przeprowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny. Najnowsze dane pochodzą natomiast z badań kwestionariuszowych opracowanych w ramach publikacji „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.”. Do picia alkoholu w czasie ciąży przyznało się 7,1% badanych kobiet będących kiedykolwiek w ciąży (N=51) z próby 733 będących kiedykolwiek w ciąży.

Zaznaczyć należy, że pozyskiwane dane dotyczące picia alkoholu w ciąży często pochodzą z badań ankietowych, a ich wyniki zwykle są niedoszacowane, gdyż opierają się na self-report.

Alkohol i ciąża

Badacze już od dawna podkreślają, że duży wpływ na fakt spożywania napojów alkoholowych oraz innych

Wykres 1. Odsetek kobiet deklarujących spożywanie napojów alkoholowych w ciąży w poszczególnych badaniach.



Źródło: PARPA.

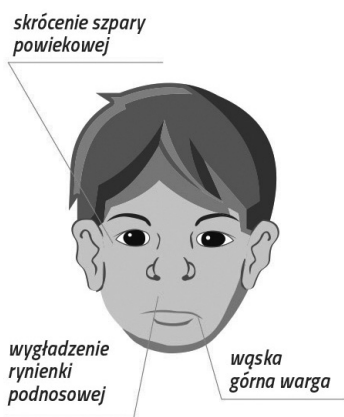
substancji psychoaktywnych w ciąży mają czynniki ekonomiczne, jak również styl życia (Bingol, 1987). Na fakt spożywania alkoholu w ciąży może wpływać szereg nadal aktualnych mitów związanych z tym tematem. Wśród nich znaleźć można takie przekonania, jak to, że czerwone wino dobrze wpływa na morfologię. Z badania CBOS (2019) wynika, że kobiety przede wszystkim sięgają po wino (45% respondentek). Dodatkowy brak świadomości bycia w ciąży, a średnio połowa z nich nie jest planowana (Callinan i in., 2012), powoduje, że ryzyko wystąpienia szkód poalkoholowych u potomstwa wzrasta. Zgodnie z wynikami badania kobiety, które nie planowały ciąży, będą częściej kontynuowały niezdrowe nawyki, takie jak palenie czy picie alkoholu, zarówno przed zajściem w ciążę, jak i w jej trakcie. Specjaliści powinni rozmawiać z kobietami o ich planach dotyczących macierzyństwa, by w ten sposób promować zachowania prozdrowotne jeszcze przed zajściem w ciążę. Jak wykazały zebrane wyniki, fakt intencji posiadania potomstwa determinował rzucenie palenia i odstawienie alkoholu zarówno przed zajściem w ciążę, jak i w jej trakcie. Jak podkreślają autorzy, informowanie i promocja środków antykoncepcyjnych przez specjalistów, przyczyni się do przeciwdziałania występowaniu nieplanowanych ciąż (Yunping i in., 2021).

Alkohol to silny teratogen

Alkohol, jako legalnie dostępny teratogen², jest substancją szkodliwą dla procesu rozwoju dziecka w życiu płodowym. Na każdym etapie ciąży alkohol jako teratogen może się przyczynić do różnorodnych zaburzeń rozwojowych płodu/dziecka, a zakres szkód dotyczyć może nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu narządów, aż po deficyty w funkcjonowaniu poznawczym, społecznym i emocjonalnym. Dzieje się tak, ponieważ łożysko nie chroni płodu przed cząsteczkami alkoholu, które przekraczają tę barierę i przedostają się bezpośrednio do organizmu płodu/dziecka. Już po godzinie do dwóch stężenie alkoholu (głównie aldehydu octowego) we krwi płodu jest zbliżone do wartości stężenia alkoholu we krwi matki (Burd i in., 2012).

W każdym z trymestrów na skutek spożywania alkoholu powstają odmienne zaburzenia, zależne od etapu ciąży i rozwoju konkretnych narządów (Borkowska, 2012). Spożywanie alkoholu na początku ciąży może doprowadzić do poronienia lub zaburzenia rozwoju poszczególnych

narządów w pierwszych 8. tygodniach ciąży, a jest to okres organogenezy (tworzenia się narządów). Na tym etapie może dojść do zaburzeń budowy i funkcjonowania serca (3,5-6,5 tyg. ciąży), wad wrodzonych ośrodkowego układu nerwowego (3-16 tyg. ciąży), malformacji kończyn (4-6 tyg. ciąży), dysmorfii twarzy (4-12 tyg. ciąży). W drugim trymestrze pod wpływem alkoholu zwiększa się ryzyko poronienia, dysfunkcjom podlega również ośrodkowy układ nerwowy. W trymestrze trzecim alkohol może przyczynić się między innymi do przedwczesnego porodu czy zaburzeń neuropsychosomatycznych (Okulicz-Kozaryn i in., 2018). Zgodnie z najnowszymi doniesieniami naukowymi, alkohol w życiu płodowym przyczynia się w znacznym stopniu do zaburzeń funkcjonowaniu układu krążenia, zaburza funkcjonalnie i strukturalnie serce i odpowiada za powstanie rozszczepienia podniebienia (Dyląg i in., 2023).



Opracowanie graficzne Jarosław Szczurek.

Charakterystyczne dysmorfie twarzy, o których mowa w przypadku FAS (płodowy zespół alkoholowy), to: wygładzona rynienka podnosowa, wąska górna warga, skrócone szpary powiekowe. I choć „na oko” wydawać się może, że

dziecko ma duże oczy, to odległość między kącikami jest poniżej normy wiekowej, dlatego tak ważne jest, aby dysmorfie mierzyli wykwalifikowani specjaliści, najlepiej z obszaru medycyny (Okulicz-Kozaryn i in., 2020).

Co warto podkreślić, Environmental Protection Agency w USA wymienia alkohol jako teratogen powodujący najbardziej rozległe i poważne szkody u rozwijającego się dziecka (Bartel, 2019).

Epidemiologia FASD

Szacuje się, że w Europie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) jest najbardziej rozpowszechnionym, niegenetycznym schorzeniem neurorozwojowym – dotyczy około 1% wszystkich żywych urodzeń (Carpenter, 2011).

Rozpowszechnienie FASD (Lange i in., 2017) wygląda następująco:

- globalnie około 8 na 1000 urodzonych (8/1000),
- Europejski Region WHO około 20/1000,
- Chorwacja 53/1000,
- Irlandia 47/1000,
- Polska ponad 20/1000 (Okulicz-Kozaryn i in., 2015) (dane te pochodzą z projektu badawczego ALICJA z 2015 roku, którego inicjatorem i realizatorem była Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Rozpowszechnienie dotyczy dzieci w grupie wiekowej 7-9 lat, gdyż to ich dotyczył projekt badawczy. Objęcie tej grupy projektem badawczym uzasadnione było początkiem edukacji szkolnej i narastającymi wówczas problemami z edukacją i funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej,
- Kanada ponad 1-2/1000 (Palmer i in., 2019),
- Stany Zjednoczone od 24 do 48 przypadków na 1000 (May i in., 2018).

Patrząc na rozpowszechnienie płodowego zespołu alkoholowego (FAS), przytoczyć można przykładowo dane dotyczące Polski i USA:

- Polska 4/1000 (grupa wiekowa dzieci 7-9 lat),
- Stany Zjednoczone 6-9/1000.

Powyższe dane wskazują na skalę zjawiska, jakim są deficyty rozwojowe i szkody zdrowotne związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (FASD/FAS) na świecie.

Terminologia

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) określane jest jako pojęcie parasol, które obejmuje pełnoobjawowy płodowy zespół alkoholowy (FAS) i zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol (ND-PAE). Jednostką diagnostyczną (chorobową) jest pełnoobjawowy FAS, który w ICD-10 oznaczony jest symbolem Q.86.0, i ND-PAE z kodem G96.8 (w DSM-5 kod 315.8). FASD nie jest jednostką diagnostyczną, poza wyjątkiem, jaki stanowią Kanadyjskie Kryteria Diagnostyczne, gdzie uznany jest on za jednostkę chorobową. Do czynników ryzyka wystąpienia spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych zaliczyć należy (O’Leary i in., 2012):

- Ilość alkoholu wypitego przez matkę w czasie ciąży. Ponieważ nie jest znana „bezpieczna dawka” alkoholu w ciąży, jedynie abstynencja chroni dziecko przed FASD. Każda ilość alkoholu wiąże się z ryzykiem.
- Wzór picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży. Niezależnie od wzorca picia (szkodliwego, ryzykownego

czy umiarkowanego), alkohol stanowi zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dziecka w życiu płodowym.

- Częstość picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży. Zgodnie z wynikami badań największe ryzyko wystąpienia deficytów poalkoholowych u dziecka wiąże się z epizodycznym upijaniem się matki w czasie ciąży bądź umiarkowanym spożywaniem napojów alkoholowych przez całą ciążę.
- Moment/etap ciąży, w jakim matka piła alkohol. W każdym z trymestrów pod wpływem alkoholu powstają odmienne zaburzenia zależne od etapu rozwoju dziecka.

Dodatkowo na fakt poziomu ryzyka wystąpienia szkód rozwojowych w przypadku PAE (*prenatal alcohol exposure*) wpływ mają takie czynniki, jak genetyka matki, stosowana dieta, rasa, wiek czy warunki życia, w tym poziom stresu (Abel i in., 1995).

Ocena prenatalnej ekspozycji na alkohol

Rolę profilaktyczną w stosunku do kobiet z grupy podwyższonego ryzyka spożywania napojów alkoholowych w ciąży mogą pełnić określone zachowania personelu medycznego, w tym:

- przeprowadzenie wstępnego wywiadu alkoholowego na podstawie testu AUDIT-C,
- pytanie kobiet o zachowanie (styl życia) w okresie 3 miesięcy przed rozpoznaniem ciąży, może to być lepszym predyktorem picia w ciąży niż bezpośrednie pytania o picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych w czasie ciąży: wzór picia z okresu 3 miesięcy przed ciążą często utrzymuje się również w początkowym okresie ciąży,

- u pacjentek, u których wynik testu AUDIT-C wskazuje na zwiększone ryzyko prenatalnej ekspozycji na alkohol, wskazane jest uzupełnienie wywiadu pełnym testem AUDIT,
- pytanie pacjentek o używanie w czasie ciąży innych, potencjalnie teratogennych substancji, ponieważ takie substancje oddziałują na płód i wiadomo, że używanie innych substancji psychoaktywnych zwiększa ryzyko picia alkoholu.

Do picia alkoholu przez kobiety w okresie ciąży, mogą się przyczynić:

- fakt powszechności picia alkoholu również w towarzystwie kobiet ciężarnych i wynikającej z tego powodu presji społecznej,
- brak wiedzy o tym, jaki wpływ na płód/dziecko ma alkohol (nie jest zjawiskiem powszechnym, poruszanie tematu spożywania alkoholu w wywiadzie lekarskim czy informowanie o jego teratogennym działaniu na płód, chaos informacyjny może przyczyniać się do ryzykownych wyborów),
- brak świadomości bycia w ciąży, szczególnie jeśli jest to jej początek (szacuje się, że ponad połowa ciąż jest nieplanowana, wówczas to kobieta może prowadzić dotychczasowy styl życia, w którym również ma miejsce wypita od czasu do czasu lampka wina, piwo czy drink),
- doświadczanie silnego stresu (przewlekłego lub wynikającego z pojedynczych zdarzeń) i chęci redukcji napięcia (alkohol postrzegany jest jako substancja odprężająca i dająca tym samym możliwość „odechnięcia” od towarzyszących napięć),
- problemy ze zdrowiem psychicznym i nieadekwatna ocena sytuacji, wydarzenia, życia,
- uzależnienie od napojów alkoholowych i/lub bycie z osobą uzależnioną (uzależnienie od alkoholu jest chorobą i będąca w ciąży uzależniona kobieta wymaga odpowied-

PAMIĘTAJMY!

