



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (103) 2023

NR 3

2023

SPIS TREŚCI

Prawo

UMORZENIE POSTĘPOWANIA NA PODSTAWIE ART. 62A USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII. WYBRANE ASPEKTY PRAKTYCZNE

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

Profilaktyka

O PROFILAKTYCE RAZ JESZCZE...

Agnieszka Pisarska..... 6

OSEHERO – NAUCZYCIELE NA STRAŻY CYBERBEZPIECZEŃSTWA

Katarzyna Gańko..... 14

FASD

DIAGNOSTYKA I TERAPIA FASD W POLSCE FINANSOWANA PRZEZ SAMORZĄDY – PRZEGLĄD SYTUACJI

Magdalena Borkowska 17

REGIONALNY PUNKT DIAGNOZY I TERAPII FAS/FASD W LUBLINIE

Justyna Syroka 21

PROFILAKTYKA FASD – WYNIKI PROJEKTU PILOTAŻOWEGO FAR SEAS

Marta Zin-Sędek 27

Leczenie, redukcja szkód

WYZDROWIENIE Z UZALEŻNIENIA BEZ ABSTYNENCJI I „ŻÓŁTE ŚWIATŁO” REDUKCJI SZKÓD

Z Katie Witkiewitz rozmawia Jakub Greń..... 35

Badania, raporty

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE PICIU ALKOHOLU I MAJĄCE WPŁYW NA JEGO OGRANICZENIE WŚRÓD SENIORÓW

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 41

Doniesienia

PUBLIKACJE

Maja Ruszpel..... 47

Internet

Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) III okładka

Szkoła odpowiedzialna cyfrowo IV okładka

Większość spraw o przestępstwa z art. 62 ust. 1 lub 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dotyczy posiadania dwóch środków – marihuany i amfetaminy, przy czym znaczna ich część to sprawy drobne, a nawet niezwykle drobne, dotyczące posiadania bardzo niewielkich ilości przeznaczonych ewidentnie na cele własnej konsumpcji. Wiele spraw, w których chodzi o niewielką ilość środków, w Polsce kończy się wyrokami skazującymi, podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej, nie wiążą się one z ponoszeniem odpowiedzialności karnej.

UMORZENIE POSTĘPOWANIA NA PODSTAWIE ART. 62A USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII. WYBRANE ASPEKTY PRAKTYCZNE

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawniczka

Uwagi ogólne

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹ (dalej: upn) penalizuje szereg zachowań związanych z posiadaniem i obrotem środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi. Każdorazowo okoliczności danej sprawy mają wpływ na to, jaka kara zostanie wymierzona konkretnej osobie. Wskazać należy, że stany faktyczne poszczególnych spraw, które trafiają do sądów (tj. w szczególności miejsce oraz czas popełnienia czynu zabronionego, zachowanie sprawcy, dotychczasowa niekaralność sprawcy), są różne i wówczas mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa. Przykładowo, zgodnie z treścią art. 62 ust. 1 upn, w sytuacji, w której ktoś wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa powyżej, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 62 ust. 2 upn). Jak zatem widać posiadanie znacznej ilości środków odurzających może wpłynąć na wyższy wymiar kary, tj. do lat 10. Są jednak także przepisy, które przewidują karę łagodniejszą. Zgodnie z treścią art. 62 ust. 3 upn, w wypadku mniejszej wagi osobie, która posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe może zostać wymierzona łagodniejsza kara, a mianowicie kara grzywny, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Jak zauważył K. Krajewski, wyniki badań empirycznych wskazują na to, że zdecydowana większość spraw o przestępstwa z art. 62 ust. 1 lub 2 upn dotyczy posiadania dwóch środków – marihuany i amfetaminy, przy czym

znaczna ich część to sprawy drobne, a nawet niezwykle drobne, dotyczące posiadania bardzo niewielkich ilości przeznaczonych ewidentnie na cele własnej konsumpcji². Wiele spraw, w których chodzi o niewielką ilość środków, w Polsce kończy się wyrokami skazującymi, podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej, nie wiążą się one z ponoszeniem odpowiedzialności karnej. Tymczasem w Polsce sprawy te angażują sporą ilość czasu, sił i środków policji, prokuratury i sądów. Równocześnie można mieć zasadnicze wątpliwości co do korzyści, jakie przynoszą one z punktu widzenia zasadniczego celu stosowania represji karnej w obszarze przeciwdziałania narkomanii, tj. redukcji rozmiarów nielegalnej podaży środków odurzających i substancji psychotropowych (redukcja rozmiarów popytu to przede wszystkim, aczkolwiek nie wyłącznie, zadanie profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i readaptacji)³.

Mając na uwadze powyższą argumentację, Ustawą z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i niektórych innych ustaw⁴ dodano przepis art. 62a upn. Przepis ten wprowadza nowe rozwiązanie zagadnienia sposobu postępowania wobec osób dopuszczających się drobnych postaci przestępstwa posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i promowanie adekwatnej i rzetelnej wiedzy na temat instytucji umorzenia postępowania na podstawie art. 62a upn.

Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn

Przepis art. 62a upn stanowi, że jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 upn, są środki odu-

rzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Wprowadzenie możliwości umorzenia postępowania z uwagi na powyższe przesłanki umożliwia odstępowanie w niektórych sytuacjach od ścigania pewnych kategorii przestępstw związanych z posiadaniem narkotyków, w stosunku do których realizacja represji karnej zdaje się nie przynosić wystarczających efektów. Nie służy bowiem ani znaczącej redukcji rozmiarów nielegalnej podaży środków odurzających lub substancji psychotropowych, ani nie wywiera pożądaných efektów w zakresie redukcji popytu na nie (szczególnie w sytuacji, gdy dzisiaj represji karnej wobec takich sprawców rzadko towarzyszy stosowanie odpowiednich środków edukacyjnych, leczniczych itp.). Równocześnie represja ta może przez stygmatyzację takich sprawców wyrządzać niekiedy szkody i zapoczątkować proces ich dalszego popadania w konflikt z prawem, lub proces ten pogłębiać. Wprowadzenie art. 62a upn miało na celu również odciążyć organy ścigania od prowadzenia licznych dochodzeń w sprawach o posiadanie nieznacznych ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych. Stąd też przepis ten daje możliwość wydania decyzji o umorzeniu postępowania nawet jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu postępowania. Jak czytamy na stronach internetowych Sejmu RP ustawodawcy zależy na tym, aby takie sprawy nie przekształcały się w „normalne” postępowanie przygotowawcze⁵. Z tych też względów przepis ten przewiduje możliwość umorzenia postępowania jeszcze przed jego formalnym wszczęciem.

Generalną przesłanką umorzenia postępowania na podstawie art. 62a upn jest niecelowość stosowania wobec pewnej grupy osób posiadających narkotyki represji karnej. Na taką niecelowość przepisu wskazują przesłanki wymienione w art. 62a upn, a mianowicie nieznaczna ilość posiadanego środka oraz posiadanie go na własny użytek. Należy przy tym zaznaczyć, że obie okoliczności są ze sobą ściśle powiązane.

Nieznaczna ilość środka odurzającego lub substancji psychotropowej

Ustawodawca zrezygnował z bliższego definiowania pojęcia nieznacznej ilości środka odurzającego lub substancji

psychotropowej, pozostawiając to znamię znamieniem ocennym, co oznacza, że w przepisach nie znajdziemy definicji określenia „nieznaczna ilość”. Ocenę, czy sprawca posiadał nieznaczną ilość zabronionych substancji, każdorazowo pozostawiono organom ścigania i sądom. Przepis art. 62a upn może zostać zastosowany tylko wtedy, jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 upn, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczonej na użytek sprawcy.

Kryterium ilościowe pojęcia „znaczna ilość” winno być zawsze ocenione przez pryzmat ilości porcji, jakie mogą być przygotowane do bezpośredniego użycia. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Krakowie, nieznaczna ilość narkotyku to ilość niewielka, odpowiadająca doraźnym potrzebom uzależnionego, to jest odczuwanemu współcześnie głodowi narkotycznemu, jedna, dwie porcje, lecz nie ilość od tego większa, choćby zgromadzono ją w przewidywaniu przyszłych potrzeb⁶. W orzecznictwie wskazuje się, że udzielanie (w rozumieniu sprzedaży) środka w postaci marihuany odbywa się z reguły w porcjach 0,5 grama, zaś porcja do bezpośredniego użytku w tzw. fifce wynosi 0,1 grama⁷. W przypadku amfetaminy porcja ma zazwyczaj masę 0,1 grama⁸.

Jak wskazuje się w orzecznictwie sądowym, sposób rozumienia nieznacznej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych jako przesłanki instytucji uregulowanej w art. 62a upn musi jednak uwzględniać nie tylko kryterium ilościowe, odwołujące się do wagi tych substancji, ale również kryterium jakościowe. Przy interpretacji wyrażenia „nieznacznej ilości” jako przesłanki instytucji określonej w art. 62a upn nie należy ograniczać się tylko do wagi środków odurzających i substancji psychotropowych, gdyż należy również uwzględnić stężenie zabezpieczonej substancji, pozwalające ocenić, ile można z niej zrobić jednorazowych dawek tej substancji. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Poznaniu w celu ustalenia znaczenia pojęcia „nieznacznej ilości” środków odurzających lub substancji psychotropowych należy uwzględnić również – oprócz wymienionych kryteriów ilościowego i jakościowego – kryterium proporcji ilości zabezpieczonych substancji do potrzeb sprawcy⁹.

Wyjaśnić należy, że oceniając ilość, należy mieć na uwadze, że nie chodzi o czystą substancję aktywną, ale o całość narkotyku wraz z wypełniaczami, które powszechnie stosowane są w nielegalnym obrocie.

Zdaniem Sądu Najwyższego, środki odurzające czy substancje psychotropowe, będące przedmiotem czarnorynkowego obrotu, z różnych powodów, czy to z uwagi na uwarunkowania technologiczne związane z ich produkcją, co sprawia, że występują w niej różnego rodzaju zanieczyszczenia, czy też poprzez praktykę dodawania tzw. wypełniaczy w celu zwiększenia ich masy i zwielokrotnienia zysków, przedstawiają zróżnicowaną jakość, co nie oznacza, że przedmiotem nielegalnego obrotu nie jest całość tej substancji jako substancji narkotykowej¹⁰.

Okoliczności popełnienia czynu

Jak już wspomniano przesłankami stosowania art. 62a upn są okoliczności przedmiotowe objęte przez dwa określenia: „okoliczności popełnienia czynu” oraz „stopień jego społecznej szkodliwości”. Elementami decydującymi o tym, że okoliczności popełnienia czynu uzasadniają umorzenie postępowania może być przede wszystkim brak wyraźnego zagrożenia dla dóbr prawnych osób trzecich. Inaczej mówiąc, można przyjąć, że na przykład przypadki posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych w szkole czy innych instytucjach edukacyjnych, placówkach oświatowych, jednostkach wojskowych, w czasie imprez sportowych czy innych imprez masowych potencjalnie zawsze takie zagrożenie stwarzają. Dlatego w takich wypadkach stosowanie tego przepisu powinno być wyłączone.

Jak słusznie zauważył Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, posiadanie przez sprawcę części środków lub substancji na własne potrzeby, zaś części z przeznaczeniem dla kogoś innego, powoduje, że nie jest możliwe umorzenie w stosunku do niego postępowania na podstawie art. 62a upn¹¹.

Spółeczna szkodliwość czynu

Spółeczna szkodliwość czynu jest pojęciem zdefiniowanym w art. 115 § 2 kodeksu karnego (dalej: kk)¹². Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.

Tym, co może decydować o przyjęciu, że stopień społecznej szkodliwości czynu uzasadnia skorzystanie z przepisu art. 62a upn, może być przede wszystkim charakter posiadanego środka, tzn. jego szkodliwość. I tak w przypadku posiadania *cannabis*, a więc substancji o mniejszej szkodliwości niż wiele innych środków, w ilościach nieznacznych i okolicznościach niestwarzających w zasadzie zagrożenia dla dóbr prawnych osób trzecich, w zasadzie można domniemywać zasadność umorzenia postępowania na podstawie art. 62 upn¹³. W przypadku innych środków, ze względu na większe zagrożenie, jakie stwarzają one generalnie dla dobra chronionego, jakim jest zdrowie publiczne, zastosowanie tego przepisu powinno wchodzić w grę znacznie rzadziej, co nie oznacza jednak całkowitego wykluczenia takiej możliwości. Podkreślić należy, że przepis art. 62a upn dotyczy tylko sytuacji, w których nie mamy do czynienia ze znikomym stopniem społecznej szkodliwości. W takiej sytuacji czyn nie stanowiłby bowiem w ogóle przestępstwa. Inaczej mówiąc przepis ten ma zastosowanie w sytuacjach, gdy stopień społecznej szkodliwości jest wyższy niż znikomy, ale nie przybiera takiego natężenia, które wykluczałoby przyjęcie, że wymierzenie sprawcy kary uznać można za niecelowe.

Postępowanie w przedmiocie umorzenia postępowania na podstawie art. 62a upn

Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn jest fakultatywne i zależy od każdorazowej oceny prokuratora w konkretnej sprawie, a tym samym od spełnienia dodatkowych przesłanek, poza samą nieznaczną ilością. Brak automatyzmu powinien zagwarantować indywidualne podejście, a tym samym realizację również innych celów prawa karnego w tym obszarze (prewencja generalna, cele terapeutyczne), w tych wypadkach, które na to zasługują. Inaczej mówiąc, przypadki posiadania nieznacznych ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych niespełniające innych przesłanek wskazanych w art. 62a upn ustawy, są nadal kwalifikowane z art. 62 ust. 1 upn lub ewentualnie (przy spełnieniu innych przesłanek) z art. 62 ust. 3 upn. O umorzeniu postępowania na ww. podstawie prokurator może zdecydować także na późniejszym etapie postępowania przygotowawczego. Zależać to będzie przede wszystkim od oceny przez prokuratora zgromadzonego w sprawie

materiału dowodowego. Podkreślić należy, że skutki decyzji o umorzeniu dla sprawcy będą identyczne.

W praktyce funkcjonowania organów ścigania zasadą właściwie jest, że najpierw wydawane jest postanowienie o wszczęciu postępowania przygotowawczego, w trakcie którego prowadzi się niezbyt rozbudowane postępowanie dowodowe. Następnie podejrzanemu przedstawiane są zarzuty i w zależności od jego wyjaśnień prokurator podejmuje decyzję w przedmiocie umorzenia postępowania na podstawie art. 62a upn.

Wskazać należy, że o umorzeniu postępowania na podstawie art. 62a upn może zdecydować również sąd w sytuacji, gdy prokurator uznał, że brak jest podstaw do umorzenia postępowania. Sąd nie jest związany oceną prokuratora i może umorzyć postępowanie na podstawie art. 62a upn na posiedzeniu, o ile uzna, że są spełnione przesłanki pozwalające na podjęcie takiej decyzji. Nie jest również wykluczona sytuacja, iż sąd – po przeprowadzeniu rozprawy – umorzy postępowanie na podstawie art. 62a upn. Podobnie, jak w przypadku prokuratora, decyzja sądu w tym zakresie ma charakter fakultatywny. Na marginesie wskazać należy, że decyzje sądu o umorzeniu postępowania na podstawie art. 62a upn podlegają zaskarżeniu i niejednokrotnie prokurator składa zażalenie na to rozstrzygnięcie.

Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn vs. warunkowe umorzenie postępowania na podstawie art. 66 kodeksu karnego

Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn stanowi niewątpliwie interesującą alternatywę dla warunkowego umorzenia postępowania. To ostatnie rozwiązanie przewidziane jest w art. 66 i 67 kodeksu karnego¹⁴. Do najważniejszych różnic tych dwóch instytucji należy:

1. o warunkowym umorzeniu postępowania decyduje sąd, wydając wyrok, zaś o umorzeniu postępowania na podstawie art. 62a upn może zdecydować prokurator już na samym początku postępowania, a nawet przed jego formalnym wszczęciem;
2. warunkowe umorzenie postępowania wiąże się obligatoryjnie z określeniem okresu, na jaki następuje to umorzenie (od roku do lat 3), co *de facto* oznacza poddanie sprawcy próbie; umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn nie wiąże się z podda-

niem sprawcy okresowi próby (tzw. umorzenie bezwarunkowe);

3. w przypadku warunkowego umorzenia postępowania, w przypadku spełnienia określonych przesłanek, sąd może podjąć to postępowanie, co oznacza, że w wyniku rozpoznania sprawy sprawcy może zostać wymierzona kara przewidziana w art. 62 ust. 1 lub 3 kk; umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn kończy postępowanie w sprawie o posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych, a organy ścigania nie mają możliwości wznowienia tego postępowania;
4. wyrok warunkowo umarzający postępowanie obala domniemanie niewinności, zaś umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn nie wywiera takiego skutku;
5. wyrok warunkowo umarzający postępowanie jest odnotowywany w Krajowym Rejestrze Karnym, zaś informacja o umorzeniu postępowania na podstawie art. 62a upn nie jest w nim umieszczana.

Zagadnienia dodatkowe

W nawiązaniu do omawianej problematyki wskazać należy na dwie kwestie związane z umorzeniem postępowania na podstawie art. 62a upn.

Po pierwsze, z reguły podczas zatrzymania osoby podejrzewanej o posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych funkcjonariusze policji ujawniają ww. substancje niedozwolone. Są one przez nich zabezpieczane, a następnie stanowią dowód w sprawie. Po umorzeniu postępowania na podstawie art. 62a upn zachodzi konieczność rozstrzygnięcia, co zrobić z tymi substancjami. Stosownie do treści art. 70 ust. 2 upn w razie skazania za przestępstwo określone w art. 62 lub w art. 62b oraz w razie umorzenia lub warunkowego umorzenia postępowania karnego orzeka się przepadek środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psychoaktywnej, nawet jeżeli nie były własnością sprawcy. Sąd, orzekając przepadek przedmiotów, może zarządzić ich zniszczenie. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół. Stosowny wniosek o orzeczenie przepadku prokurator składa do sądu, który następnie orzeka przepadek substancji psychotropowej lub środka odurzającego na rzecz Skarbu Państwa oraz nakazuje ich zniszczenie. Postanowienie o orzeczeniu przepadku powinno

zostać doręczone osobie, przy której zabezpieczono ww. substancje.

Drugą kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, omawiając umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn, jest brak konieczności orzekania obowiązku uiszczenia przez sprawcę nawiązki na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym i Pomocy Postpenitencjarnej. Zgodnie z treścią przepisu art. 70 ust. 4a upn w razie skazania sprawcy m.in. za przestępstwo określone art. 62 ust. 1 lub 2 upn sąd orzeka świadczenie pieniężne wymienione w art. 39 pkt 7 Kodeksu karnego na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym i Pomocy Postpenitencjarnej w wysokości co najmniej 1000 złotych, do wysokości 60 000 złotych. Przepis ten, dodany Ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw¹⁵, obowiązuje od 1 stycznia 2023 roku. W przepisie tym zawarto wyraźne odwołanie do skazania sprawcy, a więc wydania przez sąd wyroku skazującego. Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a upn – nawet jeżeli następuje na etapie postępowania sądowego – nie jest skazaniem sprawcy, a tym samym brak jest podstaw do orzekania obowiązku uiszczenia nawiązki na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym i Pomocy Postpenitencjarnej.

Uwagi końcowe

Posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych jest wciąż zabronione, a wprowadzenie możliwości umorzenia postępowania z uwagi na przesłanki z art. 62a upn, które zostały opisane w niniejszym opracowaniu, umożliwiło odstąpienie w określonych przez ustawodawcę sytuacjach od ścigania pewnych kategorii przestępstw związanych z posiadaniem narkotyków. Za pozytywne należy uznać rozwiązanie, w którym to prokurator lub sąd mogą podjąć decyzję o zaniechaniu ukarania sprawcy i umorzeniu postępowania, mając na uwadze m.in. okoliczności konkretnego przypadku oraz postawę sprawcy. Należy również zauważyć, że wprowadzenie przepisu art. 62a upn może skutkować częstszym umarzaniem postępowań w bardzo drobnych sprawach związanych z posiadaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych, co w konsekwencji wydaje się, że może doprowadzić do odciążenia organów ścigania i sądów.

Przypisy

- ¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 172 ze zm.
- ² Por. K. Krajewski, „Przestępstwo posiadania narkotyków w świetle badań aktowych”, Państwo i Prawo nr 9/2008, s. 31-45, oraz K. Krajewski, „Przestępstwo posiadania narkotyków oraz środków stosowane wobec jego sprawców w świetle badań aktowych”, Alkoholizm i Narkomania t. 21 (2008), z. 3, s. 221-234.
- ³ Por. uzasadnienie Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (<https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3420>; dostęp: 11.09.2023).
- ⁴ Dz.U. z 2011 r., nr 117, poz. 678.
- ⁵ Por. uzasadnienie Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, s. 11-12 (<https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3420>; dostęp: 11.09.2023).
- ⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 4 października 2000 r. sygn. akt II AKA 161/00, Legalis nr 49075.
- ⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 22 stycznia 2008 r., sygn. akt II AKA 300/07, Legalis nr 112211.
- ⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 października 2000 r., sygn. akt II AKA 124/00, Legalis nr 89076.
- ⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 23 lutego 2023 r., sygn. akt II AKA 247/16, Legalis nr 1712615.
- ¹⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2017 r., sygn. akt III KK 261/17, Legalis nr 1704946; por. także W. Zontek [w:] „Komentarz do wybranych przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii” [w:] „Przestępstwa narkotykowe i dopalacze. Komentarz”, red. W. Górski, D. Zajac, Kraków, art. 62(a), art. 62(b).
- ¹¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 5 grudnia 2018 r., sygn. akt II AKA 270/18, Legalis nr 2243165; tożsame stanowisko prezentowane jest w doktrynie – por. P. Gensikowski, „Materialnoprawne ujęcie przesłanek instytucji przewidzianej w art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”, Prok. i Pr. 2015/10, s. 101.
- ¹² Ustawa z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2022, poz. 1138 ze zm.).
- ¹³ Por. uzasadnienie Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, s. 13 (<https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3420>; dostęp: 11.09.2023).
- ¹⁴ Zgodnie z treścią art. 66 kk sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy niekaranego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa. Warunkowe umorzenie nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Ponadto zgodnie z treścią art. 67 kk warunkowe umorzenie następuje na okres próby, który wynosi od roku do 3 lat i biegnie od uprawomocnienia się orzeczenia. Umarzając warunkowo postępowanie karne, sąd może w okresie próby oddać sprawcę pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym. Umarzając warunkowo postępowanie karne, sąd nakłada na sprawcę obowiązek naprawienia szkody w całości albo w części, a w miarę możliwości również obowiązek zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, albo zamiast tych obowiązków orzeka nawiązkę. Ponadto sąd może nałożyć na sprawcę następujące obowiązki: a) informowanie sądu lub kuratora o przebiegu okresu próby, b) przeproszenie pokrzywdzonego, c) wykonywanie ciężącego na nim obowiązkułożenia na utrzymanie innej osoby, d) powstrzymanie się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, e) poddanie się terapii uzależnień, f) poddanie się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, g) uczestnictwo w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, h) powstrzymanie się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób, i) opuszczenie lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym, j) zakaz prowadzenia pojazdów.
- ¹⁵ Dz.U. z 2022 r., poz. 1855 ze zm.

W artykule omówione zostaną wybrane aspekty profilaktyki odwołujące się do podstaw naukowych. Jego celem jest przybliżenie wiedzy dotyczącej problematyki podejmowanej w programach profilaktycznych oraz skutecznych strategii i metod oddziaływań profilaktycznych.

O PROFILAKTYCE RAZ JESZCZE...

Agnieszka Pisarska

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Profilaktyka, obok edukacji zdrowotnej, jest jednym z elementów działań z zakresu zdrowia publicznego ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z zachowań ryzykownych (Mrazek i Haggerty, 1994). Edukacja publiczna definiowana jest jako „zaplanowane różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskiwaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania (ochrony), utrzymania i doskonalenia/umacniania zdrowia własnego i innych ludzi” (Woynarowska, 2010, s. 96). Programy profilaktyczne zawierają elementy edukacji dotyczącej zachowań sprzyjających bądź niesprzyjających zdrowiu, jednak istotą profilaktyki jest ograniczanie negatywnego wpływu czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących (Ostaszewski, 2016). Profilaktyka wykracza więc daleko poza przekaz wiedzy.

Na jakie problemy powinny być ukierunkowane programy profilaktyczne?

Przedmiotem działań profilaktycznych mogą być zachowania ryzykowne, zaburzenia zdrowia psychicznego, a także problemy związane ze stylem życia dzieci i młodzieży. Zachowania ryzykowne są przedmiotem uzasadnionej troski ze strony dorosłych, ponieważ stanowią zagrożenie dla zdrowia i bezpie-

czeństwa, a także prawidłowego rozwoju dorastających. Do zachowań ryzykownych należy niewątpliwie sięganie po substancje psychoaktywne, przedwczesna aktywność seksualna, agresja, stosowanie przemocy

i cyberprzemocy, zaniedbywanie obowiązków szkolnych oraz mniej lub bardziej poważne wykroczenia wobec prawa, a także nadmierne korzystanie z urządzeń cyfrowych. Obok zachowań ryzykownych poważnymi problemami, z jakimi mogą borykać się młodzi ludzie, są zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym depresja oraz zachowania samobójcze. Istotnym zagrożeniem jest także niezdrowa dieta i brak ruchu, które mogą prowadzić do otyłości i innych problemów zdrowotnych. Poniżej zaprezentowano wyniki badań dotyczących wybranych

problemów spośród wyżej wymienionych.

Substancje psychoaktywne

Substancje psychoaktywne, których młodzi ludzie używają najczęściej, to alkohol i tytoń. Międzynarodowe badania Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), prowadzone także w Polsce potwierdzają, że po alkohol sięgają już dzieci w wieku 11-12 lat (Kowalewska, 2018). Inne międzynarodowe badania The European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) wskazują z kolei, że spośród polskich 17-18-latków zdecydowana większość (ponad 90%) ma już za sobą inicjację w picie alkoholu. Większość młodzieży szkolnej w tym wieku (ponad 65%) ma także

Oddziaływania profilaktyczne ukierunkowane na młodzież w okresie adolescencji obejmują programy adresowane do nastolatków, szkoły, rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego. Wśród nich ważne są m.in. programy rozwijania umiejętności rodziców, programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych młodzieży, kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu młodzieży.

doświadczenia z paleniem tytoniu. Rozpowszechnienie substancji nielegalnych jest znacznie mniejsze, przy czym młodzież najczęściej sięga po przetwory konopi, czyli po marihuanę i haszysz. Stosunkowo niewielu młodych ludzi potwierdza doświadczenia z innymi narkotykami, takimi jak amfetamina, kokaina, heroina czy LSD, a także nowe substancje psychoaktywne (NSP), nazywane inaczej „dopalaczami” (Sierosławski, 2019).

Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych

Korzystanie przez dzieci i młodzież z komputera, smartfona oraz internetu postrzegane jest jako coraz większy problem – szczególnie w kontekście gwałtownego rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym tzw. sztucznej inteligencji. Smartfony i komputery to codzienność młodych ludzi, ale nadal brakuje kryteriów, które pozwalałyby w miarę precyzyjnie ustalić, kiedy korzystanie z internetu stało się już problemem. Jak wskazują badania EU Kids, zdecydowana większość dzieci i młodzieży (82,5%) codziennie łączy się z internetem za pomocą smartfona/telefonu komórkowego. Nie oznacza to jednak, że problemowe używanie internetu jest powszechne, bowiem również zdecydowana większość uczestników tych badań (82,4%) nie potwierdziła codziennego lub prawie codziennego doświadczania któregośkolwiek z siedmiu mierzonych symptomów problemowego korzystania z internetu. Z drugiej strony twórcze wykorzystywanie informacji dostępnych w internecie jest wśród młodzieży zjawiskiem marginalnym (Pyżalski i wsp., 2019).

Doświadczanie problemów zdrowia psychicznego

Problemem, który ostatnio przykuwa uwagę opinii publicznej, jest kondycja psychiczna młodzieży. Istotnie, w prowadzonych od wielu lat w Warszawie, lokalnych *badaniach mokotowskich* obserwowany jest wzrost rozpowszechnienia wśród młodych ludzi symptomów wskazujących na zaburzenia zdrowia psychicznego (Bobrowski i wsp., 2021). Badania HBSC wskazują natomiast, że ogólnie dobre samopoczucie psychiczne deklarowane przez 11-letnią młodzież pogarsza się wraz z wiekiem, przy czym na pogor-

szanie dobrostanu psychicznego bardziej narażone są dziewczęta niż chłopcy. Wynik ten jest szczególnie niepokojący ze względu na niski poziom spostrzeganego przez nastolatków wsparcia społecznego¹. Warto też podkreślić, że problemy zdrowia psychicznego mogą współwystępować z zachowaniami ryzykownymi, np. używanie substancji psychoaktywnych jest istotnym czynnikiem sprzyjającym zachowaniom samobójczym (Epstein i Spirito, 2009).

Zachowania ryzykowne wśród młodzieży z placówek MOS i MOW

Przytaczane powyżej dane pochodzą z badań prowadzonych wśród młodzieży uczęszczającej do szkół ogólnodostępnych. Problemy, o których tu mowa, są jednak znacznie bardziej nasilone wśród młodzieży przebywającej w placówkach przeznaczonych dla młodych ludzi, którzy ze względu na doświadczane trudności „wypadli” z systemu ogólnodostępnej edukacji. Badania zrealizowane w 2018 roku w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii (MOS) oraz młodzieżowych ośrodkach wychowawczych (MOW) wskazują bowiem, że odsetki podopiecznych tych ośrodków, którzy palą tytoń, upijają się oraz sięgają po substancje nielegalne są kilkakrotnie wyższe niż w przypadku młodzieży ze szkół ogólnodostępnych (Greń i Pisarska, 2020, 2021). Wyniki te nie są rzecz jasna zaskakujące – podopieczni trafiają do tych placówek między innymi z powodu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Młodzież z MOS/MOW w znacznie większym stopniu doświadcza także problemów zdrowia psychicznego. Wskazują na to dane dotyczące podejmowanych prób samobójczych, które w perspektywie całego życia potwierdziło 60% dziewcząt i 40% chłopców przebywających w tych placówkach.

Jakie programy i strategie przynoszą oczekiwane rezultaty oraz jakie metody warto uwzględnić w oddziaływaniach profilaktycznych?

Odpowiedź na te pytania można znaleźć w publikacjach Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC, 2015, 2018; Ostaszewski, 2016). Opracowane przez ekspertów UNODC Między-

narodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych powstały na bazie wyników badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych. Wiedza na temat skutecznych oddziaływań została pogrupowana ze względu na fazy rozwojowe, od okresu prenatalnego i niemowlęstwa do wczesnej dorosłości. W każdej z tych faz pojawiają się bowiem specyficzne zagrożenia (czynniki ryzyka), które wymagają odpowiedniej interwencji profilaktycznej (Ostaszewski, 2016). Każdy z rodzajów oddziaływań profilaktycznych został opatrzony informacją o zgromadzonych dotąd dowodach naukowych dotyczących ich skuteczności. Zastosowano przy tym skalę z następującymi oznaczeniami jakości i wiarygodności tych dowodów: 1 gwiazdka – „ograniczona”, 2 gwiazdki – „odpowiednia” 3 gwiazdki – „dobra”, 4 gwiazdki – „bardzo dobra”, 5 gwiazdek – „doskonała” (Europejski Program Profilaktyki, 2022). W omawianej publikacji zamieszczono też informację, czy dany rodzaj oddziaływań to profilaktyka uniwersalna, czyli działania adresowane do wszystkich młodych odbiorców, selektywna – przeznaczona do dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka czy wskazująca – tj. adresowana do tych, u których można już zaobserwować symptomy problemów. Podsumowanie ustaleń ekspertów UNODC znajduje się w tabeli 1.