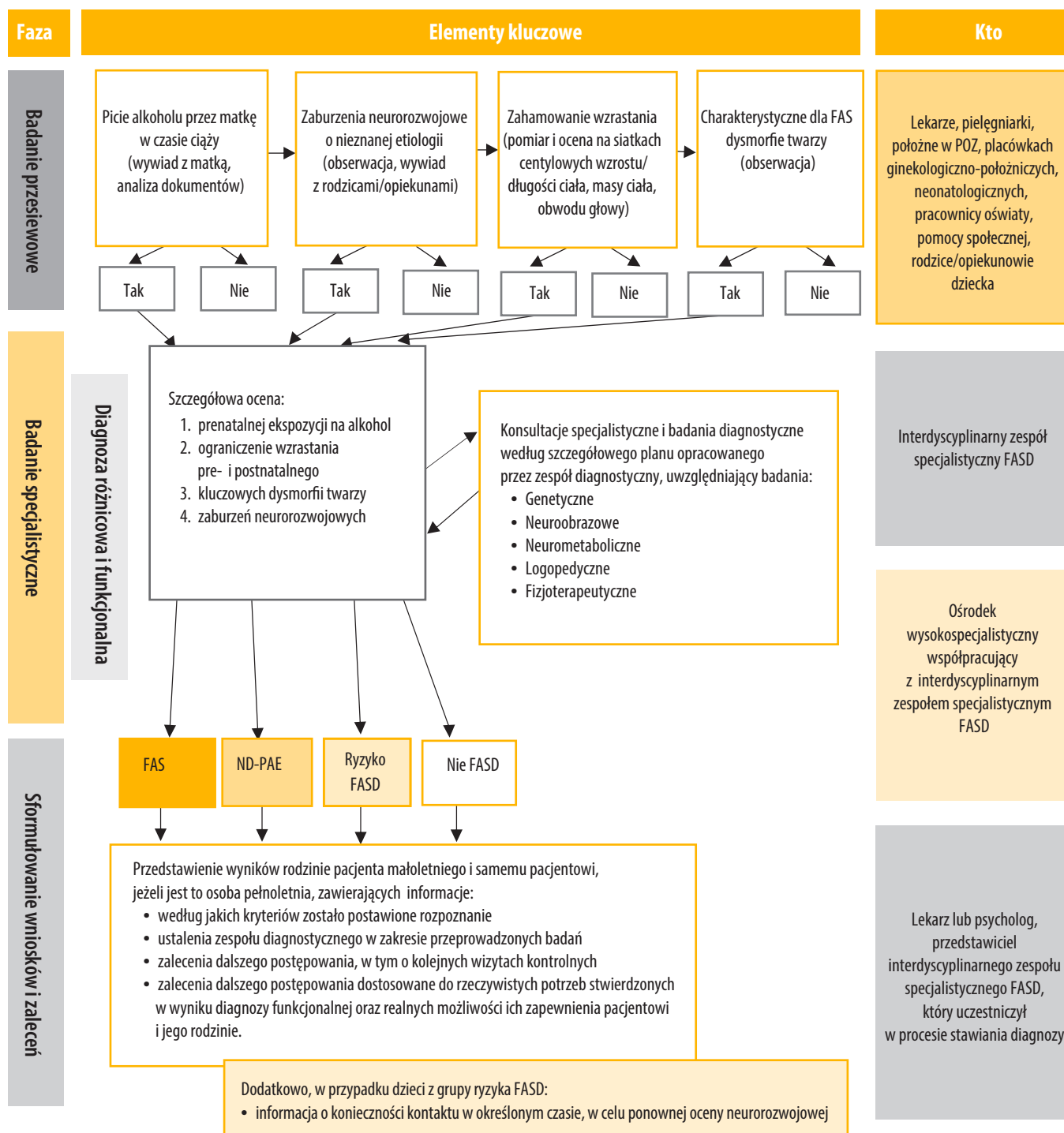
1. Alkohol wpływa na płodność zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
2. Spożywanie alkoholu przez ojca bądź matkę czy przez nich oboje przed zapłodnieniem wpływa na jakość materiału biologicznego, genetycznego, a tym samym na profity zdrowotne dziecka.
3. Zaburzenia z grupy spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) powstają w wyniku spożycia alkoholu przez kobietę w czasie ciąży.
4. Environmental Protection Agency w USA wymienia alkohol jako teratogen powodujący najbardziej rozległe i poważne szkody u rozwijającego się dziecka.

niej opieki i motywowania do bardziej prozdrowotnych zachowań, a nie etykietowania i stygmatyzowania – w tym przypadku dążymy do redukcji szkód poprzez ograniczenie picia, gdyż fakt całkowitej abstynencji może być zbyt trudny i nierealny do osiągnięcia).

Każda kobieta, która sięga po alkohol w czasie ciąży zamiast osądzania, stygmatyzacji czy karania, przede

wszystkim wymaga odpowiedniego wsparcia, wiedzy, edukacji, profilaktyki czy realnej wielowymiarowej pomocy. Ponieważ nieznana jest bezpieczna ilość alkoholu, jaka nie stwarzałaby zagrożenia dla prawidłowego rozwoju dziecka w życiu płodowym, przyjmuje się, że **najbezpieczniejszym rozwiązaniem na czas ciąży jest abstynencja.**

Etapy procesu diagnostycznego



Źródło: Okulicz-Kozaryn K., Szymańska K., Maryniak A. i in. (2020). Rozpoznanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów. „Pediatria. Medycyna Praktyczna”, wydanie specjalne 1/2020.

Diagnoza

Do najczęściej stosowanych na świecie standardów diagnozy spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych należą:

- Kryteria diagostyczne dla FASD, Institute of Medicine/ IOM (Hoyne 1996, 2005),
- 4-Digit Code (Astley i Clarren, 2000),
- Canadian Guidelines (Chudley i in., 2005; Cook i in., 2016).

Wszystkie powyższe standardy diagnostyczne w takim samym stopniu uwzględniają w diagnozie cztery ważne obszary:

- charakterystyczne dla FAS dysmorfie twarzy (zwężone szpary powiekowe, spłycona bądź brak rynienki podnosowej, zwężona bądź brak górnej czerwieni wargowej),
- prenatalne i/lub postnatalne zahamowanie wzrostu,
- zaburzenia funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego,
- ekspozycja na alkohol w życiu płodowym.

Aby uporządkować prowadzone działania w zakresie profilaktyki, diagnozy i terapii FASD w Polsce, z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2018 roku przystąpiono do prac nad polskimi zaleceniami diagnostycznymi FASD. Dzięki owocnej współpracy z wieloma ekspertami z różnych dziedzin nauki, opublikowano w 2020 roku w „Medycynie Praktycznej” zalecenia dotyczące rozpoznawania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Schemat ze strony 29 ukazuje szczegółowo cały proces diagnostyczny FASD w podziale na jego fazy, elementy kluczowe, jak również osoby czy instytucje niezbędne na poszczególnych poziomach stawiania rozpoznania.

Działania Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom kontynuuje i rozbudowuje działania merytoryczne w zakresie FASD, jakie realizowała Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Aby przeciwdziałać i zapobiegać zjawisku spożywania alkoholu w czasie ciąży, prowadzone są liczne i różnorodne działania mające na celu zarówno edukację ogółu społeczeństwa, jak i konkretnych grup odbiorców, w tym grup zawodowych. W ramach porozumienia zawartego w sierpniu 2022 roku przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uza-

leżnieniom w obszarze ciąży bez alkoholu i profilaktyki FASD z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, informacje o FASD docierają do środowiska medycznego w postaci webinarów i artykułów na łamach „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”.

Kolejnym kontynuowanym działaniem jest prowadzenie edukacyjno-informacyjnej strony internetowej www.cia-zabezalkoholu.pl, która powstała w 2016 roku i do dzisiaj jest realizowana pod honorowym patronatem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Informacje zawarte na stronie adresowane są do specjalistów, wychowawców, rodziców i opiekunów dzieci z FASD, jak również kobiet będących w ciąży i wszystkich zainteresowanych prozdrowotnymi wyborami w ciąży, porożu i okresie koncepcyjnym.

W „Rekomendacjach do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2023 roku” zawarty został rozdział V dotyczący realizacji działań profilaktycznych ograniczających spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu wsparcia i terapii dla dzieci ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) i ich rodziców/opiekunów. Jego zadaniem jest przybliżenie możliwych form działań podejmowanych przez samorząd gminny, mających na celu profilaktykę i edukację w zakresie przeciwdziałania picia alkoholu w ciąży. Wśród rekomendowanych działań znalazły się takie, jak: podejmowanie lokalnych działań informacyjno-edukacyjnych; realizacja w szkołach zajęć profilaktycznych; organizacja i finansowanie szkoleń dla przedstawicieli różnych zawodów; upowszechnianie wśród personelu medycznego wiedzy z zakresu FASD; zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy i wsparcia dzieci z FASD i ich rodzin.

Kolejnym obszarem działań są konkursy z zakresu FASD, które stanowią szansę dla rozwoju nauki w powyższym temacie i budowaniu pozycji Polski na arenie międzynarodowej w zakresie problematyki spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Wśród zrealizowanych i realizowanych konkursów badawczych w zakresie tematyki FASD znajdują się następujące tematy:

- Teoria umysłu i funkcjonowanie psychospołeczne dzieci z FASD.
- Zaburzenia snu wśród dzieci z FASD w porównaniu z populacją dzieci zdrowych.

- Opracowanie i walidacja metody 3D w obrazowaniu dysmorfii twarzy charakterystycznych dla FAS.
- Zaburzenia funkcjonowania układu moczowego u dzieci z FASD (zjawisko moczenia się).
- Zaburzenia żywienia dzieci z FASD/FASD-FOOD.

W ramach zadań konkursowych realizowane są szkolenia dla konkretnych grup odbiorców, np. dla terapeutów uzależnień z zakresu FASD, dla pielęgniarek i położnych na temat profilaktyki FASD, dla rodziców adopcyjnych dzieci z FASD.

Ważnym krokiem w zakresie działań związanych z problematyką FASD było powołanie w 2022 roku Rady ds. profilaktyki i terapii FASD. Do zadań Rady jako organu opiniodawczo-doradczego należy w szczególności:

- opracowanie i wdrażanie strategii w zakresie ograniczania szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży,
- współpraca w zakresie opracowania, promocji i wdrażania standardów związanych z diagnozą, profilaktyką FASD oraz udzielaniem pomocy dzieciom z FASD i członkom ich rodzin,
- inicjowanie, aktualizowanie i wspieranie działań mających na celu wdrażanie systemu pomocy dzieciom z FASD i ich rodzinom,
- wyrażanie opinii i inicjowanie zmian w zakresie przepisów prawa dotyczących diagnozy, profilaktyki i terapii dzieci z FASD oraz wsparcia dla członków ich rodzin.

Wszystkie przedstawione obszary działań, konkretne przedsięwzięcia czy realizowane współprace stanowią pewien zarys prowadzonych działań w zakresie tematyki FASD. Nadal pozostaje wiele obszarów do wzmożonej pracy, merytorycznego rozwoju oraz konkretnego, realnego wsparcia. Wymienić tu można choćby system edukacji, sądownictwa czy orzecznictwa. Grupą „niezopiekowaną”, a wymagającą adekwatnych działań pomocowych, są dorastający i dorośli z FASD, bo przecież z FASD się nie wyrasta, pozostaje się z nim na całe życie. Niezbędne również są dalsze prace nad standardami postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, nie wspominając o całym systemie certyfikacji.

Wiedza dotycząca teratogennego działania alkoholu na płód to obszar niezbędnej świadomości każdego człowieka, niezależnie od płci i wieku.

Przypisy

¹ Raport z badania na stronie <http://www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/RozpowszechnianieFASD/Zachowania.pdf>

² Teratogeny to czynniki środowiskowe, które mogą nieodwracalnie zmienić stan płodu, prowadząc do wystąpienia wad rozwojowych i nieprawidłowości w pracy narządów. Teratogeny dzieli się na chemiczne, biologiczne i fizyczne.

Bibliografia

- Abel E.L., Hannington J.H. (1995). „Maternal Risk Factors in fetal Alcohol syndrome: provocative and permissive influences”, *Neurotoxicol Teratol*; 17: 445-62
- Bartel H. (2019). „FASD-mechanizmy komórkowe”, *Postępy Biologii Komórki*, tom 46, nr 4, 447-482.
- Borkowska A.R. (2012). „Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń neurorozwojowych” W: A.R. Borkowska, Ł. Domańska (red.), „Neuropsychologia kliniczna dziecka”, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bingol N. i in. (1987). „The influence of socioeconomic factors on the occurrence of the fetal alcohol syndrome”, *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 6 (4): 105-118
- Burd L., Blair J., Dropps K. (2012). „Prenatal alcohol exposure, blood alcohol concentrations and alcohol elimination rates for the mother, fetus and newborn”, *Journal of Perinatology*; 32 (9):652-59.
- Callinan S., Room R. (2012). „Alcohol consumption during pregnancy: Results from the 2010 National Drug Strategy”, *Household Survey*. Deakin West: Foundation for Alcohol Research and Education.
- Dyląg K. i in. (2023). „Birth defects associated with prenatal alcohol exposure – A review. *Children*”; MDPI, 10, 811.
- Hoyme H.E., May P.A., Kalberg W.O. i wsp.: A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. *Pediatrics*, 2005;
- Lange S. i in. (2017). „Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis”, *JAMA Pediatr*; 171(10):v948-956
- O’Leary C.M., Bower C. (2012). „Guidelines for pregnancy: what’s an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up?”, *Drug Alcohol Rev*; 31:170-83
- Okulicz-Kozaryn K. i in. (2017). „FASD Prevalence among Schoolchildren in Poland”, *J Appl Res Intellect Disabil*. Jan;30(1):61-70. doi: 10.1111/jar.12219. Epub 2015 Oct 1.
- Okulicz-Kozaryn K. i in. (2018). „Zapobieganie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Wczesne rozpoznanie ryzyka i krótka interwencja lekarska”, PARPA.
- Okulicz-Kozaryn K. i in. (2020). „Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów”, wydanie specjalne 1/2020 *Medycyna Praktyczna – Pediatria*.
- Popova S. i in (2019). „Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada”, *BMC Public Health* volume 19, Article number: 845 (2019)
- Rowicka M. i in. (2020). „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.” (https://www.parpa.pl/images/wzorykonsumpcji_2020.pdf).
- Yunping Z. i in. (2021). „Association between pregnancy intention and smoking or alcohol consumption in the preconception and pregnancy periods: A systematic review and meta-analysis”, *Journal of Clinical Nursing*. www.ciazabezalkoholu.pl (dostęp 25.06.2023).

Zaburzenia nastroju są najczęstszą przyczyną popełnienia samobójstwa, zaraz za nimi są zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Szacuje się, że jedna trzecia osób, które popełniły samobójstwo ma w organizmie alkohol, a prawie jedna czwarta w chwili śmierci jest nietrzeźwa. Znacznie wyższe odsetki rozpowszechnienia zachowań samobójczych obserwuje się u osób jednocześnie nadużywających alkoholu i narkotyków.

ROZPOWSZECHNIENIE SAMOBÓJSTW WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH I UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ORAZ SPOSOBY OCENY WYSTĄPIENIA I PRZECIWDZIAŁANIA ZJAWISKU – PRZEGLĄD LITERATURY

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

Wprowadzenie

Samobójstwo jest poważnym problemem zarówno społecznym, jak i medycznym (Edwards i współ., 2020). Z szacunków Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że na świecie co 40 sekund ktoś odbiera sobie życie (WHO, 2014). Jest to globalna kwestia, która dotyczy wszystkich społeczeństw niezależnie od poziomu rozwoju, kultury czy statusu ekonomicznego.

W Polsce samobójstwa stanowią siódmą przyczynę zgonu, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (Główny Urząd Statystyczny, 2017). Jednym z czynników ryzyka, który zasługuje na szczególną uwagę, jest nadużywanie alkoholu. Nadmierne spożycie alkoholu jest często powiązane z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja i lęk, które są silnymi predyktorami samobójstwa. Alkohol może pogłębiać istniejące problemy psychiczne, prowadząc do myśli i prób samobójczych. Ponadto badania sugerują, że osoby nadużywające alkoholu mogą być bardziej podatne na impulsywne zachowania, w tym na impulsywne próby samobójcze (Conner i Bagge, 2019).

Działania samobójcze obejmują szereg zachowań, które mogą nieść ze sobą śmiertelny skutek. Mogą to być na przykład groźby popełnienia samobójstwa, samookaleczenie, komunikaty zawierające treści samobójcze, myśli samobójcze, kreacja planów samobójczych, podjęcie próby samobójczej (Silverman i współ. 2007a, 2007b). Ocena ryzyka samobójstwa u osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudna i musi uwzględniać wiele

czynników – stan psychiczny, sytuację osobistą, wsparcie społeczne, współchorobowość. Jednym z najskuteczniejszych sposobów przeciwdziałania jest zastosowanie narzędzia do oceny ryzyka samobójstwa.

Celem przeglądu będzie ocena rozpowszechnienia zachowań samobójczych popełnianych pod wpływem alkoholu, sposobów oceny ryzyka wystąpienia i przeciwdziałania zjawisku.

Wartością utylitarną przeglądu będzie poznanie determinantów ryzyka wystąpienia samobójstwa zidentyfikowanych w dotychczasowych badaniach oraz sposobów przeciwdziałania. Dzięki czemu będzie można je wdrożyć do codziennej praktyki terapeutycznej.

Metodologia wyszukiwania

Do wyszukiwania artykułów wykorzystanych w przeglądzie użyto bazy EBSCO Host, która jest bazą artykułów pełnotekstowych. Do wyszukiwania użyto dwóch słów kluczowych: „suicide”, jako słowo kluczowe występujące w tekście artykułów, i „alcohol addiction”, jako słowo występujące w całym tekście.

Otrzymano 165 artykułów opublikowanych w latach 1965–2020. Wybrano tylko artykuły opublikowane w czasopismach naukowych, co ograniczyło liczbę artykułów do 126. Na następnym etapie wybrano tylko artykuły, które były publikowane w języku angielskim i polskim. Pozwoliło to ograniczyć liczbę rekordów do 86.

Po przeczytaniu streszczeń do przeglądu zakwalifikowano 16 artykułów. Na podstawie bibliografii artykułów włączonych do przeglądu wybrano dodatkowo 31 artykułów. Dzięki czemu uzyskano większy zasób publikacji.

Wyniki

Rozpowszechnienie samobójstw wśród osób używających alkoholu

Badania opisujące rozpowszechnienie samobójstw pokazują, że jedna trzecia zmarłych ma w organizmie alkohol, a prawie jedna czwarta w chwili śmierci jest nietrzeźwa (Kaplan i współ., 2013). Roizen (1993) przytacza dane, z których wynika, że alkohol wykryto we krwi u 70% osób próbujących popełnić samobójstwo i 66% osób, które zginęły w wyniku samobójstwa. Z kolei inni badacze dostrzegli, że wysoki odsetek (10-75%) ofiar samobójstw ma dodatkowo stężenie alkoholu we krwi w momencie śmierci (Bilban i Skibin, 2005). Cherpitel i współpracownicy (2004) wykazali, że około 40% prób samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią, wiązało się ze spożyciem alkoholu w godzinach bezpośrednio poprzedzających próbę. Z kolei Schneider (2009) zidentyfikował, że między 19 a 63% wszystkich osób, które popełniły samobójstwo, było uzależnionych od alkoholu. Rozpowszechnienie nasilenia samobójstw związanych z piciem alkoholu różni się w zależności od kraju. 34-35% ofiar samobójstw w Szwecji miało w swoim organizmie alkohol w momencie popełnienia samobójstwa. Podobne odsetki odnotowano w Niemczech (32%), z kolei w Słowenii aż 75% ofiar samobójstw było nietrzeźwych w chwili śmierci (Klimkiewicz i współ., 2012).

Z badań wynika, że kobiety częściej od mężczyzn rozmyślały o popełnieniu samobójstwa ($B=0,19$, $p<0,01$, iloraz szans=1,21). Jednak u mężczyzn ryzyko wzrasta, gdy uwzględnimy nasilenie uzależnienia. Podobnie było w przypadku analiz odnoszących się do podjęcia próby samobójczej. Kobiety były bardziej zagrożone, jednak ryzyko to spadało wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Kobiety wykazują większe ryzyko zachowań samobójczych nie z powodu płci jako takiej, ale z powodu dotkliwości doświadczanych problemów wynikających z uzależnienia (Simoneau i współ., 2017). Bielinska-Kwapisz i Mielecka-Kubień (2011) przyjrzały się trendom spożycia alkoholu w Polsce oraz konsekwencjom wynikającym z picia, w tym wskaźnikom

samobójstw obejmujących lata 1954–2004. Porównania trendów samobójstw i spożycia alkoholu na poziomie całego społeczeństwa pokazują, że picie alkoholu liczone na jednego mieszkańca jest silnie powiązane ze wskaźnikiem samobójstw. Z analiz wynika, że wzrost spożycia o 1 litr czystego alkoholu per capita (w wieku 15+) spowodowałby wzrost wskaźnika samobójstw o 0,83. Ponieważ współczynnik trendu jest dodatni i znaczący, średni roczny wzrost wskaźnika samobójstw, przy utrzymaniu wszystkich pozostałych zmiennych na stałym poziomie, wynosi 15,7.

Badania prowadzone w Polsce wśród osób trafiających do leczenia odwykowego z powodu nadużywania alkoholu, pokazały, że od 9 do 14% pacjentów czasami myślało o samobójstwie, 12-15% myślało o nim często, a od 6 do 8% planowało samobójstwo (Brodniak, Zwołński, 2006; Ziolkowski i współ., 2017).

Zależność między różnymi wzorami picia alkoholu a popełnieniem samobójstwa

Norstrom i Rossow (2019) w swoim przeglądzie przyjrzały się rozpowszechnieniu zjawiska samobójstwa w krajach reprezentujących różne kultury picia alkoholu. Zaobserwowano silniejszą korelację między konsumpcją alkoholu a samobójstwami w krajach reprezentujących wzór picia przejawiający się wypijaniem dużych ilości alkoholu w krótkim czasie (np. Finlandia, Szwecja), w porównaniu z krajami reprezentującymi wzór picia związany z częstym piciem niewielkich ilości alkoholu (np. do obiadu, Francja, Włochy). Inne badania pokazały, że wskaźniki samobójstw są bardziej czułe na zmiany w konsumpcji alkoholu w krajach z niższym poziomem spożycia (np. Finlandia, Norwegia, Szwecja) niż w krajach z wysokim poziomem konsumpcji (np. Francja, Włochy, Portugalia, Hiszpania). Dostrzeżono również zależność między rodzajem spożywanego alkoholu a rozpowszechnieniem samobójstw. Była ona silniejsza w krajach, gdzie napoje spirytusowe były dominujące (np. Białoruś, Rosja), w porównaniu z krajami, gdzie dominującymi napojami było wino lub piwo (np. Bułgaria, Czechy, Słowacja, Węgry, Niemcy) (Pridemore, Snowden, 2009).

Analizy przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych pokazały, że w przypadku kobiet szczególnie silny związek występuje ze spożyciem napojów spirytusowych, gdzie szacuje się, że zmiana w spożyciu na poziomie jednego

litra zwiększa wskaźnik samobójstw o 6% w bieżącym roku i o kolejne 9% w kolejnych latach w tej grupie. Takiej zależności nie zaobserwowano w przypadku piwa i wina. Z kolei wyniki dla mężczyzn różnią się i nie wykazują zależności w przypadku spożycia napojów spirytusowych, a zależność taką wykazują w przypadku wina i piwa. Analizy dla populacji generalnej pokazują, że wszystkie trzy rodzaje napojów alkoholowych są związane z ryzykiem samobójstwa (Kerr i współ., 2011). Istnieją również badania pokazujące związek między ilością wypitego alkoholu i ryzykiem popełnienia samobójstwa. Analizy danych z izb przyjęć pokazały, że iloraz szans (OR) wystąpienia próby samobójczej wynosi 5,1 (przedział ufności: 1,0-25,8) przy spożyciu do 100 gram alkoholu do 6 godzin przed podjęciem próby samobójczej, w porównaniu do osób, które ostatnio nie piły. Natomiast iloraz szans dla osób, które wypity powyżej 100 gramów alkoholu wyniósł 90,2 (przedział ufności: 7,6-461,0) (Borges i Rosovsky, 1996). Oznacza to, że osoby wypijające do 100 gramów pięć razy częściej podejmują próbę samobójczą w porównaniu do osób, które nie piją alkoholu. Z kolei osoby wypijające powyżej tej dawki, mają szansę podjąć próbę samobójczą 90 razy częściej niż osoby niepijące alkoholu.

Związek między piciem alkoholu i używaniem narkotyków a popełnieniem samobójstwa

W badaniach Simoneau i współ. (2017) okazało się, że wskaźniki zachowań samobójczych związanych z problemowym używaniem alkoholu i narkotyków wśród osób,

które podejmują leczenie z powodu uzależnienia, były wyższe niż w przypadku problemowego używania tylko jednej substancji. Jednak, jeśli alkohol nie był używany, połączenie wielu narkotyków nie zwiększa wskaźnika zachowań samobójczych bardziej niż używanie tylko jednej substancji psychoaktywnej.

W przypadku nadużywania tylko alkoholu, myśli o samobójstwie przejawiało 19,1% rozpoczynających leczenie, a próbę podjęło 4,9%. Natomiast ponad jedna czwarta (25,2%) osób nadużywających alkoholu i narkotyków myślała o popełnieniu samobójstwa, a 5,7% podjęło taką próbę. Myśli samobójcze towarzyszyły najczęściej osobom nadużywającym alkoholu i opiatów oraz środków uspokajających (odpowiednio 33,3% i 31,8%). Z kolei próbę samobójczą podejmowały najczęściej osoby nadużywające alkoholu i opiatów oraz amfetaminy (odpowiednio 11,1% i 9,1%) (Simoneau i współ., 2017).

Ocena ryzyka wystąpienia samobójstwa i sposoby przeciwdziałania

Modele predykcyjne

Przewidywanie wystąpienia próby samobójczej u osób nadużywających alkoholu jest niezwykle trudne z uwagi na większą liczbę potencjalnych czynników ryzyka i ich częste współwystępowanie. Sytuację komplikuje fakt, że każdy czynnik ryzyka, rozpatrywany oddzielnie, stanowi tylko niewielką część wariancji mającą wpływ na jego wystąpienia. Dlatego też istnieje potrzeba połączenia wielu zmiennych w ramach modelu integracyjnego,

Tabela 1. Rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród osób nadużywających alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Substancje	Myśli samobójcze		Próba samobójcza	
	%	n	%	n
Alkohol i opiaty	33,3	27	11,1	27
Alkohol i środki uspokajające	31,8	85	4,7	85
Alkohol i kokaina	25,6	543	6,3	544
Alkohol i amfetamina	27,3	22	9,1	22
Alkohol i kannabinoide	21,6	398	5,3	398
Alkohol i środki halucynogenne	25	24	8,3	24
Alkohol i inna substancja	26,3	552	4,9	548
Średnia	20,1	6493	4,5	6483

Źródło: Simoneau i współ., 2017.

pozwalających na opracowanie ściślejszego algorytmu predykcyjnego (Peyre i współ., 2017). Naukowcy próbują podjąć próby opracowania takiego modelu, jednak jest to dość skomplikowane z uwagi na dużą liczbę czynników mających wpływ na wystąpienie próby samobójczej. Jeden z modeli predykcyjnych samobójstwa zakłada, że zaburzenia związane z używaniem alkoholu predysponują do zachowań samobójczych poprzez swoje działanie depresyjne, poczucie bezradności, niski poziom wsparcia społecznego pijących, zachowanie, które oceniane jest negatywnie oraz to, że nadużywanie alkoholu i zachowania samobójcze mogą mieć wspólne podłoże genetyczne (Brady, 2006). Najnowsze przeglądy badań pokazują jednak, że żaden model integracyjny nie został przetestowany na ogólnej populacji osób nadużywających alkoholu (Hoertel i współ., 2018).