Okres prenatalny i niemowlęstwo

Używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży i związane z tym problemy stanowią bardzo poważne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dziecka w okresie prenatalnym, a także w fazach późniejszych. Przeciwdziałanie tym zagrożeniom polega więc na udzielaniu pomocy młodym kobietom z grup ryzyka. Skuteczne strategie i programy obejmują **wizyty domowe, których celem jest wspieranie i edukowanie kobiet w ciąży i młodych matek** w zakresie zaspokajania potrzeb dziecka, a także pomoc w zabezpieczaniu istotnych kwestii życiowych rodziny, np. dostępu do opieki zdrowotnej, mieszkania, zatrudnienia. Pomocne są także profesjonalnie prowadzone **oddziaływania terapeutyczne/interwencje wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. I choć dowody na skuteczność takich interwencji są ograniczone, to wiadomo, że mogą przynosić efekty pod warunkiem dostosowa-

nia oddziaływań do potrzeb klientki, uwzględniania współwystępujących zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego oraz włączenia do **programu rozwijania umiejętności rodzicielskich**.

Okres przedszkolny

Tak jak w przypadku oddziaływań w fazie prenatalnej i niemowlęctwie, profilaktyka w okresie przedszkolnym skoncentrowana jest na dzieciach z grup podwyższonego ryzyka rozwoju rozmaitych zaburzeń będących następstwem nieprawidłowych praktyk rodzicielskich oraz problemów doświadczanych przez rodziny, np. przemocy czy nadużywania substancji psychoaktywnych. Badania wskazują bowiem, że **edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych**, a także umiejętności językowych dzieci z grup ryzyka, jest skuteczną metodą przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym w przyszłości (UNODC, 2018).

Okres wczesnoszkolny

Odbiorcami programów profilaktycznych ukierunkowanych na wspieranie prawidłowego rozwoju dzieci w wieku wczesnoszkolnym są same dzieci, ich rodzice, a także nauczyciele i całe środowisko szkolne.

Programy rozwijania umiejętności rodziców. Skuteczne programy adresowane do rodziców dzieci w wieku wczesnoszkolnym ukierunkowane są na doskonalenie wiedzy i umiejętności, które sprzyjają budowaniu pozytywnych relacji i podtrzymywaniu więzi z dorastającym dzieckiem. Ważnym elementem tych programów jest także rozwijanie umiejętności, które pozwalają wspierać rozwój, a także chronić dzieci przed zagrożeniami. Przykładem jest tu umiejętność monitorowania, w jaki sposób syn czy córka spędza czas wolny oraz ustalania reguł zachowania i egzekwowania zasad bez stosowania przemocy. Istotnym aspektem skutecznych programów jest także uwrażliwianie rodziców na ich znaczenie jako wzorów pozytywnych postaw i zachowań.

Rozwijanie umiejętności psychospołecznych dzieci. Dysponowanie umiejętnościami, które pomagają dzieciom i młodzieży w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życia codziennego w zdrowy i bezpieczny sposób, określany jest jako „metaczynniki chroniący”,

ponieważ ogranicza wpływ wielu czynników sprzyjających zachowaniom ryzykownym i problemom zdrowia psychicznego (Ostaszewski, 2016). Oddziaływania przeznaczone dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym polegają na kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności pomocnych w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami i innymi osobami z najbliższego środowiska społecznego, rozpoznawania i kierowania emocjami czy radzeniu sobie ze stresem. Tematyka substancji psychoaktywnych zazwyczaj nie jest uwzględniana, jeśli taki problem nie pojawił się jeszcze w najbliższym otoczeniu dzieci.

Programy poprawy jakości edukacji szkolnej i klimatu szkoły. Pozytywny klimat społeczny szkoły, czyli taki, który charakteryzuje się dobrymi relacjami pomiędzy uczniami i nauczycielami, wspierającym stylem kształcenia i wychowania oraz poczuciem bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego uczniów w szkole, jest ważnym czynnikiem chroniącym na każdym etapie edukacji dzieci i młodzieży. Przeciwdziała bowiem podejmowaniu zachowań ryzykownych oraz sprzyja zaangażowaniu i dobremu wynikowi w nauce. Istotnym warunkiem kształtowania pozytywnego klimatu szkoły jest więc doskonalenie kompetencji nauczycieli, w tym efektywnego kierowania klasą i doskonalenia umiejętności psychospołecznych uczniów. Do dzieci w wieku wczesnoszkolnym adresowane są też rozwiązania z zakresu **polityki, której celem jest ułatwienie tym dzieciom ukończenia szkoły**. Działania polegają tu na budowaniu nowych szkół, oferowaniu w szkole bezpłatnych posiłków, a także warunkowym wsparciu finansowym dla rodzin, co oznacza otrzymywanie pieniędzy, ale pod warunkiem, że dziecko chodzi do szkoły.

Adolescencja

Oddziaływania profilaktyczne ukierunkowane na młodzież w okresie adolescencji obejmują programy adresowane do nastolatków, szkoły, rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego.

Programy rozwijania umiejętności rodziców. Zakres tematyczny programów adresowanych do rodziców młodzieży w okresie wczesnej adolescencji jest zbliżony do treści programów dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Dodatkowo, elementem programów dla rodziców nastolatków jest przekazywanie wiedzy o substancjach

psychoaktywnych i sygnałach ostrzegawczych wskazujących na ich używanie przez młodzież.

Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych. Oddziaływania adresowane do adolescentów ukierunkowane są na doskonalenie umiejętności życiowych, które sprzyjają realizacji zadań właściwych dla tej fazy rozwoju. Do takich umiejętności należy, między innymi, umiejętność radzenia sobie z trudnościami i wyzwaniami okresu dorastania, ustalania celów życiowych oraz podejmowania odpowiedzialnych decyzji i asertywnego radzenia sobie z presją skłaniającą do sięgania po substancje psychoaktywne czy wikłania się w inne zachowania ryzykowne. W tym kontekście bardzo istotna jest **edukacja normatywna**, która polega na wzmacnianiu subiektywnych norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych (czy innym zachowaniom ryzykownym) poprzez korygowanie błędnych przekonań normatywnych dotyczących stopnia rozpowszechnienia oraz społecznej aprobaty dla używania tych substancji. Elementem programów profilaktycznych dla młodzieży jest także przekazywanie wiedzy dotyczącej bezpośrednich konsekwencji używania substancji psychoaktywnych oraz ryzyka związanego z sięganiem po te substancje.

Kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu. Kultura szkoły definiowana jest jako „podstawowe założenia, normy, wartości i przekonania podzielane przez członków społeczności szkolnej, tj. uczniów, nauczycieli i rodziców” (Ostaszewski, 2016). Elementem kultury, która chroni młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, są jasno sformułowane i konsekwentnie egzekwowane zasady przeciwne używaniu w szkole substancji psychoaktywnych, stosowaniu przemocy czy innym zachowaniom niezgodnym z normami życia społecznego. Ważne jest jednak, aby konsekwencje za łamanie tych zasad były połączone z udzielaniem wsparcia oraz pomocy specjalistycznej dla uczniów doświadczających problemów, np. kierowanie na konsultacje, zajęcia wyrównawcze czy terapię. Przyjazna kultura pomaga w budowaniu więzi ze szkołą, łączy się więc z pozytywnym klimatem społecznym placówki. Skuteczności programów kształtowania kultury szkoły sprzyja włączanie do prac nad ich przygotowaniem uczniów, rodziców, nauczycieli i innych pracowników. Istotne jest, by szkoła była miejscem wolnym od substancji

Tabela 1. Zestawienie skutecznych programów i rozwiązań z zakresu polityki ukierunkowanych na zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych.

	Okres prenatalny i niemowlęstwo	Okres przedszkolny (2-5 lat)	Okres weczesnoszkolny (6-10 lat-)
Rodzina	<i>Profilaktyka selektywna</i> Wizyty domowe u kobiet w ciąży i młodych matek z grupy ryzyka**		<i>Profilaktyka uniwersalna i selektywna</i> Programy rozwijania umiejętności rodziców****
	<i>Profilaktyka selektywna</i> Interwencje wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych *		
Przedszkole/szkola		<i>Profilaktyka selektywna</i> Edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych dzieci****	<i>Profilaktyka uniwersalna</i> Programy rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci***
			<i>Profilaktyka uniwersalna</i> Programy poprawy jakości edukacji szkolnej i klimatu szkoły***
			<i>Profilaktyka selektywna</i> Polityka ułatwiająca dzieciom ukończenie szkoły**
Społeczność lokalna			
	<i>Profilaktyka uniwersalna i selektywna</i> Wieloskładnikowe programy profilaktyczne realizowane w społeczności lokalnej***		
Ochrona zdrowia			

Skala oznaczenia jakości i wiarygodności uzyskanych dowodów: 1 gwiazdka – „ograniczona”, 2 gwiazdki – „odpowiednia”, 3 gwiazdki – „dobra”, 4 gwiazdki – „bardzo dobra”, 5 gwiazdek – „doskonała”.

Źródło: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

Ostaszewski K., „Standardy profilaktyki”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2016.

	Wczesna adolescencja (11-15 lat)	Adolescencja (16-19 lat)	Dorosłość (20 lat i więcej)
Rodzina	Profilaktyka uniwersalna i selektywna Programy rozwijania umiejętności rodziców****		
Przedszkole/ szkoła	Profilaktyka uniwersalna i wskazująca Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności życiowych***		
	Profilaktyka uniwersalna Kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu**		
	Profilaktyka wskazująca Programy dla uczniów o zwiększonej podatności na zachowania ryzykowne**		
Społeczność lokalna	Profilaktyka uniwersalna Polityka ograniczania dostępu do legalnych substancji psychoaktywnych*****		
	Profilaktyka uniwersalna i selektywna Wieloskładnikowe programy profilaktyczne realizowane w społeczności lokalnej***		
	Profilaktyka uniwersalna i selektywna Kampanie medialne*		
	Profilaktyka selektywna Programy wspierania młodzieży z grup ryzyka (mentoring)*		
		Profilaktyka uniwersalna Minimalizowanie szkód w miejscach zabawy i rekreacji**	
Ochrona zdrowia	Profilaktyka wskazująca Krótkie interwencje profilaktyczne****		

psychoaktywnych, zasada ta powinna obowiązywać wszystkich, także dorosłych.

Programy dla uczniów o zwiększonej podatności na zachowania ryzykowne. Podopieczni MOS i MOW bez wątpienia stanowią grupę podwyższonego ryzyka. Znaczna część podejmuje już zachowania ryzykowne i doświadcza poważnych problemów zdrowia psychicznego. Z tego względu ta młodzież powinna być obejmowana intensywnymi oddziaływaniami profilaktycznymi i terapeutycznymi. Dowody naukowe zgromadzone przez ekspertów UNODC wskazują, że w przypadku tej grupy odbiorców skuteczne mogą być programy ukierunkowane na zwiększanie osobistych kompetencji, w tym umiejętności samokontroli, krótkie interwencje profilaktyczne, a także długoterminowe programy udzielania wsparcia przez dorosłych mentorów.

Kampanie medialne. Profilaktyka z wykorzystaniem mediów pozwala szybko objąć oddziaływaniami stosunkowo dużą grupę odbiorców. Badania nad skutecznością kampanii medialnych w zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych przyniosły jednak, jak dotąd, mieszane rezultaty. Pozytywne efekty odnotowano w przypadku kampanii skoncentrowanych na paleniu tytoniu połączonych z innymi oddziaływaniami profilaktycznymi.

Programy wspierania młodzieży z grup ryzyka (mentoring). Programy oparte na mentoringu adresowane są do nastolatków dorastających w rodzinach borykających się z problemami. Wiadomo bowiem z badań, że posiadanie mentora jest dla tej młodzieży istotnym czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Mentor to osoba, która służy młodemu człowiekowi pomocą, wsparciem emocjonalnym oraz praktycznym (np. w nauce szkolnej), a także poradami oraz informacjami, które pomagają nastolatkowi lepiej rozumieć siebie. Dowody na skuteczność programów opartych na mentoringu są ograniczone, wiadomo jednak, że ważne jest odpowiednie przeszkolenie wolontariusza pełniącego rolę mentora i udzielanie mu wsparcia w trakcie realizacji działań, zaś program współpracy mentora z młodym człowiekiem powinien być ustrukturalizowany i zaplanowany.

Młodzi dorośli

Polityka ograniczania dostępu do legalnych substancji psychoaktywnych. Rozwiązania z zakresu

polityki wobec substancji psychoaktywnych adresowane są głównie do młodzieży i osób dorosłych. Działania polegają na podwyższaniu cen napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych oraz ograniczaniu liczby punktów sprzedaży i skracaniu czasu pracy miejsc, w których można kupić te produkty. Działania ukierunkowane na młodych ludzi obejmują podwyższanie wieku uprawniającego do legalnego zakupu alkoholu czy wyrobów tytoniowych oraz skuteczne egzekwowanie przyjętych przepisów, a także zakaz reklamy napojów alkoholowych kierowanej do dzieci i młodzieży. Warto podkreślić, że rozwiązania z zakresu polityki legitymują się doskonałymi dowodami skuteczności.

Minimalizowanie szkód w miejscach zabawy i rekreacji. Adresatami oddziaływań ukierunkowanych na minimalizowanie czy ograniczanie szkód w miejscach rekreacji są wszyscy uczestnicy. Kluby, bary, puby czy dyskoteki, a także festiwale i temu podobne wydarzenia sprzyjają bowiem kontaktom towarzyskim, ale zarazem charakter oferowanych tam rozrywek może zachęcać do zachowań ryzykownych. Z tego względu ważne jest konsekwentne egzekwowanie przepisów prawa ograniczającego dostęp do substancji psychoaktywnych. Elementem oddziaływań może być więc włączanie do współpracy przedstawicieli policji. Programy minimalizowania szkód obejmują ponadto szkolenia w zakresie odpowiedzialnej sprzedaży alkoholu czy tytoniu oraz postępowania z osobami w stanie upojenia lub poważnego zatrucia, a także konsultacje i wsparcie fachowe dla personelu. Ważną częścią takich programów są też działania prowadzone przez partyworkerów, którzy zajmują się edukacją oraz poradnictwem, przeznaczonym dla młodych bywalców miejsc rozrywek.

Krótkie interwencje profilaktyczne. Interwencje profilaktyczne przeznaczone są dla okazjonalnych lub problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych. Celem jest powstrzymanie tych osób przed dalszym używaniem tych substancji, a w konsekwencji pogłębianie problemu. Metoda krótkiej interwencji polega na motywowaniu do zmiany zachowania poprzez udzielenie informacji oraz rady, ewentualnie sporządzenie umowy, w której młody człowiek zobowiązuje się do zaprzestania bądź ograniczenia używania substancji psychoaktywnych. Podstawą rozmów interwencyjnych jest przy tym wykorzystywanie technik komunikacyjnych sprzyjających nawiązaniu

kontaktu z młodym człowiekiem, który niekoniecznie ma motywację, by zmienić swoje zachowanie. Interwencje profilaktyczne mogą być prowadzone przez lekarzy, psychologów oraz przez pedagogów szkolnych i nauczycieli. W przypadku interwencji prowadzonych w szkołach istotne jest łączenie pracy z uczniem sięgającym po substancje psychoaktywne ze zorganizowanymi i ustrukturalizowanymi zajęciami profilaktycznymi dla pozostałych uczniów. Nauczyciele i pedagodzy powinni także opracować i konsekwentnie wdrażać procedury postępowania w przypadku łamania przez uczniów zasady abstynencji, ponieważ sprzyja to ograniczaniu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w szkole.

Wszyscy odbiorcy profilaktyki

Wieloskładnikowe programy profilaktyczne realizowane w społeczności lokalnej. Wieloskładnikowe programy w społeczności lokalnej adresowane są do wszystkich mieszkańców i mogą obejmować wszystkie rodzaje opisanych powyżej programów oraz rozwiązań z zakresu polityki. Przygotowanie i realizacja tego rodzaju programów powinna być poprzedzona diagnozą potrzeb i zasobów, tak by oddziaływania były jak najlepiej dostosowane do specyfiki danej społeczności. Przede wszystkim jednak wdrażanie programów profilaktycznych w środowiskach lokalnych wymaga koordynacji i współpracy pomiędzy wszystkimi instytucjami i organizacjami, które mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne. Z tego względu niezbędne jest utworzenie koalicji osób zainteresowanych wdrażaniem programu oraz zapewnienie stałego wsparcia dla profilaktyki w postaci funduszy i szkoleń czy innych zasobów. Warto także zaprosić do współpracy specjalistów w zakresie ewaluacji, ponieważ udokumentowanie skuteczności – a przynajmniej pozytywnego odbioru przez uczestników adresowanych do nich oddziaływań – jest obecnie jednym z podstawowych wymogów w profilaktyce.