Testy przesiewowe

Biorąc pod uwagę duże rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród osób rozpoczynających leczenie odwykowe, należy wziąć pod uwagę możliwość przeprowadzania badań przesiewowych pod kątem ryzyka jego wystąpienia. Dodatkowo, jak wynika z badań Kim i Burlaka (2018), osoby, które przygotowują plan samobójstwa lub usiłują je popełnić, również wcześniej o nim myślą. Sugeruje to, że myśli samobójcze mogą być pierwszym krokiem na ścieżce zachowań samobójczych. Wyniki te uzasadniają podjęcie działań prewencyjnych. W tym celu można wykorzystać popularny w wielu krajach test przesiewowy do oceny ryzyka samobójstwa – Skala Oceny Samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (*The Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS*) (Posner i współ., 2011). Dodatkowo należałoby ocenić nasilenie uzależnienia bądź współwystępujących uzależnień (Simoneau i współ., 2017; Park i współ., 2019).

Monitorowanie nastroju

Jak już wspomniano, niektóre badania sugerują, że ostre picie alkoholu może przyspieszyć wystąpienie zachowania samobójczego poprzez wywołanie negatywnego afektu, objawiającego się zmartwieniem i nieprzyjemnym pobudzeniem związanym ze strachem, smutkiem, złością i poczuciem winy (Lamis i Malone, 2012). Są również publikacje sugerujące, że upośledzenie umiejętności rozwiązywania problemów, trudności interpersonalne oraz

zaostrenie impulsywnych cech osobowości w wyniku picia zwiększają szansę na popełnienie samobójstwa. Autorzy tych koncepcji doszukują się wpływu alkoholu na neurotransmisję serotonergiczną (Brady, 2006). Ponadto eksternalizacyjny wymiar, to jest dotyczący szerokiego zakresu objawów o charakterze impulsywności, agresji, zachowań ryzykownych, destrukcyjnych, antyspołecznych, często przestępczych, wyrażający mechanizmy wspólne dla wszystkich współwystępujących zaburzeń związanych z używaniem substancji (SUD) niezależnie i znacznie zwiększał ryzyko próby samobójczej (Hoertel i współ., 2018).

Badania sugerują, że interwencje ukierunkowane na mechanizmy wspólne dla uzależnienia od alkoholu i narkotyków mogą mieć większy wpływ na ograniczenia ryzyka samobójstwa niż interwencje skierowane na leczenie tylko jednego uzależnienia. Badania przesiewowe i leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych i uzależnień, oprócz leczenia zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu wśród osób intensywnie pijących, mogą znacznie zmniejszyć ryzyko prób samobójczych (Hoertel i współ., 2018).

Lekarze oceniający ryzyko samobójstwa wśród osób nadużywających alkoholu powinni szczególnie dokładnie zapytać o liczbę i nasilenie zaburzeń psychiatrycznych i współistniejących zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz dotkliwość objawów uzależnienia (Hoertel i współ., 2018).

Zaangażowanie różnych grup profesjonalistów

Jak wynika z badań, powszechną praktyką wśród lekarzy na oddziałach ratunkowych jest oczekiwanie aż pacjenci mający skłonności samobójcze wytrzeźwieją. Dopiero wtedy następuje ocena stanu psychicznego i skłonności samobójczych. Jednakże zapewnienia pacjentów o braku intencji samobójczych czy negocjowanie planów co do podjęcia próby w przyszłości nie pozwalają przewidzieć ich zachowań, kiedy znowu zaczną pić (Klimkiewicz i współ., 2012). Z rekomendacji Ziółkowskiego i współ. (2017) wynika, że klinicyści powinni skupić swoją uwagę przede wszystkim na osobach uzależnionych od alkoholu doświadczających silnego pragnienia picia (głodu) (np. mierzonym testem PACS – *Penn Alcohol Craving Scale*) i z głębokim uzależnieniem (np. mierzonym na skali SADD – *Short Alcohol Dependence Data*), u których problemy z piciem zaczęły się w młodym wieku.

Dodatkowo klinicyści powinni traktować priorytetowo pacjentów samotnych, bezdzietnych, bezrobotnych lub z zaburzeniami psychicznymi, którzy w większym stopniu narażeni są na popełnienie samobójstwa.

Wyniki te oznaczają, że lekarze powinni oceniać ryzyko samobójstwa u wszystkich osób pijących w dużych ilościach, także u osób zdrowych, które nie mają diagnozy uzależnienia. Poza tym klinicyści powinni mieć świadomość, że potencjalne próby samobójcze wśród osób uzależnionych od alkoholu mogą wystąpić u tych, którzy w ostatnim czasie nie wskazywali na myśli lub zamiary samobójcze.

Marzano i współpracownicy (2016) opisywali wyniki ewaluacji szkolenia dla policjantów, którego celem było przeciwdziałanie samobójstwom. Autorzy dostrzegli, że ta grupa zawodowa, oprócz pracowników ochrony zdrowia i nauczycieli, może odgrywać dużą rolę w rozpoznawaniu przejawów zachowania mogących doprowadzić do samobójstwa. Jednak z uwagi na brak szkoleń policjanci czują się niepewnie, odczuwają niepokój, irytację i strach w tej kwestii.

Zaprojektowane szkolenie dla policjantów trwało 4 godziny. Autorzy udostępniali podręcznik z opisem zagadnień, wykorzystali prezentację oraz opisy przypadków i pytania do dyskusji, aby pobudzić pracę w grupach. Na koniec przekazywano krótki przewodnik, do którego uczestnicy zawsze mogli zajrzeć oraz zestaw narzędzi przesiewowych do oceny ryzyka popełnienia samobójstwa. Zakres tematyczny szkolenia obejmował kwestie związane z rolą policjanta w ocenie ryzyka, narzędzia wykorzystywane do jego oceny, problemy, które mogą się pojawić na etapie oceny, czynniki ryzyka, opisy przypadków itp. (Marzano i współ., 2016).

Badania naukowe pokazały, że szkolenia grup zawodowych, które na co dzień mają kontakt z osobami zagrożonymi samobójstwem, mogą zidentyfikować ryzyko jego wystąpienia i skierować je na leczenie, są skutecznym narzędziem w strategii zapobiegania samobójstwom oraz przyczyniają się do ograniczenia stygmatyzowania osób próbujących je popełnić bądź podejmujących leczenie psychiatryczne.

Interwencje, których celem jest ograniczenie intensywnego picia

Z doświadczeń badaczy wynika, że interwencje mające na celu ograniczenie intensywnego picia alkoholu

w okresach doświadczania cierpienia poprzedzającego wystąpienie próby samobójczej, są skuteczną strategią zmniejszania ryzyka jej wystąpienia, a tym samym mogą potencjalnie zapobiec samobójstwom związanym z alkoholem (Klimkiewicz i współ., 2012; Gauthier i współ., 2019).

Tym samym okazuje się, że przydatna może być ocena skłonności do picia w celu radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. W tym celu rekomenduje się włączenie do leczenia uzależnienia od alkoholu elementów terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) skupiających się na uczeniu regulacji emocji i radzenia sobie z negatywnym stresem (Gauthier i współ., 2019). Umożliwiając wdrożenie w życie tych umiejętności, klinicyści mogą pomóc pacjentom w ograniczaniu nadużywania alkoholu w trudnych sytuacjach, a tym samym zmniejszać ryzyko myśli i zachowań samobójczych. Alternatywą dla włączania elementów DBT w praktykę leczenia uzależnienia od alkoholu może być umożliwienie dostępu pacjentom do internetowego kursu poruszającego zagadnienia związane z regulacją emocji i radzeniem sobie ze stresem. Badania wykazały, że miał on obiecujący wpływ na ograniczenie prób samobójczych i ilość używanego alkoholu wśród grup wysokiego ryzyka (Wilks i współ., 2018).

Przekonujące rezultaty dostarczyły badania nad skutecznością programu krótkiej interwencji skierowanej do podejmujących próbę samobójczą (Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP; Gysin-Maillart i współ., 2016). Program ten kładzie nacisk na relację terapeutyczną budowaną na podstawie wywiadu narracyjnego. Jest to rozmowa, w której pacjent opowiada historię swojego życia lub jego fragmentu z punktu widzenia jakiegoś kryterium, w tym przypadku historii, która doprowadziła do samobójstwa. Ten unikalny program krótkiej interwencji składa się z trzech sesji, które są prowadzone w ciągu trzech tygodni po zdarzeniu samobójczym. Po zakończeniu tych spotkań terapeuta utrzymuje kontakt z pacjentem za pomocą różnych środków, takich jak telefon, e-mail czy tradycyjne listy, w zależności od ustaleń podjętych podczas procesu terapeutycznego (Gysin-Maillart i współ., 2020).

Podsumowanie

Samobójstwo to poważny problem zdrowia publicznego, który jest przyczyną blisko miliona zgonów rocznie na całym świecie i ma destrukcyjny wpływ na jednostki,

rodziny i społeczności. Samobójstwo to efekt procesu, który inicjują pojawiające się myśli samobójcze, komentarze zawierające tego typu treści, a w przebiegu procesu mogą objawić się samookaleczenia, powstawać plany oraz występować próby samobójcze.

Zaburzenia nastroju są najczęstszą przyczyną popełnienia samobójstwa, zaraz za nimi są zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Szacuje się, że jedna trzecia osób, które popełniły samobójstwo ma w organizmie alkohol, a prawie jedna czwarta w chwili śmierci jest nietrzeźwa. Niemal połowa prób samobójczych, które nie zakończyły się śmiercią, wiązała się ze spożyciem alkoholu w godzinach bezpośrednio poprzedzających próbę. Znacznie wyższe odsetki rozpowszechnienia zachowań samobójczych obserwuje się u osób jednocześnie nadużywających alkoholu i narkotyków. Osoby uzależnione mają wysoki poziom narażenia na różne czynniki ryzyka, tym samym wysoki wskaźnik samobójstw w tej populacji nie powinien być niczym zaskakującym. Niestety, w Polsce brakuje badań, które pokazywałyby skalę zjawiska. Te, które są, koncentrują się na osobach, które już trafiły do leczenia.

Osoby mające myśli samobójcze nie poszukują pomocy, a instytucje mające na celu przeciwdziałanie samobójstwom są niedostatecznie wykorzystywane. Związek między poszukiwaniem pomocy a myślami i zachowaniami samobójczymi jest złożony. Analizując to zjawisko, należy wziąć pod uwagę wewnętrzny konflikt między przekonaniem jednostki, że powinna samodzielnie poradzić sobie z tymi myślami i zachowaniami, bez obciążania rodziny i przyjaciół, a jednoczesną chęcią, aby te osoby ją zrozumiały i zaoferowały wsparcie. Niestety, przewidywanie wystąpienia próby samobójczej u osób nadużywających alkoholu jest niezwykle trudne. Tym samym niezbędne jest prowadzenie działań pozwalających na ocenę ryzyka jego wystąpienia oraz wypracowanie sposobów przeciwdziałania.

Wnioski

Na podstawie przeglądu literatury można sformułować kilka wniosków, które mogą przyczynić się do identyfikacji zjawiska i ograniczenia zachowań samobójczych.

1. Samobójstwo to złożone zjawisko, które wymaga wszechstronnego zrozumienia jego przyczyn, u których podstaw leżą myśli, plany, próby ich realizacji. W Polsce brakuje badań nad rozpowszechnieniem
2. Na ograniczenie rozpowszechnienia samobójstw ma wpływ polityka alkoholowa, wykorzystująca instrumenty pozwalające na obniżenie spożycia. Wyższe podatki nakładane na napoje alkoholowe są negatywnie związane ze wskaźnikiem samobójstw. Oznacza to, że podniesienie podatków przyczyni się do obniżenia odsetka samobójstw. Silna korelacja spożycia alkoholu i samobójstw pozwala zakładać, że wraz ze spadkiem spożycia odsetek samobójstw również zacznie spadać. Oznacza to, że polityka alkoholowa oparta na ograniczeniu dostępności ekonomicznej będzie skuteczna i pożądana.
3. Osoby zagrożone samobójstwem wymagają wsparcia, które jest elastyczne i występuje na wielu poziomach systemowych. Profesjonaliści zatrudnieni w placówkach pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym w ośrodkach leczenia uzależnień, powinni każdorazowo oceniać ryzyko występowania myśli i zachowań samobójczych. Pomocne w tym jest wykorzystanie testów przesiewowych, np. C-SSRS. Dodatkowo klinicyści powinni traktować priorytetowo pacjentów samotnych, bezdzietnych, bezrobotnych lub z zaburzeniami psychicznymi, którzy w większym stopniu narażeni są na popełnienie samobójstwa.
4. Ponieważ zaobserwowano związek między nadużywaniem alkoholu a współwystępowaniem zaburzeń nastroju, to większą wagę należałoby przyłożyć do oceny nasilenia zaburzeń, dotkliwości objawów uzależnienia oraz identyfikacji zaburzeń współwystępujących. Interwencje ukierunkowane na mechanizmy wspólne dla uzależnienia od alkoholu i współwystępujących zaburzeń mogą mieć większy wpływ na ograniczenia ryzyka samobójstwa niż interwencje skierowane na leczenie tylko jednego uzależnienia.
5. Zaangażowanie różnych grup profesjonalistów pozwala ograniczyć ryzyko zachowań samobójczych. Krótkie szkolenie nauczycieli i policjantów pozytywnie wpływa na podejmowane przez nich interwencje.

Czużą się pewnie i wykazują się inicjatywą. Oprócz tego, implementacja krótkich interwencji do praktyki klinicznej pozwala na przepracowanie próby samobójczej pacjenta według krótkiego schematu, przyczyniając się do ograniczenia ich występowania w przyszłości.

Bibliografia

- Bielińska-Kwapisz A. & Mielecka-Kubień Z. (2011). „Alcohol Consumption and Its Adverse Effects in Poland in Years 1950–2005”, *Economics Research International*, 2011, 1–13.
- Bilban M. & Skibin L. (2005). „Presence of alcohol in suicide victims. Forensic science international”, 147 Suppl, S9–S12. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2004.09.085>
- Borges G. & Rosovsky H. (1996). „Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample”, *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5), 543–548. <https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.543>
- Brady J. (2006). „The association between alcohol misuse and suicidal behaviour”, *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 41(5), 473–478. <https://doi.org/10.1093/alcac/agl060>
- Brodniak W., Zwoliński M. (2006). „Prevalence of suicidal ideation and behaviours among patients of alcohol treatment centres”, *Alcohol and Drug Addiction*, 19, 25–34.
- Cheripitel C.J., Borges G.L. & Wilcox H.C. (2004). „Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature”, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28(5 Suppl), 18S–28S. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000127411.61634.14>
- Conner K., Bagge C. (2019). „Suicidal Behavior: Links Between Alcohol Use Disorder and Acute Use of Alcohol”, *Alcohol Research: Current Reviews*, Vol 40 No 1(2), <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.02>.
- Edwards A.C., Ohlsson H., Sundquist J., Sundquist K., Kendler, K.S. (2020). „Alcohol Use Disorder and Risk of Suicide in a Swedish Population-Based Cohort.”, *The American Journal of Psychiatry*, Jul;177(7), 627–634. DOI: 10.1176/appi.ajp.2019.19070673.
- Gauthier J.M., Cole A.B., & Bagge C.L. (2019). „A preliminary examination of the association between drinking as a typical coping strategy and level of acute alcohol consumption prior to a suicide attempt”, *Psychiatry Research*, 282, 112626. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112626>
- Główny Urząd Statystyczny, „Atlas demograficzny Polski”, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny 2017.
- Gysin-Maillart A., Schwab S., Soravia L., Megert M., Michel K., 2016. „A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP)”, *PLOS Med* 13, e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>.
- Gysin-Maillart A., Soravia L. & Schwab S. (2020). „Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide”, *Journal of Affective Disorders*, 264, 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.059>
- Hoertel N., Faiz H., Airagnes G., Blanco C., Pascal De Raykeer R., Franco S., Ducoutumany G., Lemogne C. & Limosin F. (2018). „A comprehensive model of predictors of suicide attempt in heavy drinkers: Results from a national 3-year longitudinal study”, *Drug and Alcohol Dependence*, 186, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.010>
- Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Conner K., Caetano R., Giesbrecht N. & Nolte K.B. (2013). „Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury prevention*”, *Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 19(1), 38–43. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040317>
- Kerr W.C., Subbaraman M. & Ye Y. (2011). „Per capita alcohol consumption and suicide mortality in a panel of US states from 1950 to 2002”, *Drug and Alcohol Review*, 30(5), 473–480. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00306.x>
- Kim Y.J. & Burlaka V. (2018). „Gender Differences in Suicidal Behaviors: Mediation Role of Psychological Distress Between Alcohol Abuse/Dependence and Suicidal Behaviors. *Archives of suicide research*”, *Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(3), 405–419. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1355284>
- Klimkiewicz A., Ilgen M.A., Bohnert A.S., Jakubczyk A., Wojnar M. & Brower K.J. (2012). „Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland”, *Alcohol and Alcoholism* (Oxford, Oxfordshire), 47(5), 571–576.
- Lamis D.A. & Malone P.S. (2012). „Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model”, *Suicidology online*, 3, 4–23.
- Marzano L., Smith M., Long M., Kisby C. & Hawton K. (2016). Police and suicide prevention: Evaluation of a training program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 194–204. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000381>
- Norström T. & Rossow I. (2016). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(4), 489–506. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158678>
- Park C., Lee J.W., Lee S.Y., Moon J.J., Jeon D.W., Shim S.H., Cho S.J., Kim S.G., Lee J., Paik J.W., Kim M.H., Kim S., Park J.H., You S., Jeon H.J., Rhee S.J. & Ahn Y.M. (2019). „The Korean Cohort for the Model Predicting a Suicide and Suicide-related Behavior: Study rationale, methodology, and baseline sample characteristics of a long-term, large-scale, multi-center, prospective, naturalistic, observational cohort study”, *Comprehensive Psychiatry*, 88, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.003>
- Peyre H., Hoertel N., Stordeur C., Lebeau G., Blanco C., McMahon K., Basmaci R., Lemogne C., Limosin F. & Delorme R. (2017). „Contributing Factors and Mental Health Outcomes of First Suicide Attempt During Childhood and Adolescence: Results From a Nationally Representative Study”, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), e622–e630. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10876>
- Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S. & Mann J.J. (2011). „The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults”, *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Pridemore W.A. & Snowden A.J. (2009). „Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: an interrupted time-series analysis”, *American Journal of Public Health*, 99(5), 915–920. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.146183>
- Roizen R. (1993) „Issues in the epidemiology of alcohol and violence. In Martin S. (ed.) *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*”. (NIAAA Research Monograph No. 24, pp. 3–36). Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services.
- Schneider, B. (2009). „Substance use disorders and risk for completed suicide”, *Archives of Suicide Research*, 13, 303–316. doi:10.1080=1381110903263191

Silverman M.M., Berman A.L., Sanddal N.D., O'carroll P.W. & Joiner T.E. (2007a). „Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263.

Silverman, M.M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). „Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264

Simoneau H., Ménard J.M. & Blanchette-Martin N. (2017). „Addiction Severity and Suicidal Behaviors Among Persons Entering Treatment. Archives of suicide research. The Official Journal of the International Academy

for Suicide Research, 21(2), 341–353. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1182093>

WHO (2014) „Preventing suicide: A global imperative”.

Wilks C.R., Lungu A., Ang S.Y., Matsumiya B., Yin Q. & Linehan M.M. (2018). „A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers”, *Journal of Affective Disorders*, 232, 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.053>

Ziółkowski M., Czarnecki D., Chodkiewicz J., Gąsior K., Juczyński A., Biedrzycka A., Gruszczyńska E. & Nowakowska-Domagała K. (2017). „Suicidal thoughts in persons treated for alcohol dependence: The role of selected demographic and clinical factors”, *Psychiatry Research*, 258, 501–505.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W PRZECIWDZIAŁANIU UZALEŻNIENIOM. UDZIAŁ W SPOTKANIU ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH W WIEDNIU

Co roku polska delegacja uczestniczy w sesji Komisji Środków Odurzających Narodów Zjednoczonych (Commission on Narcotic Drugs), która odbywa się w Wiedniu. W tym roku termin spotkania przypadł na 13-17 marca. Podczas debaty generalnej przewodniczący polskiej delegacji dr Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, wygłosił następujące wystąpienie:

Szanowni Państwo, Polska całkowicie podziela i wspiera stanowisko wyrażone w wystąpieniu przedstawiciela Unii Europejskiej, ze szczególnym podkreśleniem wagi ochrony życia oraz godności ludzkiej i praw człowieka dla kształtowania życia społecznego i politycznego wspólnoty międzynarodowej. Dlatego też nasz szczególny sprzeciw wywołuje wojna prowadzona przez Rosję przeciw suwerennej Ukrainie, powodująca cierpienia i śmierć niewinnych ludzi, przyczyniająca się do wzrostu zagrożeń nie tylko na terenie Ukrainy, ale w wielu innych krajach, w tym również w tych udzielających pomocy humanitarnej uchodźcom i ofiarom działań wojennych. Wojna wywołała kryzys humanitarny, załamanie w dostępie do usług ochrony zdrowia, w tym do szczepień, do profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych, leków, m.in. leków retrowirusowych oraz, w kontekście sytuacji narkotykowej, do leczenia substytucyjnego oraz programów redukcji szkód. Wojna przeniosła również znaczny ciężar pomocy, ale i zagrożeń zdrowotnych, epidemicznych, na kraje sąsiedzkie Ukrainy i w naszej opinii niezbędne jest wzięcie przez wspólnotę międzynarodową

współodpowiedzialności za działania zapobiegające postępującemu obniżaniu się poziomu bezpieczeństwa w obszarze zdrowia publicznego w skali międzynarodowej. Wojna i zadawanie śmierci jest zaprzeczeniem podstawowych wartości humanitarnych i norm prawa. Dlatego pragniemy podkreślić nasz niezmienny sprzeciw wobec stosowaniu kary śmierci w każdych okolicznościach, nie tylko w kontekście przestępstw powiązanych z narkotykami. Szanowni Państwo, ostatnie lata przyniosły, powodowane przez pandemię, kryzys ekonomiczny, wzrost kosztów energii i inflację oraz wojnę, pogorszenie się sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej społeczności międzynarodowej. Stopniowe ubożenie, trwanie poczucia bezpieczeństwa oraz bariery w dostępie do ochrony zdrowia przyczyniają się do wzrostu zasięgu szkód wywoływanych przez uzależnienia, których obraz kliniczny nie zawęża się tylko do narkotyków, ale objawia się w formie politoksykomanii, obejmującej również alkohol oraz uzależnienia behawioralne. Dla rozwoju form przeciwdziałania skutkom zdrowotnym uzależnień bezdyskusyjnie istotną funkcję pełni walka z handlem substancjami. W naszej opinii konieczne jest stałe zaangażowanie społeczności międzynarodowej we wzmacnianie zrównoważonego podejścia do narkotyków i narkomanii, we współpracę pomiędzy instytucjami ograniczającymi podaż narkotyków i egzekwującymi prawo a organizacjami zajmującymi się redukcją popytu, a więc profilaktyką, leczeniem, ograniczaniem szkód zdrowotnych i społecznych. Szczególną wagę powinniśmy przywiązywać do walki

z przestępczością zorganizowaną, wprowadzającą na rynki nowe substancje psychoaktywne (NSP), eksplorującą nowe formy narkotyków, jak i obrotu tymi narkotykami z wykorzystaniem mediów elektronicznych oraz handlu na odległość. W zwalczaniu tego zjawiska konieczne jest rozbudowywanie współpracy i wymiany informacji pomiędzy organami egzekwującymi prawo, instytucjami badawczymi i laboratoriami zajmującymi się analizami NSP. W Polsce dzięki takiej rozbudowanej współpracy i wynikającego z niej szybkiego reagowania na pojawiające się nowe modyfikacje narkotyków udało się skutecznie ograniczyć dostęp do NSP. Działania te wspierane są także poprzez szeroki dostęp do edukacji społecznej i profilaktyki, które redukuje konsekwencje zdrowotne powodowane przez NSP. Uważamy, że w dobie kryzysu poczucia bezpieczeństwa szczególną uwagę należy zwrócić na problemy zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży oraz kobiet, w tym matek z dziećmi. Dlatego tak ważne jest szkolenie kadr i promowanie metod diagnostycznych i leczniczych opartych na dowodach naukowych, tzw. *evidence based treatment* czy *evidence based medicine*. Jednocześnie pragniemy podkreślić, iż wiele już znanych nam i stosowanych rozwiązań dowiodło swej skuteczności. Szczególnie pragniemy podkreślić funkcję, jaką w przeciwdziałaniu problematyce narkotyków i narkomanii odgrywają organizacje pozarządowe. Organizacje pozarządowe powinny być na stałe obecne w realizowaniu działań na rzecz osób dotkniętych problematyką uzależnień i mieć zapewniony dostęp do wsparcia finansowego ze źródeł rządowych i organizacji międzynarodowych. Uważamy, że konieczne

jest cykliczne ewaluowanie podejmowanych zobowiązań i działań oraz umieszczenie polityk narkotykowych w szerokim kontekście politycznym, społecznym, zdrowotnym oraz prawnym. W związku z powyższym wielowymiarowy charakter problematyki uzależnień wymaga zaangażowania w politykę narkotykową także innych agend NZ, innych niż tylko te bezpośrednio związane z problematyką narkotykową. Dlatego też z zadowoleniem przyjmujemy wszelkie wysiłki na rzecz zacieśnienia współpracy między UNODC a WHO, INCB, UNAIDS i stosownymi organami ds. praw człowieka, w ich wysiłkach na rzecz wspierania państw członkowskich we wdrażaniu konwencji międzynarodowych dotyczących kontroli narkotyków zgodnie z istniejącymi zobowiązaniami w zakresie praw człowieka. Współpraca międzynarodowa jest kluczowym mechanizmem w rozwiązywaniu problemów narkotykowych i szeroko rozumianego zjawiska uzależnień, a najważniejszą mapą drogową naszych wspólnych wysiłków i aktywności i jej realizacji są postanowienia UNGASS 2016, dające podstawy opartego na dowodach realistycznego i skoncentrowanego na potrzebach ludzi podejścia do przeciwdziałania problematyce uzależnień. Ponadto podczas 66. sesji Polska we współpracy z Grupą Pompidou zorganizowała side-event (tzw. wydarzenie dodatkowe) pt. *Building professional competences for drug policy implementation and management*. W side-evenie udział wzięli przedstawiciele Polski (dr Piotr Jabłoński z KCPU), Szwajcarii, Malty, EMCDDA i CICAD. Podczas tego wydarzenia zaprezentowane zostały realizowane szkolenia, których celem jest wzmocnienie potencjału



Uczestnicy spotkania Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w Szwecji.

decydentów zajmujących się polityką narkotykową poprzez działania edukacyjne, transfer technologii i budowanie potencjału w odpowiedzi na potrzeby państw członkowskich. Tegoroczna debata generalna podczas 66. sesji poświęcona była zagadnieniu przyspieszenia wychodzenia z epidemii COVID-19 i pełnej realizacji Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 na wszystkich poziomach (*Accelerating the recovery from the coronavirus disease COVID-19 and the full implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development at all levels*). Unia Europejska wypracowała wspólne stanowisko, w którym wskazuje m.in., że działania wspólnoty międzynarodowej powinny koncentrować się na pełnym poszanowaniu godności ludzkiej, praw człowieka i podstawowych wolności w międzynarodowej polityce antynarkotykowej. Ponadto przedstawiciele UE stanowczo potępił agresję Federacji Rosyjskiej wobec Ukrainy.

Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w Szwecji

Na początku maja 2023 roku szwedzka prezydencja w Unii Europejskiej zorganizowała w Malmo spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków, którego głównym tematem była młodzież i narkotyki. W spotkaniu uczestniczył przedstawiciel KCPU dr Artur Malczewski, który podczas sesji otwierającej zaprezentował europejskie doświadczenia w podnoszeniu jakości działań profilaktycznych oraz wdrażaniu i promocji standardów KCPU, a wcześniej Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych brały udział w kilku międzynarodowych projektach, które miały na celu przygotowanie zarówno standardów w profilaktyce, jak i szkoleń dla osób zajmujących się tą dziedziną. Spotkanie w Malmo było doskonałą okazją do pokazania roli Polski w profilaktyce substancji psychoaktywnych i podzielenia się polskimi doświadczeniami w tym obszarze z przedstawicielami wszystkich krajów Unii Europejskiej, którzy przyjechali na spotkanie.

Międzynarodowy projekt Frontline Politeia dotyczący profilaktyki

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom uczestniczy w międzynarodowym projekcie Frontline Politeia¹, współfinansowanym przez Komisję Europejską.

W jego ramach wdrażane są m.in. szkolenia Europejskiego Programu Profilaktyki (European Universal Prevention Curriculum – EUPC), które adresowane są do realizatorów programów profilaktycznych. 22-23 lutego i 15-16 czerwca tego roku w Lublinie odbyły się kolejne szkolenia EUPC realizowane przez KCPU, rozszerzone tym razem o profilaktykę przestępczości.

Zadaniem projektu Frontline Politeia jest przegląd realizowanych programów profilaktycznych w krajach Unii Europejskiej w celu stworzenia europejskiego rejestru, co jest celem pakietu drugiego projektu (WP2). Szkolenia Europejskiego Programu Profilaktyki dla realizatorów działań profilaktycznych zostaną zrealizowane w 13 krajach biorących udział w projekcie. Informacje o Europejskim Programie Profilaktyki znajdują się na stronie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA².

Podręcznik Europejskiego Programu Profilaktyki został wydany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii i jest dostępny także na stronie EMCDDA³. Ponadto w ubiegłym roku KCPU i EMCDDA zorganizowały w Krakowie międzynarodowe szkolenie trenerów EUPC dla ekspertów z całej Europy. Warto wspomnieć, że na spotkaniu Krajowych Centrów Monitorujących (Reitox Focal Point) w maju 2023 roku w Lizbonie dr Artur Malczewski, który jest koordynatorem projektu Frontline Politeia w Polsce, przedstawił informacje na temat celów projektu i realizowanych działań. W trakcie spotkania trwały prace nad omówieniem nowego mandatu EMCDDA. Europejska agencja przekształci się w Agencję Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA). W ramach prac nad nowymi zadaniami dla EUDA i Krajowych Centrów Monitorujących zostały powołane grupy robocze. Międzynarodowa grupa robocza, która będzie omawiać działania EUDA w obszarze realizacji kampanii edukacyjnych i wdrażania programów opartych na dowodach naukowych będzie koordynowana przez dr. Artura Malczewskiego z KCPU.

Szkolenie dotyczące foresight we współpracy z EMCDDA dla samorządów wojewódzkich

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (wcześniej jako Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) od 2001 roku współpracuje z samorządami wojewódzkimi w ramach sieci Ekspertów

Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W ubiegłym roku odbyła się wizyta studyjna Ekspertów Wojewódzkich w Lizbonie w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i portugalskim SICAD zajmującym się przeciwdziałaniem uzależnieniom.

Corocznie organizowane są konferencje Ekspertów Wojewódzkich, w tym roku spotkanie odbyło się 17-18 maja w Krakowie. Dr Bogusława Bukowska (zastępca dyrektora KCPU) i Karolina Załęga (Ekspert Wojewódzki Małopolska) otworzyły spotkanie zorganizowane przez KCPU, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego i Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Pierwszego dnia firma 4CF przeprowadziła szkolenie dotyczące foresightu strategicznego, czyli prognozowania. Uczestnicy poznali trzy metody stosowane m.in. w planowaniu strategicznym: metodę delficką, Rip and Winkle i meto-

dę scenariuszową. Jest to już drugie tego typu szkolenie zrealizowane przez KCPU. Wcześniejsze odbyło się w Gdańsku w ramach współpracy z krajami bałtyckimi i EMCDDA. Drugiego dnia konferencji zaprezentowano działania podejmowane w województwie małopolskim w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom, m.in. przez urząd marszałkowski, i pomocy uchodźcom z Ukrainy. Następną konferencja odbędzie się pod koniec września we współpracy z Regionalnym Centrum Polityki Społecznej z Łodzi.

Redakcja

Przypisy

- ¹ www.frontline-politeia.eu
- ² https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en
- ³ https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11733/PL_EUPC_Online.pdf

Niebawem w Polsce, podobnie jak w innych krajach, po wielu latach oczekiwań będzie wdrożona 11 rewizja ICD. Klasyfikacja ICD ma charakter ogólny, powszechny, jest narzędziem zdrowia publicznego i ma służyć nie tylko klinicystom, ale również statystykom, epidemiologom, profilaktykom, organizatorom opieki medycznej i ekonomii zdrowia.

MIĘDZY ICD-10 A ICD-11 – PODOBIENSTWA I RÓŻNICE OCZAMI KLINICYSTÓW – WSKAZÓWKI DIAGNOSTYCZNE

Roman Wojnar
Śląska Fundacja Błękitny Krzyż
Krzysztof Krysta
Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Obecne cele WHO dotyczące zdrowia publicznego koncentrują się na zapobieganiu chorobom, przedłużaniu ludziom życia i promowaniu zdrowia poprzez świadome wybory zachowań prozdrowotnych przez społeczeństwa.

W ostatnich dekadach WHO dodatkowo podkreśla rolę zaburzeń związanych z używaniem substancji jako ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie.

W ciągu ostatnich 30 lat od wprowadzenia ICD-10 nastąpił gwałtowny wzrost możliwości diagnostycznych, rozwój rynku nielegalnych substancji psychoaktywnych,

jak również rozwój uzależnień behawioralnych, które po części zostały włączone do ICD-11.

Założenia ogólne

W ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania znajdują się w rozdziale piątym i wszystkie rozpoznania kodujemy literą F. Podstawowy schemat kodowania (alfanumeryczny – trzyznakowy) zawiera

oprócz litery dwie cyfry arabskie, co przyczyniło się do podziału zaburzeń psychicznych na 10 działów z możliwością wprowadzenia 100 kategorii diagnostycznych.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych znalazły się w dziale drugim i koduje się je od F10 do F19. Poszczególne grupy diagnostyczne związane są z konkretnymi substancjami psychoaktywnymi lub ich

Tabela 1. Porównanie rozpoznań nozologicznych wg ICD-10 i ICD-11.

ICD-10			ICD-11	
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem:			Zaburzenia spowodowane używaniem (substancji) lub zachowaniami uzależniającymi:	
1	alkoholu	F10	alkoholu	6C40
2	kannabinoli	F12	konopi indyjskich (kannabinoli)	6C41
3			syntetycznych kannabinoidów	6C42
4	opiatów	F11	opiodów	6C43
5	leków uspokajających i nasennych	F13	środków uspokajających, hipnotycznych lub anksjolitycznych	6C44
6	kokainy	F14	kokainy	6C45
7			środków pobudzających, w tym amfetamin, metamfetaminy lub metkatynonu	6C46
8			syntetycznych katynonów	6C47
9	innych substancji stymulujących, w tym kofeiny	F15	kofeiny	6C48
10	substancji halucynogennych	F16	halucynogenów	6C49
11	paleniem tytoniu	F17	nikotyny	6C4A
12	lotnych rozpuszczalników	F18	lotnych środków inhalacyjnych	6C4B
13			MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA	6C4C
14			leków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP]	6C4D
15			innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków	6C4E
16	kilku substancji lub używaniem innych substancji psychoaktywnych	F19	wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków	6C4F
17			nieznanych lub niesprecyzowanych substancji psychoaktywnych	6C4G
18			substancji niepsychoaktywnych	6C4H
19			substancji niepsychoaktywnych	6C4Y
20			substancji, nieokreślone	6C4Z
21	patologiczny hazard	F63.0	zaburzenia hazardowe	6C50
22	inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	F63.8*	zaburzenie związane z gramami sieciowymi	6C51
23	inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	F63.8*	inne określone zaburzenie spowodowane zachowaniami uzależniającymi	6C5Y
24	zaburzenia nawyków i popędów (impulsów), nieokreślone	F63.9	zaburzenie spowodowane zachowaniami uzależniającymi, nieokreślone	6C5Z

* Pozycja F63.8 (ICD-10) najbardziej odpowiada obu rozpoznaniom z ICD-11 (przypis własny).

grupami lub używaniem kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych. Zaburzenia związane z używaniem innych substancji np. niesteroidowych leków przeciwbólowych czy anabolików, podobnie jak zachowania nałogowe (patologiczny hazard), znalazły się w innych działach zaburzeń psychicznych. Porównując dział psychiatrii, należy stwierdzić, że w rozwoju diagnostyki nozologicznej nastąpiły zmiany: w ICD-9 wyodrębniono 30 grup diagnostycznych, w ICD-10 było ich już 80, a w ICD-11 będzie ich znacznie więcej. Konstrukcja ICD-11 zakłada rozszerzenie o 3 do 4 znaków kodowanie jednostki nozologicznej (diagnostycznej). Fundamentalną różnicą, podobnie jak w DSM-5, jest powstanie wspólnej jednostki dla dotychczasowych uzależnień od substancji oraz dla uzależnień behawioralnych.

Rozszerzono również możliwość kodowania czwartego znaku nie tylko za pomocą cyfr arabskich 0-9 (podobnie jak w ICD-10), ale dodatkowo za pomocą liter alfabetu, np. 6C4A to zaburzenia związane z używaniem nikotyny. Ostatnie dwie pozycje w da-

nej grupie diagnostycznej kończą się zawsze literą Y (6C4Y – inne specyficzne zaburzenia związane z używaniem substancji) oraz Z (6C4Z – zaburzenia związane z używaniem substancji niespecyficzne). Łącznie w ICD-11 jest 20 kategorii dla używania substancji oraz cztery dla uzależnień behawioralnych. Wszystkie kategorie diagnostyczne dotyczące substancji psychoaktywnych, które są zawarte w ICD-10, mają swoje odzwierciedlenie w ICD-11 (patrz tabela 1). Dodatkowo ujęto kilka nowych kategorii substancji o potencjale uzależniającym. Nowością jest ujęcie zaburzeń spowodowanych nadużywaniem substancji, które nie mają swoistego potencjału uzależniającego, które w ICD-10 znajdowały się w innych rozdziałach, np. F55 będzie miało odzwierciedlenie w dziale zaburzenia spowodowane używaniem substancji: 6C4H – niepsychoaktywnych; 6C4Y – innych określone lub ewentualnie 6C4Z – zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone.

Taka konstrukcja pozwala na zakwalifikowanie w zasadzie każdej substancji lub bardziej osoby, która

Tabela 2. Porównanie stanów klinicznych wg ICD-10 i ICD-11.

ICD-10	F1x.0	F1x.1	F1x.2	F1x.3	F1x.4	F1x.5	F1x.6	F1x.7	F1x.8	F1x.9	ICD-11
F10	F10.0	F10.1	F10.2	F10.3	F10.4	F10.5	F10.6	F10.7	F10.8	F10.9	6C40
F11										O	6C43
F12										THC	6C41
F13										U + N	6C44
F14										KOK	6C45
F15										KOF	6C48
F16										H	6C49
F17										N	6C4A
F18										R	6C4B
F19										P	6C4F
F10	6C40.3	6C40.1	6C40.2	6C40.4	6C40.5	6C40.6	__**	__**	6C40.Y	6C40.Z	6C40
	6C40.0*								6C40.7*		

* Brak odpowiednika w ICD-10. ** Brak odpowiednika w ICD-11. Na ich miejsce pojawi się nieco inny stan kliniczny 6C40.7: Inne zaburzenia spowodowane alkoholem (m.in. spowodowane zaburzeniami nastroju i lękowymi). Spora zmiana dotyczyć będzie stanu klinicznego, jakim jest uzależnienie F10.2 w ICD-10 (6C40.2 w ICD-11).

korzysta z opieki zdrowotnej i ma problemy z powodu używania czy nadużywania różnych substancji.