Artykuł przygotowano w ramach realizacji zadania: „Promocja standardów jakości w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych zaadresowanej do dzieci i młodzieży wraz z Systemem Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego w placówkach realizujących programy profilaktyki

uniwersalnej oraz w samorządach gminnych”. Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Przypisy

¹ <https://imid.med.pl/pl/aktualnosci/jakie-sa-polskie-nastolatki-raport-hbsc-2020>

Bibliografia

- Bobrowski K., Ostaszewski K., Pisarska A. (2021), „Zdrowie psychiczne warszawskich gimnazjalistów. Badania mokotowskie 2004–2016”, *Psychiatria Polska*, 55(1), 127-143.
- Epstein J.A., Spirito A. (2009), „Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students”, *Suicide Life Threat Behav*, 39(3):241-51. doi: 10.1521/suli.2009.39.3.241.
- „Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych”, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2022.
- Greń J., Pisarska A. (2020), „Używanie narkotyków przez podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych”, *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 3(91), s. 24-29.
- Greń J., Pisarska A. (2021), „Picie alkoholu wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków socjoterapii i wychowawczych oraz związane z tym problemy”, *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 4(96), s. 28-33.
- International Standards on Drug Use Prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, 2015.
- International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Kowalewska A. (2018), „Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany [w:] Mazur J., Małkowska-Szkućnik A. *Zdrowie uczniów na tle nowego modelu badań HBCS*”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2018.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (red.), *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington (DC): National Academies Press (US) 1994.
- Ostaszewski K. „Standardy profilaktyki”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, 2016.
- Pyżalski J., Zdrodowska A., Tomczyk Ł., Abramczuk K., „Polskie badanie EU Kids Online 2018. Najważniejsze wyniki i wnioski”, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2019.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.”, <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD%202019%20POLSKA-rev.pdf>.
- Wojnarowska B., „Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej (w:) Wojnarowska B. (red.), „Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka”, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa, 2017.

Wraz z początkiem roku szkolnego rozpoczęła się rejestracja do wyjątkowego projektu dla nauczycieli: OSEhero. Na czym polega projekt? Kto może do niego dołączyć i dlaczego warto to zrobić? Jakie zadanie trzeba wykonać, żeby zdobyć tytuł i certyfikat? Poznajcie OSEhero z bliska!

OSEHERO – NAUCZYCIELE NA STRAŻY CYBERBEZPIECZEŃSTWA

Katarzyna Gańko

*Dział Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego
i Ekosystemu OSE*

Państwowy Instytut Badawczy NASK

Ruszyła rejestracja do nowej edycji OSEhero. To projekt realizowany w ramach programu Ogólnopolska Sieć Edukacyjna (OSE). Uczestnicy z całej Polski, wyposażeni przez ekspertów OSE w wiedzę i narzędzia, będą pokazywać uczniom, ale też rodzicom oraz innym nauczycielom, jak bezpiecznie poruszać się po cyfrowym świecie. Wszyscy, którzy chcą dołączyć do tego wyjątkowego grona pasjonatów – i szkolnych superbohaterów – mogą wysłać swoje zgłoszenie za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie osehero.pl. Rejestracja kończy się 8 października!

OSE – szybki, bezpieczny, bezpłatny internet w szkole

Cyberbezpieczeństwo jest sercem Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej (ose.gov.pl) – programu, dzięki któremu wszystkie szkoły w Polsce mogą korzystać z bezpłatnego dostępu do szybkiego internetu oraz zaawansowanych usług bezpieczeństwa. Został on zaprojektowany na mocy ustawy o Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej przez Ministerstwo Cyfryzacji. Jego założenia realizuje Państwowy Instytut Badawczy NASK – operator OSE.

Szkoły podłączone do Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej otrzymują nie tylko dostęp do szerokopasmowego internetu o prędkości 100/100 Mb/s, ale też ochronę przed szkodliwymi i nielegalnymi treściami. Dodatkowo zapewniana jest także ochrona przed szkodliwym oprogramowaniem i internetowymi wirusami, jak również przed atakami sieciowymi. Uczniowie korzystający z internetu OSE są zabezpieczani przed dostępem do treści, które mogą stanowić zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju.



Fot. Element identyfikacji graficznej projektu OSEhero

Bezpieczny internet to nie wszystko. W ramach Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej podejmowane są także działania, które mają zwrócić uwagę dzieci i dorosłych na zagrożenia w sieci. Ekspertsi OSE chętnie dzielą się swoją wiedzą na ten temat – biorąc udział w konferencjach i webinarach czy tworząc liczne zasoby dostępne online. Nauczyciele, dyrektorzy szkół i rodzice mogą zapoznać się z nowymi cyberzagrożeniami dzięki lekturze wydawanych w OSE poradników. Przybliżają one nie tylko aktualne problemy w sieci, ale także uczą, jak na nie reagować i jak im przeciwdziałać. Z kolei uczniowie mogą poznawać świat internetu, uczestnicząc w kursach e-learningowych na platformie OSE IT Szkoła (it-szkola.edu.pl). Zarówno młodsi, jak i starsi znajdą tam kursy w 15 kategoriach. Dotyczą one bezpieczeństwa w sieci, szeroko pojętego internetu, programowania, grafiki komputerowej, sztucznej inteligencji czy nauki gry w szachy.

Dbłość o cyberbezpieczeństwo uczniów jest istotnym zadaniem także dla uczestników projektu OSEhero, kierowanego do liderów szkolnej cyfryzacji i wszystkich, którzy w swoich społecznościach chcą upowszechniać wiedzę na temat zarówno zagrożeń w internecie, jak i zdrowych cyfrowych nawyków.

– OSEhero to naturalna kontynuacja programu Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej, gdzie po podłączeniu wszystkich szkół w Polsce do szybkiego, bezpiecznego, bezpłatnego internetu mamy ogromną szansę na zagospodarowanie tematu edukacji [dotyczącej] bezpieczeństwa w sieci w polskich szkołach. OSEhero to odpowiedź na to wyzwanie – mówi Maciej Dudkiewicz, dyrektor ds. Zarządzania Programem OSE w NASK.

Kim są OSEhero?

– To przewodnicy po internecie. Wspierają uczniów, innych nauczycieli i rodziców w odkrywaniu cyfrowego świata. Jest ich coraz więcej! Nauczycielu, Ty też – dzięki Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej – możesz zostać szkolnym superbohaterem nowych technologii – mówi Paweł Małaczyński, ambasador kampanii „OSE. Bezpieczny internet w szkole”.

Projekt OSEhero skierowany jest do nauczycieli wszystkich przedmiotów, dyrektorów, psychologów, a także pedagogów i bibliotekarzy ze szkół OSE (przyłączonych lub oczekujących na przyłączenie), którzy chcą wpłynąć na bezpieczeństwo uczniów w sieci i zrobić coś dobrego na rzecz cyberbezpieczeństwa w swoich placówkach. Eksperci OSE edukują społeczności szkolne w zakresie zagrożeń w internecie, wspierają pozytywne zachowania online oraz rozwój kompetencji cyfrowych w procesie nauczania, w tym umiejętności krytycznego myślenia i refleksyjnego wykorzystywania zasobów znajdujących się w sieci. Pomagają w tym także nauczyciele OSEhero, którzy organizują aktywne działania na rzecz cyberbezpieczeństwa w swoich szkołach. To prawdziwi nauczyciele-pasjonaci, chętnie dzielący się z innymi swoją wiedzą!

Na czym polegają działania w ramach OSEhero?

Projekt OSEhero pozwala z jednej strony rozwinąć kompetencje i aktywnie włączyć się w działania na rzecz cyberbezpieczeństwa, a z drugiej – poczuć się częścią

wyjatkowej społeczności. Uczestnicy projektu nie mogą narzekać na nudę. Przez cały rok szkolny poszerzają swoją wiedzę na temat cyfrowego świata – uczestniczą w szkoleniach prowadzonych przez ekspertów OSE oraz dzielą się doświadczeniami podczas innych, nieformalnych spotkań. Mają też do wykonania zadania: organizują dla swoich uczniów (lub innych nauczycieli, rodziców czy całych lokalnych społeczności) inicjatywy dotyczące cyberbezpieczeństwa. Wszystko po to, by upowszechnić wiedzę na temat zagrożeń w internecie wśród jak najszerzej grupy odbiorców.

Nauczyciele przez cały czas trwania projektu mogą liczyć na wsparcie OSE oraz – co nie mniej ważne – innych uczestników OSEhero, którzy chętnie wymieniają się pomysłami i inspiracjami.

Złot OSEhero

Podsumowaniem każdej kolejnej edycji projektu jest Złot OSEhero: coroczne spotkanie uczestników, dzięki któremu mogą nie tylko wreszcie poznać się „na żywo”, ale też wysłuchać wystąpień ekspertów.

Złot podsumowujący edycję 2022/2023 odbył się w warszawskim Centrum Nauki Kopernik (CNK). Ponad stu nauczycieli uczestniczyło w zadaniu teambuildingowym, obejrzało wystawę „Przyszłość jest dziś”, a także – podczas warsztatów – poszerzyło swoją wiedzę w zakresie wykorzystania wirtualnej rzeczywistości (VR) w edukacji, dezinformacji, organizacji projektów edukacyjnych i włączania rodziców w działania na rzecz cyberbezpieczeństwa.

OSEhero – edycja 2022/2023

W zakończonej w czerwcu 2023 roku edycji projektu wzięło udział aż **757 nauczycieli różnych przedmiotów, dyrektorów szkół, bibliotekarzy, psychologów i pedagogów szkolnych**. Niemal co drugi uczestnik może poszczycić się tytułem OSEhero, ważnym przez kolejne dwa lata szkolne – wystawione zostały bowiem aż **363 certyfikaty**.

Nauczyciele mogli dowiedzieć się więcej m.in. o oszustwach internetowych, walce z dezinformacją, wizerunku w sieci, cyberprzemocy, cyfrowym dobrostanie, grach cyfrowych w edukacji czy hejcie i mowie nienawiści. W ciągu całego roku szkolnego odbyły się **cztery szkolenia online i siedem „spotkań przy kawie”** – to

mniej formalne spotkania, w których często również brali udział eksperci OSE.

Uczestnicy poprzedniej edycji projektu zorganizowali w swoich szkołach **992 inicjatywy** dotyczące bezpiecznego korzystania z internetu. Konkursy, turnieje wiedzy o cyfrowych zagrożeniach, escape roomy, spotkania z policjantami i innymi ekspertami, warsztaty tematyczne dla uczniów i innych nauczycieli, pogadanki dla rodziców – to tylko niektóre przykłady zaplanowanych i zrealizowanych wydarzeń.

– Cieszymy się, że nauczyciele zaangażowali się w nasz projekt i bardzo chętnie brali udział w proponowanych przez nas szkoleniach i spotkaniach. To była bardzo intensywna, ale też bardzo owocna edycja: kończymy ją przekonani, że projekty takie jak OSEhero są potrzebne i realnie wpływają na bezpieczeństwo młodych użytkowników internetu. Dziękujemy wszystkim za kreatywność i wyłożoną pracę. Spotkamy się ponownie już na jesieni, gdy rozpoczniemy kolejną edycję OSEhero! – mówi Dominik Kopera, zastępca dyrektora NASK ds. Ogólnopolskiej Sieci Edukacyjnej.

Jak zgłosić się do udziału w OSEhero?

Aby zgłosić się do projektu, wystarczy wypełnić formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie osehero.pl. Rejestracja potrwa do 8 października.

Co trzeba zrobić, by zostać OSEhero (edycja 2023/2024)?

Uczestnicy nowej edycji projektu OSEhero będą mieli do wykonania kilka zadań. Należą do nich: udział w co najmniej jednym szkoleniu oraz dwóch „spotkaniach przy kawie”, a także zorganizowanie minimum dwóch inicjatyw związanych z cyberbezpieczeństwem w swoich szkołach.

Dlaczego warto?

– Możliwość udziału w spotkaniach z ekspertami i w Zlocie OSEhero, dostęp do bezpłatnych materiałów edukacyjnych, w tym scenariuszy lekcji dotyczących cyberbezpieczeństwa, możliwość wymiany doświadczeń z nauczycielami z całej Polski, którzy chcą dbać o cyfrowe bezpieczeństwo swoich uczniów, wreszcie szansa na zdobycie tytułu OSEhero – to najważniejsze

korzyści z udziału w naszym projekcie – wylicza Marcin Tomczyk, koordynator projektu.

Trudno o lepszą zachętę do udziału w projekcie niż słowa jego dotychczasowych uczestników. – Czekam już z niecierpliwością na to, żeby rejestrować się do kolejnej edycji. Przez wiele miesięcy wspólnie z moimi kolegami z zespołu, z młodzieżą uczestniczyliśmy w programie, który dał nam ogromną szansę zapoznania się przede wszystkim z cyberzagrożeniami, ale także pozwolił mojej młodzieży korzystać z materiałów, a nam nauczycielom – rozwijać się poprzez kończenie kursów i szkoleń. Ten program to nie tylko fantastycznie zorganizowany zlot, ale też możliwość nawiązania wielu znajomości i czerpania wiedzy z profesjonalnych materiałów – mówi Ewa Wiśniewska, nauczycielka z Technikum nr 2 w Płocku.

– Osoby, które dołączają do OSEhero, chcą zadbać o bezpieczeństwo nie tylko dzieci, ale i dorosłych. [W projekcie] jest bardzo dużo nowych materiałów, z których można korzystać. Podobają mi się też „spotkania przy kawie” – w formie webinarów, podczas których eksperci opowiadają o ważnych zagadnieniach, ale samemu także można włączyć się do dyskusji – mówi Cecylia Dzierzenga, nauczycielka ze Szkoły Podstawowej nr 21 im. Biskupa Wilhelma Pluty w Rudzie Śląskiej. – Wzięłam udział w projekcie OSEhero trochę z ciekawości. Pracuję z dziećmi i chciałabym też je, te dzieciaki, wspomagać w tym, żeby bezpiecznie poruszały się w tym nowym świecie, do którego zaczęły należeć. Okazało się, że to nie tylko coś ciekawego dla dzieciaków, ale też dla mnie samej. (...) jeszcze dużo nauki przed mną i wiem już na pewno, że nie skończę na tym jednym projekcie i bardzo chętnie wezmę udział w kolejnych – mówi Karolina Cichocka, nauczycielka ze Szkoły Podstawowej Sióstr Felicjanek nr 28 w Warszawie.

– Do OSEhero należę od 2019 roku i każdego roku przyjeżdżam na zlot nauczycieli do Warszawy. Jest to dla mnie wielka przygoda, moc inspiracji, a także spotkania z bardzo ciekawymi osobami – mówi Renata Pagacz, nauczycielka ze Szkoły Podstawowej im. Powstańców 1863 r. w Lututowie.

Wszystkie szczegółowe informacje na temat OSEhero, w tym regulamin i harmonogram, znajdują się na stronie www.osehero.pl Zapraszamy!

Zaburzenia związane z ekspozycją płodu na alkohol mogą dotyczyć najważniejszych sfer egzystencji dziecka, nastolatka i dorosłego oraz decydować o jego komforcie funkcjonowania w społeczeństwie. Dlatego FASD postrzegany jest jako najczęstsza przyczyna niepełnosprawności intelektualnej w krajach rozwiniętych.

DIAGNOSTYKA I TERAPIA FASD W POLSCE FINANSOWANA PRZEZ SAMORZĄDY – PRZEGLĄD SYTUACJI

Magdalena Borkowska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Czym jest FASD?

Termin FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych) określa zespół objawów, które mogą pojawić się u dzieci matek spożywających alkohol etylowy w czasie ciąży. FASD to spektrum umysłowych i fizycznych zaburzeń związanych z ekspozycją płodu na alkohol. Alkohol etylowy przedostaje się przez łożysko do organizmu dziecka, czego konsekwencją mogą być:

- uszkodzenia w budowie i funkcjonowaniu narządów (między innymi przyczynia się do wad układu krążenia, serca),
- zmiany fizyczne np. dysmorfii twarzy charakterystycznych dla FAS (płodowego zespołu alkoholowego),
- prenatalne i postnatalne zaburzenia wzrastania,
- zaburzenia strukturalne i funkcjonalne ośrodkowego układu nerwowego (OUN), w tym zaburzenia neurorozwojowe.

Zaburzenia związane z ekspozycją płodu na alkohol mogą więc dotyczyć najważniejszych sfer egzystencji dziecka, nastolatka i dorosłego oraz decydować o jego komforcie funkcjonowania w społeczeństwie. Tym samym FASD postrzegany jest jako najczęstsza przy-

czyna niepełnosprawności intelektualnej w krajach rozwiniętych.

Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA (Alkohol i Ciąża – Jak Pomóc Dziecku), przeprowadzonego przez PARPA w 2015 roku, w Polsce spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD)

występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat, zaś płodowy zespół alkoholowy (FAS) nie rzadziej niż u 4 na 1000 dzieci. Na podstawie powyższych wyników szacować można, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. To więcej niż rozpowszechnienie zespołu Downa czy autyzmu.

Rozpoznanie FASD

Diagnoza FASD wymaga wielowymiarowego podejścia, a tym samym pracy multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. Zrozumienie specyfiki tematu, różnorodności deficytów i wynikających z nich dysfunkcji,

jest warunkiem do stosowania adekwatnych narzędzi diagnostycznych i odpowiednio dobranych specjalistycznych badań. Zarówno szkolenia i budowanie zespołów multidyscyplinarnych, jak i sam proces diagnostyczny FASD to przedsięwzięcia kosztowne.

Ośrodki diagnostyczne FASD w Polsce powstają coraz częściej, wypełniając mapę we wszystkich kierunkach. Są wśród nich m.in. Gdańsk, Gdynia, Szczecin, Olsztyn, Toruń, Elbląg, Poznań, Warszawa, Łódź, Kraków, Rzeszów, Lublin, Wrocław, Świerklany, Żywiec i Zabrze. Tym samym pomoc diagnostyczna i wsparcie terapeutyczne ma miejsce na różnych poziomach dostępności lokalnej, jak również ekonomicznej, gdyż w przewadze mamy do czynienia z usługami komercyjnymi.

Jednak warto zwrócić uwagę na fakt, iż niewspółmierne koszty wiążą się z brakiem diagnozy i wynikającymi z tego konsekwencjami, zarówno dla osoby z FASD, jej bliskich, jak i ogółu społeczeństwa. To właśnie dzięki wczesnej diagnozie i podjętej interwencji można zminimalizować koszty związane z opieką nad osobą z FASD. Działania edukacyjno-profilaktyczne również odgrywają ważną rolę w zapobieganiu występowania FASD.

Koszty ekonomiczne FASD

Badania przeprowadzone w Kanadzie, USA i Nowej Zelandii wykazały, że bezpośrednie koszty związane z FASD (opieka zdrowotna, wymiar sprawiedliwości w sprawach karnych, edukacja, inne usługi) w całej populacji wahały się od 762 mln do 10,5 mld dolarów kanadyjskich rocznie. Koszty pośrednie wynikające z utraty produktywności spowodowanej zachorowalnością/przedwczesną śmiercią z powodu FASD wahały się od 46,8 mln do 2,4 mld dolarów kanadyjskich rocznie. Najwyższe koszty w całej populacji związane z FASD dotyczyły systemu sądownictwa karnego (395 mln-7,2 mld dolarów kanadyjskich), a następnie utraty produktywności (46,8 mln-2,4 mld dolarów kanadyjskich). Koszty opieki zdrowotnej wyniosły od 7 do 265 mln dolarów kanadyjskich.

Koszty zdrowotne i medyczne FASD

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, których celem było oszacowanie kosztów opieki zdrowotnej, jakie ponoszą osoby z FASD w porównaniu do osób bez diagnozy FASD, znacząco się różniły. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych było sześciokrotnie wyższe, podobnie jak liczba wizyt na izbach przyjęć – dwukrotnie częstsza wśród dzieci, u których zdiagnozowano FASD, w porównaniu z ich rówieśnikami bez FASD (zarówno w przypadku ubezpieczenia prywatnego, jak i podstawowego). Jak zaobserwowano, koszty opieki zdrowotnej zarówno ambulatoryjnej, jak i na izbach przyjęć dla wszystkich grup wiekowych były około trzy do czterech razy wyższe wśród dzieci, u których zdiagnozowano FASD, w porównaniu do dzieci bez FASD, niezależnie od rodzaju ubezpieczenia.

Samorząd województwa

Zgodnie z definicją przypisaną pojęciu samorząd województwa („wyodrębniony w strukturze państwa związek społeczności regionalnej funkcjonujący w randze województwa, który z mocy prawa powołany jest do samodzielnego wykonywania zadań administracji publicznej, a także wyposażony w materialne środki umożliwiające realizację nałożonych na niego zadań”), zakres działań możliwych do podjęcia w obszarze profilaktyki, edukacji, diagnozy i terapii FASD pozostaje w gestii decydentów.

Powołując się na zapisy Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narodowego Programu Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego od lat mają przypisane liczne zadania z zakresu spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zgodnie z zapisami Narodowego Programu Zdrowia decydenci mogą realizować różnorodne zadania, w tym:

- promować działania edukacyjne i profilaktyczne ukierunkowane na ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez kobiety w ciąży (w tym: uruchomienie specjalistycznego systemu konsultacyjnego dla rodziców i opiekunów dzieci z zespołem FAS) i innymi zaburzeniami związanymi z piciem alkoholu w okresie ciąży),
- tworzyć nowe i wspierać istniejące miejsca wsparcia środowiskowego (...) dla dzieci z FASD;
- prowadzić badania, opracowywać analizy i ekspertyzy ukierunkowane na bardziej adekwatną pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym, w tym dzieciom z FASD,
- organizować szkolenia dla pracowników świetlic z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym oraz innych grup zawodowych (nauczycieli, pedagogów, pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia itp.) w zakresie pomocy (...) dzieciom z FASD,
- organizować szkolenia dla profesjonalistów na temat FASD,
- wdrażać i upowszechniać standardy i procedury diagnozy FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej oraz zwiększać dostępność pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów,
- wdrażać i upowszechniać standardy i procedury profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (spek-

trum płodowych zaburzeń alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej,

- kształcić personel medyczny w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD.

Ponadto możliwością i kompetencją jednostek samorządów terytorialnych jest wspieranie działań edukacyjno-profilaktycznych i pomocowych realizowanych w samorządach lokalnych. Źródłem wiedzy o potrzebach i zakresie prowadzonych działań w tematyce FASD są dane przedstawiane przez decydentów gmin w sprawozdaniu KCPU G1 (wcześniej PARPA G1). Sprawozdanie KCPU G1 „dotyczy profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, a jego podstawowym celem jest podsumowanie i porównanie działań w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień na terenie kraju oraz w poszczególnych województwach”. I tak analizując informacje pochodzące z lat 2016–2022 (od momentu sprawozdawczości z tematyki FASD), widoczny jest wzrost zainteresowania problematyką i zaangażowania samorządów lokalnych w działania z zakresu szkoleń dla przedstawicieli różnych służb i działań edukacyjnych, takich jak: organizacja konferencji, dystrybucja materiałów, aktywność w lokalnych mediach, pomoc specjalistyczna.

Porównując natomiast wysokość środków ogółem przeznaczonych w samorządach lokalnych na działania związane z problematyką FASD od 2016 roku kwoty te wyniosły kolejno: 2016 rok: 470 963,19 zł; 2017 rok: 1 444 094,63 zł; 2018 rok: 2 729 322,27 zł; 2019 rok: 1 936 855,97 zł; 2020 rok: 1 709 129,04 zł; 2021 rok: 1 893 613,46 zł; oraz 2022 rok: 2 991 430,26 zł.

Dla kontrastu warto przytoczenia pozostają wyniki pochodzące ze Sprawozdania KCPU W1, dotyczące realizacji w 2022 roku wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Zawarte w sprawozdaniu pytania z zakresu FASD dotyczyły:

1. Wdrożenia i upowszechniania standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.
2. Kształcenia personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorców picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD.
3. Szkoleń i konferencji na temat FASD.

Analizując otrzymane wyniki z szesnastu województw, można stwierdzić, że aktywności w zakresie realizacji zadania 1., zostały podjęte w siedmiu samorządach wojewódzkich, na łączną kwotę 16 776 925,25 zł. Na-

tomiast aktywności w zakresie realizacji zadania 2. i 3. zostały podjęte w pięciu samorządach wojewódzkich, na łączną kwotę 206 693,46 zł. Spośród szesnastu jednostek samorządów terytorialnych aż pięć nie podjęło rekomendowanych działań w zakresie tematyki FASD. Wśród wszystkich zaangażowanych największą aktywność w powyższej tematyce wykazały: województwo łódzkie (381 735,09 zł), województwo małopolskie (363 288,92 zł) i województwo lubelskie (28 904,00 zł). To właśnie decydenci tych jedno-

stek samorządów terytorialnych „przecierają szlaki” w udostępnianiu swoim mieszkańcom nieodpłatnej, kompleksowej diagnozy i terapii z zakresu FASD.

Możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w zakresie FASD

Ośrodki diagnostyczne FASD w Polsce powstają coraz częściej, wypełniając mapę we wszystkich kierunkach. Są wśród nich m.in. Gdańsk, Gdynia, Szczecin, Olsztyn, Toruń, Elbląg, Poznań, Warszawa, Łódź, Kraków, Rzeszów, Lublin, Wrocław, Świerklany, Żywiec i Zabrze. Tym samym pomoc diagnostyczna i wsparcie terapeutyczne ma miejsce na różnych poziomach dostępności lokalnej, jak również ekonomicznej, gdyż w przewadze mamy do czynienia z usługami komercyjnymi. Tak więc sam fakt dostępności związanej

Diagnoza FASD wymaga wielowymiarowego podejścia, a tym samym pracy multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. Zrozumienie specyfiki tematu, różnorodności deficytów i wynikających z nich dysfunkcji, jest warunkiem do stosowania adekwatnych narzędzi diagnostycznych i odpowiednio dobranych specjalistycznych badań.

z położeniem, jak również dostępności ekonomicznej może przesądzać o szukaniu pomocy osób jej potrzebujących (rodziców, opiekunów – dzieci, nastolatków czy osób dorosłych z FASD).

Wychodząc naprzeciw potrzebom społeczności, samorządy województw lubelskiego, łódzkiego i małopolskiego podjęły działania uwieńczone sukcesem w postaci stworzenia nieodpłatnych punktów diagnozy i terapii FASD dla mieszkańców wymienionych województw. Dobre praktyki obarczone są wieloma wyzwaniami, a czasami i heroizmem. Placówki w tych województwach mogą być przykładem dla pozostałych samorządów (13 województw) do podjęcia adekwatnych działań na swoim terenie.

Know how

Aby zobrazować tzw. know how, na łamach Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA opublikowany zostanie cykl artykułów, w których przedstawiciele punktów diagnostycznych i terapeutycznych FASD z województwa lubelskiego, łódzkiego i małopolskiego zaprezentują swoje działania i kroki, jakie pozwoliły im osiągnąć sukces w utworzeniu regionalnych punktów diagnostycznych i terapeutycznych FASD. Aby wszystkie artykuły dostarczały adekwatnej, wielowymiarowej informacji, zawierać będą treści dotyczące:

1. genezy powstania punktu diagnostycznego i terapeutycznego FASD (w tym: analizy potrzeb regionu, konsultacji eksperckich, konsultacji społecznych),
2. charakterystyki podjętych i bieżących działań (w tym: działania organizacyjne – wyposażenie remontowe [adaptacje i dostosowanie przestrzeni] i dydaktyczne [narzędzia diagnostyczne], budowanie zespołu [wymiar edukacyjny, koszty],
3. oferty diagnostycznej (w tym: składu wielodyscyplinarnego zespołu, stosowanych kryteriów diagnostycznych, stosowanych procedur stawiania diagnozy i opracowywania opinii),
4. oferty terapeutycznej (w tym: dostępności działań terapeutycznych, rodzaju działań terapeutycznych, adresatów działań terapeutycznych),
5. charakterystyki adresatów działań punktu diagnozy i terapii FASD oraz statystyk dotyczących działalności (w tym: dla kogo jest bezpłatna diagnoza i terapia FASD, warunki klasyfika-

cji do procesu diagnostyczno-terapeutycznego, dotychczasowe statystyki dotyczące zasięgu podejmowanych działań – ilości diagnoz),

6. planów na przyszłość, kolejnych kroków (w tym: jakie wyzwania stoją nadal przed realizatorami, jakie są perspektywy na przyszłość).

Wśród punktów diagnozy i terapii FASD finansowanych przez samorząd województwa swoje doświadczenia w odniesieniu do powyższych obszarów zaprezentują specjaliści:

- Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii FAS/FASD przy Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Lublinie (RPDiT FAS/FASD w Lublinie) – kompleksowa diagnoza i terapia FASD dla pacjentów z województwa lubelskiego,
- Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii FASD przy Regionalnym Centrum Polityki Społecznej w Łodzi – kompleksowa diagnoza i terapia FASD dla pacjentów z województwa łódzkiego,
- Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im św. Ludwika w Krakowie – kompleksowa diagnoza i terapia dla pacjentów z województwa małopolskiego oraz całej Polski.

Celem zapowiedzianego cyklu artykułów będzie wzajemna wymiana informacji, doświadczeń, jak również wsparcie w budowaniu ogólnopolskiego systemu nieodpłatnej diagnozy i terapii FASD, a tym samym nadanie tematowi FASD priorytetowej rangi i zaoferowanie pomocy wszystkim tym, którzy w tym zakresie jej potrzebują.

Bibliografia

- Ali M., Burd L., West K. (2022), „Estimating Costs of Health Care for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorder in a Large Health Insurance Claims Database”, Research Square.
- Andersson E., Elliot E. (2018), „Economic Costs of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)”, *Journal of Pediatrics and Child Health*, 8(2).
- Narodowy Program Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>
- Sprawozdania KCPU G1/KCPU W1.
- Śmigiel R. (2023), „Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) – powszechna, ale wciąż mało znana choroba”, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 7-8.

W Polsce jest mało punktów diagnostycznych dotyczących FAS/FASD. A jeszcze mniej takich, gdzie można to zrobić bezpłatnie. 30 marca 2021 roku w Lublinie uruchomiono Regionalny Punkt Diagnostyki i Terapii FAS/FASD. Mieszkańcy województwa lubelskiego nie będą musieli korzystać z pomocy ośrodków komercyjnych w innych miastach.

REGIONALNY PUNKT DIAGNOZY I TERAPII FAS/FASD W LUBLINIE

Justyna Syroka

Regionalny Punkt Diagnostyki i Terapii FAS/FASD

Geneza powstania Punktu Diagnostycznego

Jednym z zadań zapisanych w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025 jest „wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej”. To zadanie zostało bardzo poważnie potraktowane przez Samorząd Województwa Lubelskiego (SWL). Oczywiście podobna problematyka była już obecna w poprzednich latach i SWL poprzez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie (ROPS) już w poprzedniej edycji NPZ podejmował próby realizacji tego zagadnienia. W ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych współpracowano z organizacjami pozarządowymi, którym zlecane były zadania w ramach otwartego konkursu ofert. Niestety, współpraca ta nie przyniosła pożądanego efektu. Problematyka FASD jest bardzo złożona, a potrzeby osób borykających się z FASD są wielopłaszczyznowe. Na terenie województwa lubelskiego brakuje organizacji, które podjęłyby to wyzwanie skutecznie i w pełnym wymiarze.