Wymienione w tabeli 1. nowe grupy substancji psychoaktywnych są znane już od wielu lat. Wydaje się, iż podstawowym argumentem za ich włączeniem do kanonu ICD jest możliwość ich powszechnego identyfikowania. Substancje rzadsze, choć dobrze zbadane, będą kodowane w kategorii 6C4E. Dla nowych substancji psychoaktywnych pozostaje rozpoznanie 6C4G.

Drugim blokiem są zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi o kodzie 6C50 do 6C52. Włączono do nich zaburzenia hazardowe, związane z grami sieciowymi, inne określone i nieokreślone zaburzenia uzależniające. Wchodzą one w miejsce dotychczasowych rozpoznań kodowanych w ICD-10 jako F63.0, F63.8 i F63.9 (patrz tabela 1). Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, iż poprzedni dogmat lansowany w ICD-10, że musi być czynnik fizyczny (substancja psychoaktywna), jest nieaktualny.

Szybko rozwijające się techniki neuroobrazowania dają coraz więcej dowodów na podobne reakcje układu nerwowego, szczególnie układu nagrody na substancje lub różne zachowania. Stąd też należy się spodziewać, iż obecnie zatwierdzona przez WHO 11 rewizja będzie obowiązywała dość długo, gdyż wychodzi naprzeciw problemom diagnostycznym, które obecnie dostrzegamy (kazuistyka), ale nie ma na ich wyrazistość dostatecznych dowodów i powszechnej zgody. W przyszłości mogą pojawić się całkiem nowe problemy i wyzwania. Dotyczy to zarówno używania substancji, jak i zachowań nałogowych.

Porównanie stanów klinicznych wg ICD-10 i ICD-11 przedstawia tabela nr 2. Przykładem są tutaj zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Zasadniczo rodzaje stanów klinicznych w ICD-11 są odpowiednikami w ICD-10. Istotne różnice dotyczą nowych stanów klinicznych (rozpoznań), tj. 6C40.0 – epizod szkodliwego spożywania używania alkoholu oraz 6C40.7 – inne zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Znikną dotychczasowe rozpoznania F10.6 – zespół amnestyczny oraz F10.7 – rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne, które znajdują się w dziale zaburzeń neurokognitywnych. Wytyczne diagnostyczne dotyczące uzależnienia (od alkoholu) wg ICD-11 można ująć w trzech zasadach:

1. Z trzech wytycznych muszą być spełnione co najmniej dwie w określonym czasie (2/3).
2. Czas trwania zwykle powyżej 12 miesięcy lub przy ciągłym używaniu co najmniej jeden miesiąc.
3. Większa niż dotychczas elastyczność diagnostyczna i opisowy charakter diagnozy (nie tylko objawowy). Sześć objawów uzależnienia wg ICD-10, które dotychczas są podstawą diagnozy nozologicznej, zastąpiono w ICD-11 trzema:
 1. Upośledzona kontrola – niekoniecznie z towarzyszącym subiektywnym odczuciem potrzeby lub pragnienia użycia alkoholu. Odpowiada to w ICD-10 objawom „utracie kontroli” i „głodowi”.
 2. Używanie alkoholu – związane z codziennymi czynnościami, obowiązkami lub zdrowiem oraz dbaniem o siebie. Odpowiada to w ICD-11 objawom „behawioralnym” i „szkodom zdrowotnym”.
 3. Cechy fizjologiczne przejawiające się tolerancją, objawami „zmiana tolerancji” i „alkoholowemu zespołowi odstawiennemu”.

Do ICD-11 wprowadzono nową kategorię diagnostyczną: niebezpieczne/ryzykowne używanie alkoholu. Nie ma ono bezpośredniego odpowiednika w DSM-5. Nie jest zaburzeniem jako takim i zostało zgrupowane w ramach „czynników ryzyka zdrowotnego”. Jest to wzorec spożywania alkoholu, który znacznie zwiększa ryzyko szkodliwych konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego użytkownika lub innych osób w stopniu, który wymaga uwagi, porady ze strony pracowników służby zdrowia. Zwiększone ryzyko może wynikać z częstotliwości spożywania alkoholu, ilości wypijanej przy danej okazji ryzykownych zachowań związanych z używaniem alkoholu lub kontekstu spożywania alkoholu bądź z kombinacji tych czynników.

Brak możliwych do zdiagnozowania konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego jest kluczową cechą odróżniającą niebezpieczne spożywanie alkoholu od szkodliwego spożywania alkoholu. W definicji nie określono żadnych konkretnych ilości ani wzorców spożycia alkoholu. Ryzyko może być związane z krótkotrwałymi skutkami spożywania alkoholu lub długoterminowymi skumulowanymi skutkami dla zdrowia fizycznego lub psychicznego.

(Alkoholowy) zespół abstynencyjny kodowany odpowiednio F10.3 lub 6C40.4 to grupa objawów o różnej konfiguracji i nasileniu występujących po całkowitym

lub częściowym wycofaniu substancji używanej w sposób powtarzalny, zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach. Początek i przebieg zespołu abstynencyjnego jest ograniczony w czasie i związany z rodzajem substancji oraz dawką przyjętą bezpośrednio przed rozpoczęciem abstynencji. Zespół abstynencyjny może być powikłany drgawkami.

Zespół abstynencyjny (alkoholowy) z majaczeniem – F10.4 odpowiednio 6C40.5 jest zazwyczaj skutkiem całkowitego zaprzestania albo zmniejszania ilości wypijanego alkoholu u osób z ciężkim uzależnieniem i długim okresem picia. Jest ono krótkotrwałym, ale czasem nawet zagrażającym życiu stanem zaburzeń świadomości pochodzenia toksycznego, któremu towarzyszą zaburzenia somatyczne.

(Alkoholowe) zaburzenia psychotyczne – F10.5 odpowiednio 6C40.6 – występują w trakcie zażywania substancji psychoaktywnych lub krótko po nich. Jest to grupa objawów psychotycznych występujących w czasie przyjmowania substancji psychoaktywnych lub wkrótce po tym, które obejmuje: żywe omamy (zazwyczaj słuchowe, ale często dotyczą więcej niż jednego ze zmysłów), nieprawidłowe utożsamianie osób, urojenia i/lub nastawienia odnoszące (często paranoidalne lub prześladowcze), zaburzenia psychomotoryczne (pobudzenie lub słupienie) i zaburzenia afektu, który może się wahać od intensywnego strachu do ekstazy. Świadomość jest zazwyczaj niezaburzona, choć czasami może występować różnego stopnia przymglenie świadomości (nie osiąga poziomu splątania). Zaburzenia najczęściej ustępują, przynajmniej częściowo, w ciągu miesiąca, a całkowicie – w okresie do 6 miesięcy.

Pozostałe sfery kliniczne (F10.8 – odpowiednio 6C40.Y) to inne zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Kodem tym należy oznaczać wszystkie inne zaburzenia, w których stwierdzono, że substancja psychoaktywna (np. alkohol) bezpośrednio wpływa na ich wystąpienie, które jednak nie spełniają kryteriów żadnego z wymienionych wyżej zaburzeń. Podobnie zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania nieokreślone mają swoje odpowiedniki w ICD-10 i ICD-11 – F10.9 i 6C40.Z.

Podsumowanie

Wprowadzenie nowych wytycznych w ICD-11 jest niewątpliwie wyzwaniem dla leczenia uzależnień. Najważniejsze zmiany to:

- Zaktualizowany i rozszerzony zakres klas substancji.
- Uproszczenie wytycznych diagnostycznych dla uzależnień.
- Dokładniejsza specyfikacja różnych szkodliwych schematów używania substancji, które mogą mieć charakter ciągły, epizodyczny lub powtarzający się.
- Nowa kategoria oznaczająca pojedyncze przypadki szkodliwego używania 6C4x.0.
- Wprowadzenie używania niebezpiecznych substancji jako czynnika ryzyka dla zdrowia.
- Zmiany w zakresie zaburzeń psychicznych wywołanych substancjami psychoaktywnymi.
- Przeniesienie zaburzeń neurokognitywnych związanych z substancjami psychoaktywnymi do sekcji zaburzeń neurokognitywnych. Należy prowadzić diagnostykę różnicową w stosunku do innych uzależnień, innych chorób psychicznych lub somatycznych (domena lekarzy).
- Diagnoza uzależnienia została rozszerzona w stosunku do swojego odpowiednika ICD-10 i obejmuje zachowania, które wyrządzają krzywdę innym, uznając znaczne szkody spowodowane przez alkohol. Diagnozując uzależnienie od alkoholu, warto pamiętać, że:
- Objawy odstawienne muszą być charakterystyczne dla zespołu odstawienia alkoholu, a nie mogą po prostu odzwierciedlać efektu kaca.
- Uzależnienie od alkoholu jest rozumiane jako nabyta reakcja adaptacyjna po wielokrotnym używaniu alkoholu, a nie jako pierwotne zaburzenie biologiczne, oznacza to zwiększenie nacisku na behawioralny charakter uzależnień.

Bibliografia

- Habrat B., „Co nowego w ICD-11 w odniesieniu do zaburzeń związanych z używaniem substancji?”, *Psychiatria, Pismo dla Praktyków*, 38 i 39/2022.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021); <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wojnar M., Krzystanek M. Wojnar R., „Raport z badań »Zmiana struktury pacjentów leczonych w Ośrodkach Leczenia Uzależnień w latach 2008–2017 w odniesieniu do uzależnień behawioralnych, implikacje demograficzne, diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne«, Konsorcjum SUM, Śląska Fundacja Błękitny Krzyż, 2019; https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/wp-content/uploads/2019/06/14_HMK_17-BK.pdf (dostęp 13.06.2023).

Większa różnorodność podaży narkotyków i ich używanie stwarzają nowe wyzwania dla polityki w dziedzinie narkotyków i opieki zdrowotnej w Europie. Jest to jedna z kwestii, na którą zwróciło uwagę Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), publikując w czerwcu tego roku „Europejski raport narkotykowy 2023: tendencje i osiągnięcia”. W raporcie przedstawiono najnowszy przegląd sytuacji w zakresie narkotyków w Europie, obejmujący analizę najważniejszych tendencji i pojawiających się zagrożeń z powodu narkotyków.

EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY 2023: NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA

Dostępność narkotyków dla wszystkich rodzajów substancji utrzymuje się na wysokim poziomie, a skala i złożoność produkcji w Europie nadal rośnie. Osoby używające narkotyków są obecnie narażone na większą różnorodność substancji psychoaktywnych, często charakteryzujących się wysoką aktywnością i czystością. Ponieważ mogą one być sprzedawane w postaci podobnie wyglądających proszków lub tabletek, konsumenci mogą być nieświadomi, jakie substancje zażywają. W raporcie podkreślono potrzebę wprowadzenia skutecznych strategii informowania o ryzyku w celu ostrzegania konsumentów o zagrożeniach dla zdrowia związanych z nowymi substancjami, interakcjami leków oraz produktami o dużej sile działania.

Analiza obejmuje szeroki zakres niedozwolonych środków odurzających, od opioidów i substancji pobudzających, po nowe produkty otrzymane z konopi indyjskich i leki dysocjacyjne (np. ketaminę). Zawiera ona również aktualne informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych, które nadal stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie. W 2022 roku za pośrednictwem unijnego systemu wczesnego ostrzegania po raz pierwszy zgłoszono 41 nowych narkotyków, w związku z czym łączna liczba nowych substancji psychoaktywnych monitorowanych przez EMCDDA wzrosła do 930.

W raporcie podkreślono potrzebę poprawy danych kryminalistycznych i toksykologicznych w celu lepszego zrozumienia zagrożeń związanych z nowymi i silnie działającymi substancjami syntetycznymi, mieszaninami narkotyków, sfałszowanymi substancjami, zmieniającymi się rynkami narkotyków oraz wzorami używania. W ramach swojego nowego mandatu w 2024 roku agencja uruchomi europejską sieć

laboratoriów kryminalistycznych i toksykologicznych w celu wzmocnienia zdolności w tej dziedzinie.

Zmiany dotyczące konopi indyjskich

Zakres polityki dotyczącej konopi indyjskich w Europie stopniowo się rozszerza, obejmując obecnie nie tylko kontrolę nielegalnych konopi indyjskich, ale także regulację używania konopi indyjskich i kannabinoidów do celów terapeutycznych i innych (np. kosmetyków, żywności).

Obecnie pięć państw członkowskich UE (Czechy, Niemcy, Luksemburg, Malta i Holandia) oraz Szwajcaria wprowadzają lub planują wprowadzenie nowych podejść do regulowania podaży konopi indyjskich do użytku rekreacyjnego. Zmiany te, przedstawione w raporcie EMCDDA, podkreślają potrzebę inwestowania w monitorowanie i ocenę, aby w pełni zrozumieć ich wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo publiczne. Pierwszym krajem, który zalegalizował w pełni konopie indyjskie, był Urugwaj w 2013 roku. Rok wcześniej dwa amerykańskie stany zalegalizowały konopie indyjskie: Kolorado oraz Waszyngton. Obecnie marihuana w celach rekreacyjnych dostępna jest w 23 stanach. W 2018 roku Kanada wprowadziła dostęp do marihuany.

Konopie indyjskie są nieprzerwanie najczęściej stosowanym narkotykiem w Europie. Szacuje się, że około 8% (22,6 mln) dorosłych Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat) używało konopi indyjskich w ostatnim roku. W 2021 roku ilości haszyszu (816 ton) i marihuany (256 ton) skonfiskowanych w UE osiągnęły najwyższy poziom w ostatnim dziesięcioleciu, co wskazuje na wysoką dostępność tych narkotyków. Szacuje się, że w Europie w 2021 roku 97 tys. pacjentów rozpoczęło jakąś formę leczenia uzależnienia od narkotyków

z powodu problemów związanych z używaniem konopi indyjskich.

Nowe produkty otrzymane z konopi indyjskich stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego. Niektóre produkty sprzedawane na nielegalnym rynku jako naturalne konopie indyjskie mogą być sfałszowane silnie działającymi syntetycznymi kannabinoidami, co stwarza ryzyko zatrucia. Ponadto wyciągi i produkty jadalne o dużej sile działania były kojarzone z przypadkami ostrych zatruc w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W 2022 roku heksahydrokannabinol (HHC) stał się pierwszym półsyntetycznym kannabinoidem odnotowanym w UE. Substancję tę zidentyfikowano w dwóch trzecich państw członkowskich, a w niektórych państwach członkowskich jest ona sprzedawana jako „legalna” alternatywa dla konopi indyjskich. Od października 2022 roku HHC podlega wzmożonemu monitorowaniu w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania (EWS) w celu lepszego zrozumienia potencjalnych zagrożeń dla Europy. W Polsce HHC jest substancją kontrolowaną.

Rekordowe konfiskaty kokainy

Handel dużymi ilościami kokainy przewożonymi w kontenerach komercyjnych przez europejskie porty morskie przyczynia się obecnie do wysokiej dostępności tego narkotyku. Istnieją obawy, że sytuacja ta może przyczynić się do zwiększenia używania kokainy, szkód dla zdrowia i przestępczości związanej z narkotykami. W 2021 roku państwa członkowskie skonfiskowały rekordową ilość 303 ton kokainy. Na Belgię (96 ton), Holandię (72 tony) i Hiszpanię (49 ton) przypadło niemal 75% całkowitej skonfiskowanej ilości.

Wstępne dane za 2022 rok pokazują, że ilość kokainy skonfiskowanej w Antwerpii, drugim co do wielkości porcie morskim w Europie, wzrosła z 91 do 110 ton w 2021 roku. Dowody sugerują, że zorganizowane grupy przestępcze coraz częściej wybierają również mniejsze porty w innych państwach członkowskich, a także w państwach graniczących z UE. Nielegalna produkcja kokainy w UE zyskuje na znaczeniu, a w 2021 roku zlikwidowano 34 laboratoria produkujące kokainę (23 w 2020 roku), z których część działała na dużą skalę. Kokaina jest najczęściej używaną niedozwoloną substancją pobudzającą w Europie, używaną przez około

1,3% (3,7 mln) dorosłych Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat) w ciągu ostatniego roku. Substancja ta była najczęstszą przyczyną ostrych zatruc odnotowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w 2021 roku (27% przypadków). Docierają także sygnały, że używanie kokainy w formie iniekcji oraz używanie cracku staje się w niektórych krajach coraz powszechniejsze wśród grup zmarginalizowanych, co wymaga zwiększenia skali działań podejmowanych w celu redukcji szkód. Szacuje się, że w 2021 roku liczba osób rozpoczynających leczenie związane z używaniem cracku wyniosła 7500.

Rosnące obawy dotyczące używania syntetycznych środków pobudzających

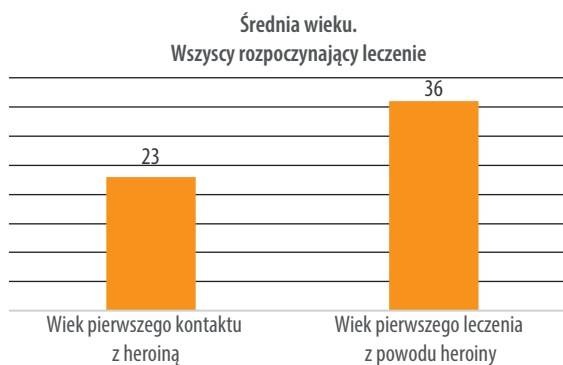
Większa różnorodność syntetycznych środków pobudzających dostępnych obecnie na nielegalnym rynku zwiększa ryzyko dla zdrowia publicznego. W przeszłości najpowszechniej używaną syntetyczną substancją pobudzającą w Europie była amfetamina. Widać jednak wyraźnie, że zarówno metamfetamina, jak i syntetyczne katynony przyczyniają się obecnie w większym stopniu niż w przeszłości do ogólnych problemów związanych z substancjami pobudzającymi w Europie.

W raporcie EMCDDA stwierdza również, że substancje pobudzające są dziś częściej używane drogą iniekcji, czasami w połączeniu z heroiną lub innymi opioidami. Zrozumienie szkód związanych ze zmieniającymi się wzorami używania narkotyków drogą iniekcji będzie miało kluczowe znaczenie dla opracowania interwencji, które zmniejszą szkody związane z tymi zachowaniami.

Potencjalne zagrożenia dla zdrowia związane z mniej znanymi substancjami

Ketamina, stosowana w medycynie jako środek znieczulający i przeciwbólowy, w niektórych środowiskach staje się coraz popularniejszym narkotykiem rekreacyjnym. Jest ona zwykle wciągana przez nos i czasami jest dodawana do innych mieszanin narkotyków, w tym proszków i tabletek MDMA. Długoletni użytkownicy ketaminy mogą doświadczać problemów zdrowotnych (np. uszkodzeń pęcherza moczowego).

Infografika. Użytkownicy rozpoczynający leczenie od heroiny w Europie



Wzrost rekreacyjnego używania podtlenku azotu („gazu rozwesalającego”) w niektórych częściach Europy budzi obawy o zdrowie. EMCDDA zwróciło uwagę na zagrożenia związane z tym narkotykiem, który wydaje się obecnie bardziej dostępny, tańszy i popularniejszy wśród niektórych młodych osób. Zagrożenia te mogą obejmować zatrucia, poparzenia i urazy płuc oraz w niektórych przypadkach długotrwałego używania, uszkodzenie nerwu. Istnieją silne argumenty przemawiające za tym, aby służby zajmujące się profilaktyką uzależnień od narkotyków i redukcją szkód zajmowały się tą substancją w swojej pracy. Podejścia regulacyjne do sprzedaży i stosowania tej substancji różnią się w poszczególnych krajach.

W bieżącym raporcie EMCDDA omówiono również rosnące zainteresowanie potencjałem terapeutycznym substancji psychodelicznych. Chociaż istnieją obiecujące badania nad potencjałem tych substancji w leczeniu różnych schorzeń psychicznych, w raporcie podkreślono ryzyko nieuregulowanych programów prowadzonych w UE i poza nią. Rosnące zainteresowanie tym tematem może zachęcać do częstszego eksperymentowania z tymi substancjami bez wsparcia medycznego i potencjalnie narażać niektóre wrażliwe osoby na ryzyko.

Coraz większe problemy z opioidami w Europie

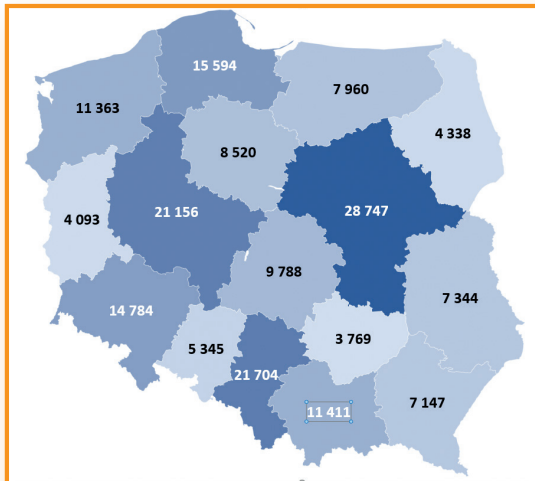
Heroina pozostaje najczęściej używanym w Europie nielegalnym opioidem, ale w niektórych obszarach rośnie też niepokój co do stosowania syntetycznych opioidów. Wiele syntetycznych opioidów wykazuje silne działanie i stwarza ryzyko zatrucia i śmierci. Do wyprodukowania tysięcy dawek potrzebne są tylko niewielkie ilości, co czyni ją potencjalnie bardziej

lucracyjną substancją dla zorganizowanych grup przestępczych.

Na europejskim rynku narkotyków wciąż pojawiają się nowe, niekontrolowane syntetyczne opioidy – od 2009 roku zidentyfikowano ich łącznie 74. W ostatnich latach większość nowo zidentyfikowanych substancji opioidowych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania to silnie działające opioidy benzimidazolowe (nitazenowe). W porównaniu z Ameryką Północną nowe syntetyczne opioidy (np. pochodne fentanylu i nitazeny) odgrywają obecnie stosunkowo niewielką rolę na całym europejskim rynku narkotyków, chociaż w niektórych krajach stanowią one poważny problem. Stosowanie nowych opioidów syntetycznych (w tym benzimidazoli i pochodnych fentanylu) wiąże się ze wzrostem liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem w krajach bałtyckich. W Estonii znaleziono nowe syntetyczne opioidy w mieszaninach zawierających benzodiazepinę i środek uspokajający dla zwierząt ksylazynę. Połączenia te, znane odpowiednio jako „benzo-dope” i „tranq-dope”, były powiązane ze zgonami spowodowanymi przedawkowaniem w Ameryce Północnej. Wydaje się, że dostępność heroiny utrzymuje się obecnie na wysokim poziomie. Ilość heroiny skonfiskowanej przez państwa członkowskie wzrosła ponad dwukrotnie w 2021 roku do 9,5 tony, podczas gdy Turcja skonfiskowała rekordową ilość 22,2 tony. Prawie cała heroina używana w Europie pochodzi z Afganistanu, gdzie w kwietniu 2022 roku talibowie ogłosili zakaz uprawy maku lekarskiego. Choć jest zbyt wcześnie, by stwierdzić, jak zakaz ten wpłynie na europejski rynek heroiny, istnieją obawy, że jakikolwiek spadek dostępności narkotyku może wiązać się ze wzrostem podaży i popytu na syntetyczne opioidy.

Redakcja

BADANIE STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY



Liczebność respondentów ze względu na województwo.

Strona mlodeglowy.pl prezentuje projekt „MŁODE GŁOWY. Otwarcie o zdrowiu psychicznym”, który obejmuje największe w Polsce badanie stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz kampanię edukacyjną skierowaną do ludzi młodych, ich rodziców i nauczycieli. Celem jest stworzenie i popularyzacja programu profilaktycznego i zwrócenie uwagi na problemy ze zdrowiem psychicznym wśród młodych.

Projekt jest inicjatywą Fundacji UNAWEZA, założonej przez Martynę Wojciechowską. Celem projektu jest zwrócenie uwagi na zdrowie psychiczne młodych ludzi, wskazanie barier, z którymi na co dzień się mierzą i promowanie sięgania po pomoc – jako normalnego zachowania. Projekt ma wesprzeć ludzi młodych, ich rodziców i nauczycieli.

Badanie zostało zrealizowane wspólnie z Fundacją Dbam o Mój Zasięg. Wzięło w nim udział (bez braków danych) 183 063 uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w wieku 10-19 lat zarówno z dużych miast, jak i małych miejscowości z całej Polski.

Obraz dzieci i młodzieży, jaki wyłania się z pozyskanych wyników, to obraz przepełniony samotnością, skrajnie niską samooceną i niskim poczuciem sprawczości. Roboczo autorzy raportu nazwali ten stan „triadą kryzysu psychicznego dzieci i młodzieży”, która przyczynia się między innymi do dramatycznego wzrostu myśli samobójczych wśród młodych ludzi, zachowań samobójczych i podejmowanych zamachów

samobójczych. W dużym uproszczeniu dzieci w kryzysie psychicznym to dzieci przekonane o tym, że nic nie znaczą, niczego nie potrafią i dla nikogo nie są ważne. Obraz ten dopełnia niski poziom zaufania społecznego młodych, brak wiary w skuteczność profesjonalnej pomocy czy wsparcia społecznego i skala doświadczanej przemocy rówieśniczej, domowej oraz doświadczania hejtu.

Na stronie mlodeglowy.pl zamieszczony jest raport z badań i zaproszenie do udziału w programie profilaktycznym „Godzina dla MŁODYCH GŁÓW”, skierowanym do szkół, w wymiarze 8 lekcji w roku szkolnym, realizowanych przez 8 miesięcy.

Strona oferuje również kompendium wiedzy i wsparcia, w podziale na materiały dla młodzieży, rodziców oraz nauczycieli i specjalistów pracujących z młodzieżą, by budować swoje zdrowie psychiczne lub wesprzeć kogoś, kto zmaga się z trudnościami.



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