Dlatego w poprzednich latach ROPS w Lublinie ograniczył się do realizacji szkoleń z zakresu FASD dla specjalistów zajmujących się profilaktyką uzależnień. Jednak nie było to zadowalające rozwiązanie i dlatego wspólnie z zespołem opracowującym Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zastanawialiśmy się, jak temu zaradzić. Wszyscy byli zgodni, że problem FAS/FASD jest niedostatecznie „zaopiekowany”. Analiza potrzeb społecznych wykazała, że w naszym województwie niewiele gmin i powiatów realizowało działania w zakresie problematyki FAS/FASD. Uruchomienie punktu diagnostycznego to spore wyzwanie zarówno logistyczne,

jak i finansowe, dlatego zanim faktycznie powstał Punkt, zrobiliśmy badanie potrzeb i przeprowadziliśmy szereg konsultacji z lokalnymi i krajowymi podmiotami.

W roku 2019 zajęliśmy się tym tematem w diagnozie dla województwa lubelskiego¹. Na podstawie badania CAPI określono skalę tego zjawiska oraz świadomość kobiet na temat konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży. W badanej zbiorowości 70,4% kobiet było w ciąży. Spośród kobiet, które spodziewały się dziecka, 97,5% zadeklarowało, że nie spożywało alkoholu. Zapytano również badanych: *Czy kiedykolwiek widziałeś, aby kobieta w ciąży zażywała substancje psychoaktywne (w tym alkohol)*, zdecydowana większość (83,1%) osób udzieliła odpowiedzi przeczącej. 9,3% ankietowanych wskazało, że miało to miejsce 1 raz, 5,0% spotkało się z taką sytuacją 2-5 razy. Natomiast 1,1% badanych odpowiedziało, że często widziało kobietę w ciąży zażywającą substancje psychoaktywne (w tym alkohol). Jak widać sytuacja nie jest może dramatyczna, ale deklaratywne dane dotyczące własnego zachowania obarczone są zawsze skłonnością do wybielania siebie. Bardziej niepokojące dane przyniosły wywiady ze specjalistami z dziedziny uzależnień. Z wywiadów zogniskowanych pogłębionych (FGI) wynika, że używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży jest częste. Brak jest wśród kobiet świadomości na temat skutków zażywania substancji psychoaktywnych w ciąży. Dlatego problemu nie można bagatelizować.

Przed uruchomieniem Punktu przeprowadziliśmy też konsultacje, w tym z organizacjami pozarządowymi, które zajmują się problematyką alkoholową, i klubami abstynenckimi, powiatowymi organizatorami rodzinnej pieczy zastępczej oraz Zarządem Koalicji na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej. Ważnymi partnerami byli również konsultanci wojewódzcy, w tym konsultant w dziedzinie

psychiatrii dzieci i młodzieży oraz konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej. Dużą pomocą i wsparciem wykazali się dyrekcja i pracownicy Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. Wszystkie te rozmowy, pisma, badania skłaniały nas do jednej konkluzji: w województwie lubelskim brak jest działań o charakterze systemowym, które koncentrowałyby się wokół diagnozy i terapii dzieci z zespołem FAS/FASD. Profesjonalna diagnoza FAS była niedostępna, a jednocześnie bardzo potrzebna.

Myślę też, że nie bez znaczenia dla Samorządu Województwa Lubelskiego był fakt, że w Polsce jest mało tego typu punktów diagnostycznych. A jeszcze mniej punktów, gdzie można to zrobić bezpłatnie. To bardzo ważne, by pomoc ta była dostępna dla jak najszerzej grupy osób. Dotychczas mieszkańcy naszego województwa korzystali z pomocy ośrodków komercyjnych w innych miastach. Średni koszt diagnozy w zakresie FAS/FASD dla jednego dziecka w naszym Punkcie to 850–1100 zł, ale kwoty te mogą być różne w zależności od ośrodka. Jest to duża bariera, nie tylko ze względu na wysokie koszty samej diagnozy, ale dochodzi do tego też konieczność licznych wyjazdów do innego miasta. Cieszymy się, że władze naszego województwa dostrzegły ten problem i znalazły

fundusze na zrealizowanie tego przedsięwzięcia. Dzięki temu mieszkańcy Lubelszczyzny nie muszą już uprawiać „turystyki” diagnostycznej, a samo badanie jest bezpłatne. I chociaż realizujemy wiele działań z zakresu profilaktyki, skierowanych do różnych grup, to w tym zakresie dotychczas istniała luka, którą udało nam się zapełnić. Naszym priorytetem było zwiększenie dostępności pomocy dla dzieci z płodowym zespołem alkoholowym oraz ich rodziców/opiekunów. Tak powstał pomysł na utworzenie na terenie województwa lubelskiego profesjonalnego ośrodka zajmującego się diagnozą i terapią dzieci z FASD. 30 marca 2021 roku uruchomiono Regionalny Punkt Diagnozy i Terapii FAS/FASD w Lublinie (RPDiT FAS/FASD). I tak od tego roku realizujemy zadania nałożone przez NPZ.

Charakterystyka działania Punktu Diagnozy

Skoro już mówimy o uruchomieniu Punktu, to pewnie wiele samorządów zastanawia się, jak zabrać się do utworzenia takiego miejsca, ile to kosztuje? Z takimi pytaniami często spotykamy się zarówno podczas wizyt studyjnych, które organizujemy w naszym Punkcie, jak



Spotkanie grupy wsparcia

też podczas konsultacji telefonicznych, kiedy przedstawiciele samorządów miast lub województw zastanawiają się, w jakim zakresie realizować zadania NPZ. Wiele osób pyta o praktyczne rady dla samorządów, które byłyby zainteresowane takim działaniem. I nie przeczę, to rzeczywiście jest wyzwanie finansowe, logistyczne i mentalne. Tak – mentalne. Myślę, że przede wszystkim najważniejsze jest nastawienie i dobra wola decydentów i urzędników, którzy będą realizować to zadanie. Trzeba pamiętać, że to działanie o zupełnie innym charakterze niż typowa praca biurowa, analityczna. U nas potrzeby te były w pierwszej kolejności bliskie dyrektor ROPS w Lublinie – Małgorzacie Romanko i jej zastępczyni Edycie Filipczak. Bez ich zrozumienia wagi problemu, niewiele by się udało zrobić. To one nawiązały kontakt z innymi placówkami, a przede wszystkim przekonały marszałka województwa Jarosława Stawiarskiego do sfinansowania całego przedsięwzięcia. Na szczęście tu też spotkaliśmy się z życzliwością i zrozumieniem, więc nie trzeba było długo przekonywać. Zarząd Województwa i Pan Marszałek, znając potrzeby wynikające z diagnozy polityki społecznej, przeznaczył środki na uruchomienie Punktu. W 2020 roku było to ok. 100 tys. zł, które zostały przeznaczone na prace remontowe, pozwalające przystosować pomieszczenia ROPS w Lublinie do realizacji nowego zadania. Zakupiliśmy też podstawowe wyposażenie do sali terapii integracji sensorycznej oraz pracowni psychologicznej i gabinetu medycznego. To faktycznie niemałe środki, zważywszy że sam zakup testów psychologicznych do pracowni psychologicznej to koszt ok. 15 tys. zł. Te koszty wynikają z tego, że musieliśmy zaopatrzyć się w testy zarówno do badania bardzo małych dzieci, jak też nastolatków. Potrzebny jest więc cały wachlarz metod diagnostycznych. Jednocześnie pracownicy ROPS w Lublinie, wyznaczeni do tego zadania, przeszli szkolenie w zakresie stosowania 4-Cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego oraz uczestniczyli w innych szkoleniach merytorycznych, by podnieść swoje kompetencje w zakresie FAS/FASD. Na początku 2021 roku skoncentrowaliśmy się na stworzeniu Zespołu Diagnostyczno-Terapeutycznego, dlatego najważniejsze było znalezienie odpowiednich osób. Udało się to w pierwszym kwartale, i tak rozpoczęliśmy swoją działalność. W 2021 roku przeznaczyliśmy na ten cel ok. 300 tys. zł. W kolejnym roku kontynuowaliśmy rozwój naszych pracowni. Ponieważ ruszyliśmy z szerszą ofertą terapeutyczną, dokupiliśmy

wyposażenie i pomoce terapeutyczne do sali integracji sensorycznej, zwłaszcza te, które specjaliści wykorzystują do badania i terapii tzw. motoryki małej, ale też sprzęt do stymulacji sensorycznej. Rok 2022 to również uruchomienie pracowni logopedycznej (koszt ok. 35 tys. zł). Tak uzupełniliśmy naszą ofertę o terapię w tym zakresie. Nasz roczny budżet w 2022 roku wyniósł blisko 350 tys. zł, z czego mniej więcej jedna trzecia kosztów to wynagrodzenie specjalistów realizujących diagnozy i terapię w Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FAS/FASD. W 2022 roku zatrudniliśmy: trzech psychologów, terapeutę integracji sensorycznej, dwóch pedagogów, lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży, neurologopedę. Koszt funkcjonowania może być różny w poszczególnych ośrodkach, w zależności od planowanych zadań. My poza diagnozą i ofertą terapeutyczną, duży nacisk kładziemy na kwestie edukacyjne. Stąd również koszty związane z realizacją szkoleń, webinarów, nagraniem materiałów edukacyjnych w postaci filmów. W związku z tym, że był to również początek naszej działalności, część środków została przeznaczona na promocję Punktu i jego oferty. Zleciliśmy realizację i emisję spotu społecznego w TVP Lublin i spotu radiowego promującego RPDiT FAS/FASD w Lublinie. Przygotowaliśmy reportaż dotyczący funkcjonowania naszego Punktu. Jak widać – nie jest to tanie zadanie, ale wierzymy, że są to dobrze wydane pieniądze. Te koszty mogą trochę dziwić, ale wątpliwości rozwiewają się, jeśli spojrzymy na to, jak wygląda proces diagnostyczny FAS/FASD.

Oferta diagnostyczna

Diagnoza FAS/FASD naraża sporo trudności z racji wielości zaburzeń rozwojowych oraz różnorodnego obrazu klinicznego tego zaburzenia. FASD nie jest rozpoznaniem klinicznym, czyli u danej osoby nie diagnozuje się FASD. Termin nie ma wartości klinicznej, gdyż jest szeroko zdefiniowany. Jest to zaburzenie neurorozwojowe, które obejmuje szereg nieprawidłowości w różnych sferach rozwoju dziecka. Według DSM-5 rozpoznanie FASD mieści się w kategorii *Inne określone zaburzenia neurorozwojowe* – kod 315.8 (wg ICD-10 F.88). FAS jest rozpoznaniem klinicznym. Stanowi jednostkę chorobową, według klasyfikacji zaburzeń rozwojowych ICD-10 opisaną kodem Q.86.0, którą określają cztery podstawowe kryteria:

- potwierdzone picie alkoholu przez matkę w okresie ciąży,
- niedobory wzrostu, wagi i obwodu głowy w życiu płodowym oraz po urodzeniu,
- zespół anomalii fizycznych wyrażających się widocznymi deformacjami budowy ciała, a w szczególności twarzy,
- zaburzenia neurobehawioralne (wiążące się z nieprawidłowościami ze strony układu nerwowego, mającymi wpływ na funkcjonowanie i zachowanie).

Inne zaburzenia neurorozwojowe spowodowane piciem alkoholu przez matkę w czasie ciąży mogą być klasyfikowane jako F.88. Istotne jest to, że samo zdiagnozowanie FAS – to połowa sukcesu. Osoby z FAS borykają się z bardzo zróżnicowanymi problemami. Trudności dotyczą funkcjonowania intelektualnego, problemów z zapamiętywaniem, uczeniem się, koncentracją uwagi.

Wiele osób wykazuje nieprawidłowości behawioralne, w tym nadpobudliwość, impulsywność oraz upośledzone zachowania społeczne i adaptacyjne. W niektórych przypadkach mogą również występować problemy zdrowotne, jak: wady serca, nieprawidłowe funkcjonowanie układu hormonalnego. To tylko niektóre przykłady problemów

medycznych, jakie możemy spotkać. Wczesne rozpoznanie syndromu FAS oraz podjęcie wczesnej pracy z dzieckiem pozwalają zmniejszyć niektóre skutki i przyczynić się do zminimalizowania niektórych wtórnych nieprawidłowości. Diagnoza FAS pomaga m.in. określić, jakiej pomocy pedagogiczno-psychologicznej potrzebuje dziecko w procesie nauczania. Jak widać proces diagnostyczny jest dość złożony. W praktyce diagnoza w Regionalnym Punkcie Diagnostyki i Terapii FAS/FASD prowadzona jest za pomocą najnowszej wersji 4-Cyfrowego Kwestionariusza FASD, opisanego w przewodniku diagnostycznym „Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych (FASD) – przewodnik diagnostyczny. 4-Cyfrowy Kwestionariusz Diagnostyczny” (wydanie III, 2004, Sieć Diagnostyki i Prewencji FAS, Uniwersytet Waszyngtoński, Seattle, Waszyngton). Jednocześnie staramy się korzystać z zaleceń Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie KCPU), opisanych w 2021 roku w publikacji „Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów”.

Proces diagnostyczny składa się z następujących etapów:

1. Wywiad, ocena cech dysmorficznych.



Kynoterapia w RPDiT FAS/FASD w Lublinie

2. Analiza dokumentacji medycznej, psychologicznej, edukacyjnej, wyników badań i konsultacji specjalistycznych posiadanych przez klienta.
3. Konsultacje specjalistów (lekarz pediatra, psychiatra, neurologopeda, psycholog, pedagog, terapeuta integracji sensorycznej).
4. Omówienie wyników poszczególnych konsultacji w Zespole wg profilu neurorozwojowego.
5. Pisemna diagnoza, podsumowanie konsultacji w Zespole diagnostycznym, opis zaleceń dotyczących nauki, opieki i terapii wg indywidualnego planu pracy dla każdego klienta.
6. Szczegółowe omówienie z rodzicami/opiekunami klientów pisemnej diagnozy i zaleceń do dalszej pracy. Przedstawienie propozycji terapeutycznej dla dzieci prowadzonej w Punkcie i możliwości wsparcia dla rodziców i opiekunów.

W niektórych sytuacjach zalecamy kontakt z innymi specjalistami: lekarzem wybranej specjalizacji, pedagogiem szkolnym, pracownikiem socjalnym, kuratorem itp. Zespół diagnostyczny regularnie prowadzi spotkania wszystkich specjalistów zaangażowanych w prowadzenie diagnozy i terapii. Podczas spotkań omawiane są sprawy dotyczące poszczególnych klientów. Wspólne konsultacje dzięki wykorzystaniu kompetencji całego Zespołu, pozwalają na sformułowanie kompleksowej wielospecjalistycznej diagnozy indywidualnej z wykorzystaniem różnych perspektyw. Omówienie przypadku na wspólnym spotkaniu zespołu diagnostycznego służy wnikliwemu rozpoznaniu i zrozumieniu sytuacji klienta oraz sformułowaniu najlepszych zaleceń. Ważne jest, aby członkowie Zespołu mieli świadomość właściwego standardu pracy. Chcieli i umieli stosować się do wyznaczonych zasad i norm. Pracowników Punktu obowiązuje tajemnica zawodowa, zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Oznacza to, że informacje przekazane w czasie konsultacji, prowadzonej diagnozy, spotkań, terapii lub w przekazanej dokumentacji objęte są tajemnicą i nie mogą zostać ujawniane.

W przypadku osób niepełnoletnich rodzice lub opiekunowie prawni mają prawo do informacji na temat wyników diagnozy dziecka. Informacje w postaci pisemnej i ustnej przekazywane są przez członków Zespołu na spotkaniu z rodzicami/opiekunami. Jeżeli w trakcie pracy z dzieckiem psycholog dowiadyuje się o zagrożeniu życia lub zdrowia osoby niepełnoletniej, np. przemocy, używkach, samookaleczaniu, myślach i zamiarach samobójczych, informuje o tym rodzica/opiekuna.

Osoby zatrudnione w RPDiT FAS/FASD biorą udział w superwizji, która jest dokonywana przy udziale zewnętrznego, certyfikowanego superwizora. Ich praca poddawana jest systematycznej analizie. Daje to możliwość wglądu we własne procesy analityczne i diagnostyczne. Umożliwia członkom Zespołu podnoszenie swoich kompetencji i postawienie trafniejszej diagnozy i lepszego rozumienia osób korzystających z pomocy, co przekłada się na efektywność pracy. Proces superwizji nie narusza zasady tajemnicy zawodowej.

Pracownicy Punktu podnoszą swoje kwalifikacje, biorąc udział w szkoleniach, konferencjach, spotkaniach zawodowych.

Adresaci Punktu Diagnozy

Dla samorządów, które rozważają możliwość prowadzenia tego typu działań, ważne zapewne będzie, kto docelowo korzysta z ich usług. W związku z tym, że naszym organem prowadzącym jest SWL, a **środki pochodzą z tzw. korkowego, tj. wpływów z podatku akcyzowego za obrót hurtowy alkoholem**, oferta naszego Punktu przeznaczona jest dla mieszkańców województwa lubelskiego. Z diagnozy mogą korzystać dzieci i młodzieży ucząca się (do 24. roku życia) z rodzin biologicznych, adopcyjnych lub dzieci będące pod opieką pieczy zastępczej rodzinnej lub instytucjonalnej. Do Punktu mogą też być zgłaszane dzieci, które znajdują się pod opieką Ośrodka Adopcyjnego w Lublinie. Mieszkańcy województwa korzystają z naszej oferty bezpłatnie, ale jako podmiot administracji samorządowej nie możemy prowadzić działalności gospodarczej, dlatego nie możemy prowadzić diagnozy komercyjnie, gdyby np. zgłosiły się do nas osoby spoza województwa. Mamy więc pewne ograniczenia i zasady korzystania z oferty. Należy jednak pamiętać, że dostęp na terenie województwa jest optymalny, jeśli bierzemy pod uwagę chociażby kilkukrotną wizytę w Punkcie i jeśli chcemy unikać opisanej wcześniej turystyki diagnostycznej. Pomimo tych ograniczeń związanych z finansowaniem diagnozy, procedury dostępu do oferty są dość przyjazne. Zgłoszenie do RPDiT FAS/FASD w Lublinie nie wymaga skierowania. Wystarczy skontaktować się telefonicznie lub online z sekretariatem Punktu, wypełnić formularz rejestracyjny i umówić się na konsultację. W przypadku osób nieletnich konieczny jest udział w konsultacjach rodziców lub opiekunów.

Oferta terapeutyczna oraz wsparcie dla rodziców i opiekunów

Myślę, że powinniśmy jeszcze chwilę poświęcić na omówienie pełnej oferty działań Punktu. Będzie to uzupełnienie opisanych wcześniej kosztów funkcjonowania. Poza wspomnianą już diagnozą, mamy bogatą ofertę terapeutyczną. Prowadzimy, jak wspomniałam, terapię w zakresie integracji sensorycznej i neurologopedycznej, ale też w 2023 roku wprowadziliśmy do oferty neurosensomotoryczną integrację odruchów (MNRI) dr S. Masgutowej. Prowadzimy turnusy terapeutyczne dla dzieci i rodziców oraz terapię dla dzieci i rodziców w systemie stacjonarnym. Dużą popularnością, zwłaszcza wśród naszych najmłodszych klientów cieszy się kynoterapia, w której naszej specjalistce kynoterapii, towarzyszą psi terapeuci Inka i Hero. Kynoterapia w naszym Punkcie prowadzona jest zarówno w formie grupowej (maluchy i dzieci starsze), jak też indywidualnej. Każde dziecko uczestniczy w obu formach, ponieważ każda z nich rozwija inne kompetencje i uczy innych rzeczy.

To, co dla nas ważne, to również dobrostan rodziców i opiekunów. Oni są na pierwszej linii frontu i pracują z dzieckiem na co dzień, dlatego ważne jest, żeby mieli odpowiednią wiedzę i umiejętności pomocy dziecku, a także to, co nieodzowne – odpowiednie nastawienie i motywację. Rodzice są regularnie zapraszani do działań edukacyjnych, jak szkolenia czy webinary. Na naszej stronie internetowej stworzyliśmy specjalną zakładkę – Kompendium wiedzy o FAS, gdzie znaleźć można materiały wideo, audio, czy artykuły o FAS. To, co daje też realną pomoc, to regularne spotkania rodziców i opiekunów na grupie wsparcia i grupie psychoedukacyjnej. Dostępne są też konsultacje indywidualne z psychoterapeutą lub psychologiem. Każdy może się umówić i przedyskutować swój problem bardziej szczegółowo. Bardzo się cieszymy, że udało nam się zebrać tak dobrze przygotowanych merytorycznie specjalistów. A to, co cieszy, najbardziej jest to, że każda z tych osób jest zainteresowana poszerzaniem swojej wiedzy. FAS/FASD nie jest nowym zagadnieniem, jednak w ostatnim czasie jest wiele nowych badań, opracowań i ta wiedza musi być aktualizowana. Praca z ludźmi z pasją, którzy są otwarci i chłonni wiedzy, to prawdziwa przyjemność.

Przekłada się to również na zainteresowanie ofertą Punktu. Oczywiście nadal pracujemy nad rozpoznawalnością i dbamy o to, by informacja o naszej działalności dotarła do wszystkich zainteresowanych. Od kwietnia do końca czerwca 2023 roku zgłosiło się do nas 211 osób. Z czego diagnozę w kierunku FAS/FASD otrzymało 129 osób (FAS N=64, FASD N=65). Te osoby oraz ich rodzice/opiekunowie są objęte ofertą pomocową. To jest nasza teraźniejszość.

Plany na przyszłość, wyzwania

Chcielibyśmy poszerzyć naszą działalność edukacyjno-promocyjną związaną z FAS, tak by zapobiegać temu zjawisku, a nie tylko minimalizować szkody. Aktualnie mamy ofertę edukacyjną dla powiatów. Szkolimy pracowników PCPR, poradni pedagogiczno-psychologicznych, nauczycieli, pedagogów szkolnych oraz pracowników pieczy zastępczej i rodziców zastępczych. Chcielibyśmy nawiązać bliższą współpracę ze środowiskiem medycznym – głównie kierujemy swoją ofertę do pielęgniarek i położnych. Naszym marzeniem jest prowadzenie również praktyk i staży dla przyszłych specjalistów. Obecnie mamy kilka osób, które zgłosiły się do nas i odbyły taką praktykę, ale na pewno możliwości jest więcej. Jesteśmy dumni z tego, że możemy współpracować z zaangażowanymi osobami. Mam tu na myśli zarówno naszych specjalistów, którzy są dobrymi fachowcami w swoich dziedzinach, ale też decydentów w samorządzie i w naszej instytucji. Korzystamy z pomocy i wsparcia pracowników administracji samorządowej. Stworzyliśmy sieć lokalnych powiatowych koordynatorów, którzy pomagają nam i naszym klientom w terenie. To osoby, które mają wpływ na politykę w obszarze alkoholu i wiedzą, jak to robić dobrze i skutecznie. Cieszymy się, że dzięki temu możemy pracować na wysokim poziomie i w słusznej sprawie.

Przypisy

¹ Źródło: „Diagnoza województwa lubelskiego w zakresie używania substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych oraz dostępność oferty pomocowej w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych”, <http://rops.lubelskie.pl/raport-z-badania-diagnoza-województwa-lubelskiego-w-zakresie-uzywania-substancji-psychoaktywnych-wsrod-osob-doroslych-oraz-dostepnosci-oferty-pomocowej-w-obszarze-przeciwdzialania-uzaleznieniu-od-sub/>

Najważniejszym celem projektu FAR SEAS było ograniczenie występowania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD), w tym płodowego zespołu alkoholowego (FAS). Jest to możliwe poprzez wspieranie kobiet w wieku rozrodczym, w szczególności kobiet w ciąży, w ograniczaniu spożycia przez nie alkoholu. Projekt został sfinansowany z środków unijnych.

PROFILAKTYKA FASD – WYNIKI PROJEKTU PILOTAŻOWEGO FAR SEAS

Marta Zin-Sędek

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Do picia alkoholu w ciąży przyznaje się w badaniach ankietowych od kilku do kilkunastu procent Polek. Powołując się na najnowsze dane dotyczące tego problemu – picie alkoholu w ciąży zadeklarowało 7,1% respondentek, które kiedykolwiek były w ciąży (Rowicka i in., 2021). Z uwagi na deklaracyjny charakter danych dotyczących spożywania alkoholu w ciąży można zakładać, że prawdziwe rozpowszechnienie tego zjawiska jest poważniejsze.

Mając na uwadze przytoczone wyniki profilaktyka zachowań prozdrowotnych kobiet w wieku rozrodczym wymaga szczególnej interwencji. Poszukując jak najlepszych rozwiązań w tym obszarze, zrealizowany został europejski projekt badawczy FAR SEAS (**Fetal Alcohol Reduction and Exchange of European Knowledge After SEAS**)¹.

Podstawowym celem projektu FAR SEAS było ograniczenie występowania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD), w tym płodowego zespołu alkoholowego (FAS). W ramach realizacji tego celu podjęto szereg działań, takich jak: opracowanie, pilotażowe wdrożenie i przeprowadzenie ewaluacji dobrych praktyk opartych na dowodach naukowych dotyczących wspierania kobiet w wieku rozrodczym, w szczególności kobiet w ciąży, na poziomie regionalnym, mających na celu ograniczenie spożycia przez nie alkoholu. Projekt FAR SEAS podzielony był na dwa zadania²:

1. Pilotaż dobrych praktyk opartych na dowodach na poziomie regionalnym w celu zmniejszenia ryzyka płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD).
2. Opracowanie dokumentów informacyjnych opartych na dowodach oraz zorganizowanie warsztatów mających na celu wymianę wiedzy i budowanie potencjału polityki wobec alkoholu w trzech tematach: marketing internetowy, zakupy i handel

transgraniczny oraz ocena częstości występowania FASD w poszczególnych krajach.

Niniejszy artykuł dotyczy pierwszego zadania. Oparty jest na niepublikowanych dotąd wynikach na temat zmian wiedzy uczestniczek i realizatorów projektu oraz informacjach z niedawno opublikowanego artykułu „Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project” (Okulicz-Kozaryn i in., 2023), a także będącego w przygotowaniu artykułu dotyczącego wytycznych w zakresie profilaktyki FASD (Bruguera i in., w przygotowaniu).

Działania podejmowane w zadaniu 1. polegały na opracowaniu i przetestowaniu regionalnego pakietu interwencyjnego, opartego na dostępnych dowodach dobrych praktyk. Jego celem było wsparcie kobiet w wieku rozrodczym, zwłaszcza kobiet w ciąży, w zmniejszaniu ryzyka rozwoju FASD u ich dzieci.

Struktura organizacyjna projektu

Pierwszym krokiem zadania 1. w projekcie było stworzenie katalogu działań mających na celu zapobieganie narażeniu na alkohol w okresie prenatalnym. W tym celu zrobiono kompleksowy, międzynarodowy przegląd literatury uzupełniony o ankietę przeprowadzoną wśród profesjonalistów zajmujących się opracowaniem i/lub wprowadzaniem krajowych, lokalnych lub międzynarodowych dobrych praktyk zapobiegania FASD (Bruguera i in., w przygotowaniu). Uzyskaną z obu źródeł wiedzę wykorzystano do opracowania kompleksowego pakietu profilaktycznego FASD. Pilotaż wdrożenia i ewaluacji tego pakietu na poziomie regionalnym przeprowadzony został w Polsce, konkretnie w województwie mazowieckim. Przygotowane przez

międzynarodowy zespół badawczy założenia i narzędzia pracy z kobietami w wieku rozrodczym wymagały opracowania i adaptacji do polskich warunków, różniących się zarówno pod względem rozwiązań prawnych, jak i organizacyjnych instytucji przewidzianych do pracy z kobietami, takimi jak służba zdrowia czy pomoc społeczna. W tym procesie dużą rolę odgrywał zespół ekspertów. Zaproszenie do współpracy przyjęli terapeuci uzależnień, kurator sądowy, lekarz ginekolog, neurolog, psychiatra, pielęgniarka, przedstawiciele pomocy społecznej, ośrodka adopcyjnego oraz stowarzyszenia abstynenckiego i fundacji zajmującej się promocją naturalnego karmienia piersią.

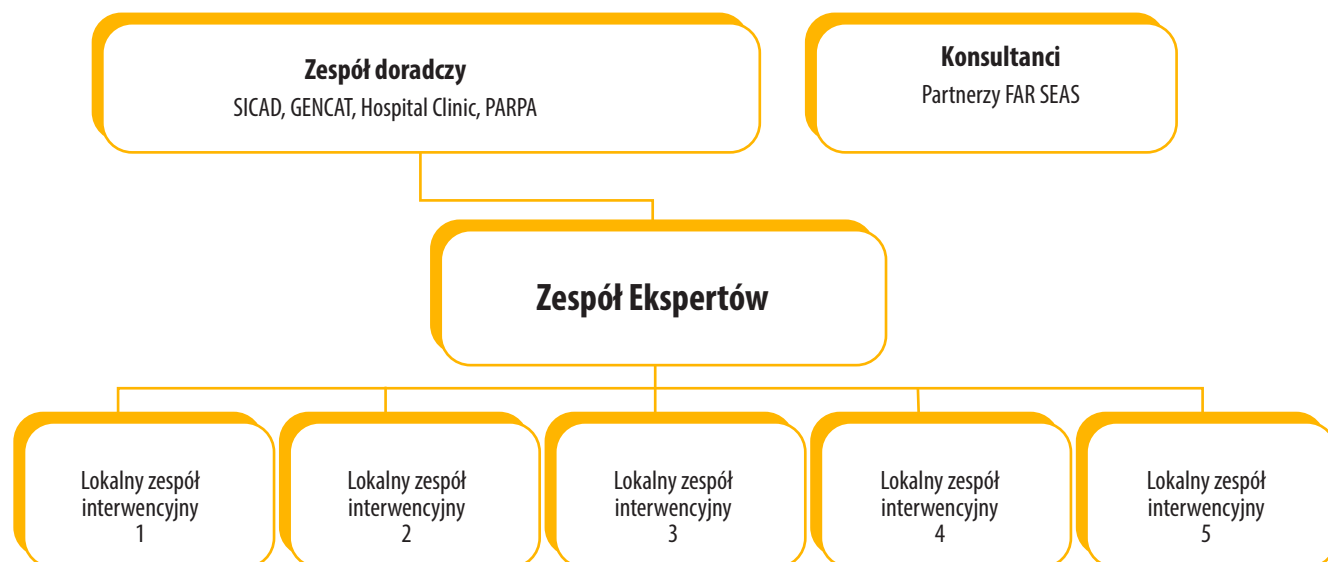
Do pilotażu zostało wybrane województwo mazowieckie przede wszystkim z dwóch powodów: z uwagi na dostępne w największych miastach województwa usługi – zarówno w zakresie zdrowotnym, jak i socjalnym, ale także z powodów organizacyjnych (zespół badaczy zatrudniony jest na terenie województwa mazowieckiego). W założeniu działania miały być przeprowadzone w Płocku, Radomiu oraz w trzech warszawskich dzielnicach: Ursus, Wilanów i Białołęka. Wybierając do projektu miasta Płock oraz Radom wzięto pod uwagę przede wszystkim to, że jako największe miasta Mazowsza, mają stabilną i dobrze utrwaloną infrastrukturę zarówno w systemie zdrowotnym, jak i socjalnym i edukacyjnym. Natomiast poszczególne dzielnice Warszawy wybrano ze względu na odsetek kobiet w wieku rozrodczym, który w tych dzielnicach jest jednym z najwyższych w stolicy. Ze względu na

trudności organizacyjne w Warszawie, nie udało się stworzyć trzech lokalnych zespołów. W ich miejsce zaproszono do współpracy przedstawicieli powiatu pruszkowskiego. Ostatecznie projekt był prowadzony w dzielnicy Ursus, a także w Radomiu i Płocku oraz w powiecie pruszkowskim.

W każdym z wybranych miejsc planowano stworzyć współpracujący ściśle ze sobą pięcioosobowy, interdyscyplinarny lokalny zespół interwencyjny, składający się z lokalnych przedstawicieli środowiska medycznego, pracowników pomocy społecznej oraz psychologów. Kolejnym ważnym krokiem było więc zebranie w powyższych miejscach członków interdyscyplinarnych zespołów, które miały realizować pilotaż. Ze względu na panującą w okresie tworzenia zespołów oraz rekrutacji uczestniczek projektu pandemię COVID-19 ostatecznie w zespołach realizatorów znaleźli się przede wszystkim przedstawiciele pomocy społecznej oraz placówek leczenia uzależnienia, wspierani przez osoby ze stowarzyszeń abstynenckich.

Głównym zadaniem zespołów interdyscyplinarnych było wspieranie kobiet pijących alkohol w sposób ryzykowny w zmianie wzoru picia. Określenie poziomu ryzyka wynikało z przyjętych wytycznych. Jeśli niebędąca w ciąży kobieta nie pije alkoholu lub pije jedynie niewielkie ilości, a kobieta ciężarna nie pije odkąd dowiedziała się, że jest w ciąży, a przed nią była abstynentką lub piła alkohol w niewielkich ilościach, to w jej przypadku można określić ryzyko urodzenia dziecka z FASD jako niskie. Umiarkowane

Rys. 1. Struktura organizacyjna pilotażu.



ryzyko określone zostanie w przypadku kobiety pijącej w trakcie ciąży lub pomimo abstynencji w ciąży, mającej przed ciążą ryzykowny wzór picia lub doświadczenie leczenia uzależnienia od alkoholu. W odniesieniu do kobiety niebędącej w ciąży znajdzie się ona w grupie umiarkowanego ryzyka, jeśli pije alkohol i nie stosuje skutecznej antykoncepcji. W grupie wysokiego ryzyka znajdzie się kobieta (w ciąży lub niestosująca skutecznej antykoncepcji), która spełnia kryteria diagnostyczne zaburzenia uzależnienia od alkoholu. W procesie rekrutacji uczestniczek do projektu realizatorzy posługiwali się kwestionariuszem mającym pomóc oszacować ryzyko picia alkoholu w czasie ciąży. Dotyczył on nie tylko kwestii picia alkoholu, ale także innych czynników ryzyka zidentyfikowanych przez badaczy w trakcie opracowywania założeń do pilotażu.

Na początek realizatorzy mieli oszacować poziom ryzyka picia alkoholu za pomocą testu AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test – Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu). W początkowym etapie rekrutacji stosowano krótszą wersję tego testu – kobietom niebędącym w ciąży zadawano trzy pytania z AUDIT-C (The Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise), a kobiety ciężarne pytano o wzór obecnego picia oraz picia 3 miesiące przed zajściem w ciążę, przeprowadzając z nimi AUDIT-P [pregnant – w ciąży]. W przypadku uzyskania przez kobiety niebędące w ciąży co najmniej 4 punktów, a kobiety ciężarne 1 punktu lub 4

punktów w pytaniach o picie przed ciążą, zadawano im wszystkie 10 pytań. Ponadto rozpoznawano też sytuację życiową uczestniczek w celu identyfikacji dodatkowych czynników ryzyka picia alkoholu w czasie ciąży. W kwestionariuszu zawarto pytania o palenie papierosów, zażywanie narkotyków, aktywność seksualną i stosowane metody antykoncepcji, kwestie problemów z nastrojem (kwestionariusz PHQ-9) oraz sytuację rodzinną pod kątem przemocy.

Kobietom w grupie niskiego ryzyka realizatorzy mieli przekazywać informację zwrotną z wynikiem oraz ulotkę *Ciąża bez alkoholu*, w której zachęcano do abstynencji w czasie ciąży, karmienia piersią, ale też w przypadku planowania ciąży. Zawarto w niej też informacje na temat szkodliwego wpływu alkoholu na rozwijający się płód. Uczestniczki z grupy umiarkowanego ryzyka picia alkoholu w czasie ciąży miały otrzymywać informację zwrotną i wspomnianą wcześniej ulotkę. Ponadto realizatorzy mieli przeprowadzić z nimi krótką interwencję, zaprosić na kolejne spotkanie, by sprawdzić, czy zaszła zmiana ich zachowań lub czynników ryzyka. Zadaniem realizatorów było również prowadzenie sesji indywidualnych w oparciu o dialog motywujący i specjalny zeszyt CHOICES (nazwa anagram programu, w którym kobiety w wieku reprodukcyjnym mogły dokonać wyboru – postawić na abstynencję lub przyjmowanie środków antykoncepcyjnych). Mieli przekazywać też ulotkę informacyjną na temat dostępnych w Polsce form antykoncepcji. Wobec osób z grupy wysokiego ryzyka miały być prowadzone te same działania plus specjalnie dostosowany do indywidualnych potrzeb pakiet pomocy, łącznie z wizytami domowymi.

Aby móc realizować powyższe działania, realizatorzy projektu przeszli szkolenia prowadzone przez przedstawicieli zespołu ekspertów oraz pracowników PARPA (obecnie KCPU).

Uczestniczki projektu FAR SEAS

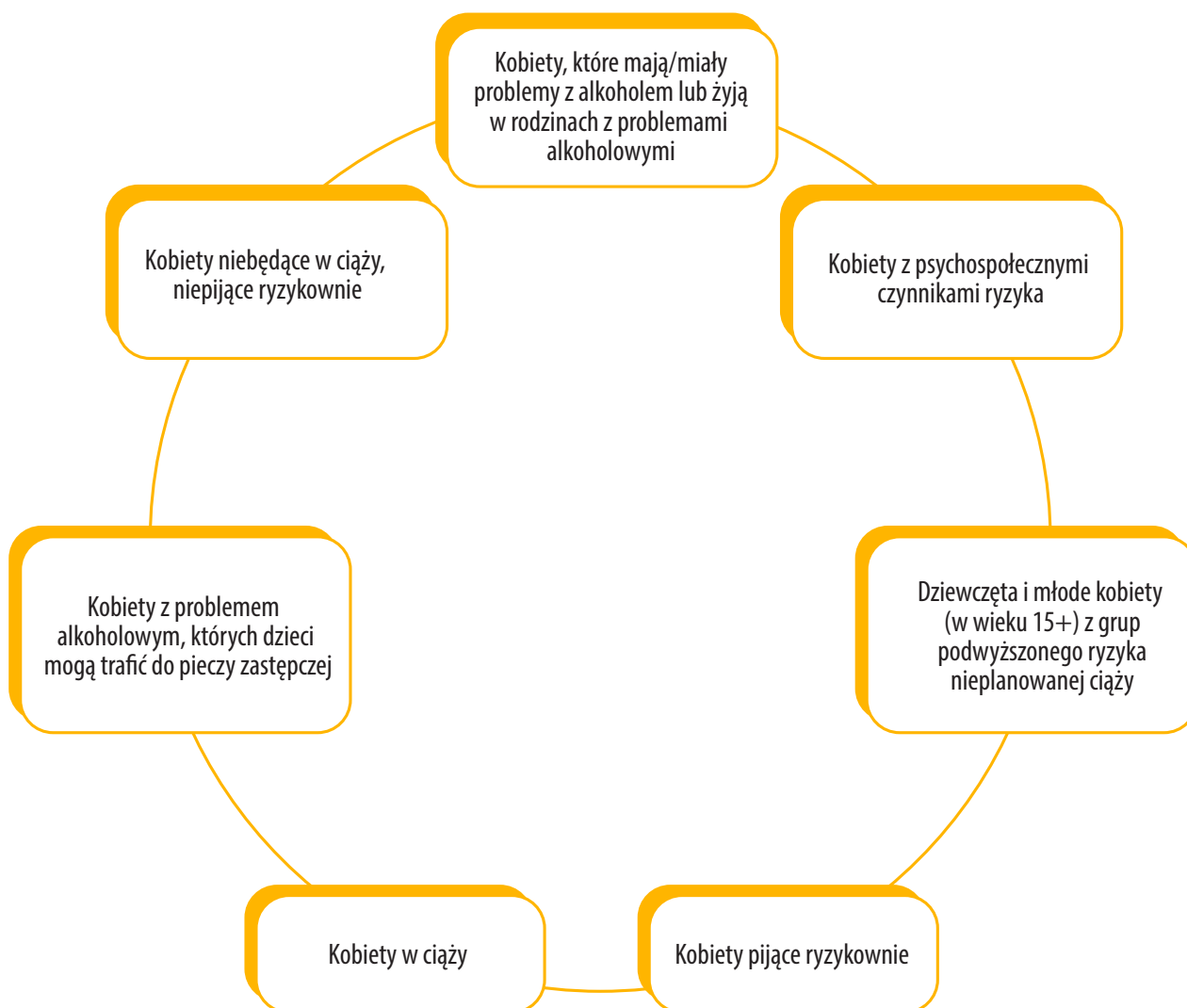
Projekt skierowany był do kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat), zarówno ciężarnych, jak i tych niebędących w ciąży, które nie miały zdiagnozowanej niepłodności. Łącznie w projekcie uczestniczyło 441 kobiet. Wpływ na realizację założeń dotyczących sposobu i wielkości naboru uczestniczek miała wspomniana już wcześniej pandemia COVID-19, która ograniczyła możliwości

Tabela 1. Kryteria, które brano pod uwagę, przydzielając kobiety do poszczególnych grup ryzyka.

Czynniki ryzyka	Kobiety będące w ciąży	Kobiety niebędące w ciąży
AUDIT-P (przed ciążą)	4+	
AUDIT-P (podczas ciąży)	1+	
AUDIT-C		4+
Stosowanie antykoncepcji		nie
Palenie tytoniu (obecnie)	tak	tak
Zażywanie narkotyków (obecnie)	tak	tak
Przemoc w rodzinie	tak	tak
Depresja (PHQ9)	10+	10+

Źródło: Tabela 8 z raportu „D12 – Evaluation of the effect of the pilot approach”.

Rys. 2. Grupy kobiet, do których został skierowany projekt.



rekrutacji i uniemożliwiła nabór w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Na etapie rejestracji najwięcej kobiet znalazło się w grupie niskiego ryzyka (69%). Osoby z grupy wysokiego ryzyka picia alkoholu w ciąży stanowiły 7% uczestniczek. W trakcie realizacji pilotażu zgodnie z informacjami przekazanymi przez realizatorów przeprowadzili oni w sumie ok. 200 krótkich interwencji oraz prawie 100 sesji motywujących, kilka uczestniczek wymagało wizyt domowych.

Uczestniczkom z każdej grupy ryzyka po 6 miesiącach w ramach ewaluacji zadano te same pytania co podczas rekrutacji, by sprawdzić, jak zmienił się ich wzór picia alkoholu lub czynniki ryzyka.

Na etapie badania ewaluacyjnego liczba kobiet niebędących w ciąży, które uzyskały wynik pozytywny w teście AUDIT-C (≥ 4 dla kobiet niebędących w ciąży i ≥ 1 dla kobiet w ciąży), zmniejszyła się – odsetek kobiet spadł z 19% na etapie rejestracji do 3,2% po sześciu miesiącach. W przypadku 42 kobiet w ciąży 9,5% osiągnęło co najmniej 1 punkt (4 kobiety). Większość kobiet będących w ciąży na początku badania podczas zbierania danych ewaluacyjnych była już po narodzinach dziecka.

Zaobserwowano również wzrost liczby kobiet stosujących antykoncepcję. Na etapie rejestracji – 52,8% stosowało antykoncepcję, a podczas badania ewaluacyjnego – 60%. Znacząco zwiększyła się wiedza uczestniczek projektu. Na początku większość z nich (ponad 70%) nie znała

pojęcia porcji standardowej alkoholu, ani jej wielkości, natomiast na etapie ewaluacji niemal wszystkie uczestniczki znały to pojęcie i wiedziały, że taka porcja to 10 g 100% alkoholu. Zwiększył się też odsetek kobiet, które wiedziały, jakie są zalecenia maksymalnego spożycia dla kobiet niebędących w ciąży i mężczyzn – przy rejestracji niemal żadna z nich tego nie wiedziała. Natomiast po projekcie już co najmniej co czwarta uczestniczka знаła te zalecenia.

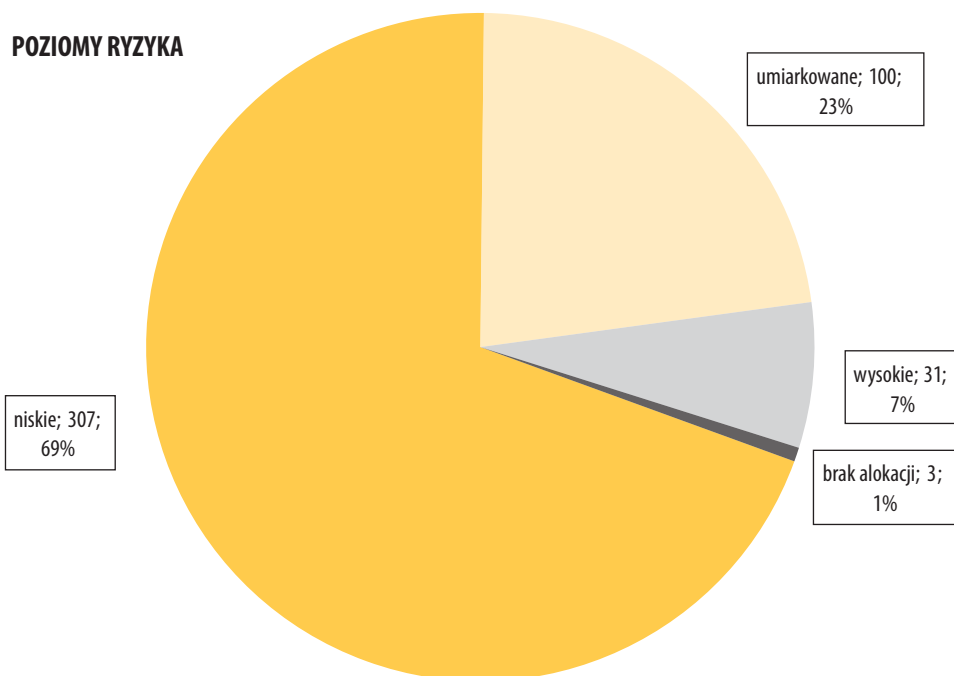
Uczestniczki projektu miały świadomość szkód wynikających z picia alkoholu w czasie ciąży oraz karmienia piersią – niemal wszystkie już na etapie rekrutacji wiedziały, że picie nawet małych ilości alkoholu czy też upicie się jest szkodliwe (najniższy odsetek – 88% zanotowano w przypadku pytania o szkodliwość picia małych ilości alkoholu od czasu do czasu).

Zwiększyła się też wiedza na temat FASD i FAS. Zdecydowanie bardziej rozpowszechnione jest pojęcie FAS – na początku projektu znało je ponad 65% uczestniczek, pod koniec projektu już wszystkie. Natomiast nieco mniej niż połowa kobiet znała pojęcie FASD, natomiast po projekcie znały je już niemal wszystkie. Niemal wszystkie uczestniczki były bardzo zadowolone z udziału w projekcie i wysoko go oceniły pod względem jasności, przydatności świadczeń i dostępności proponowanych usług.

Realizatorzy projektu FAR SEAS

Ogromną rolę odegrali w pilotażu lokalni realizatorzy projektu. Również w ich przypadku zaplanowano w projekcie działania ewaluacyjne. Warunkiem przystąpienia przez realizatorów do szkolenia prowadzonego przez ekspertów projektu było uzupełnienie przez nich ankiet dotyczących przede wszystkim ich wiedzy na temat wpływu alkoholu na płód oraz postaw wobec kobiet pijących alkohol w czasie ciąży, a także znajomości różnych procedur pracy z osobami pijącymi alkohol, takimi jak porcja standardowa, test przesiewowy AUDIT, procedura krótkiej interwencji itp. Na zakończenie projektu zadano realizatorom podobne pytania. W badaniu ewaluacyjnym (ok. 13 miesięcy od rozpoczęcia działań w projekcie) udział wzięło 12 na 30 zrekrutowanych realizatorów (24 rzeczywiście podejmujących jakiekolwiek działania), którzy pracowali z kobietami uczestniczącymi w projekcie. W ewaluacji wzięło udział po 6 realizatorów z Płocka i Radomia: trzech pracowników socjalnych, po dwóch asystentów rodziny, terapeutów uzależnień, dwie pielęgniarki oraz jeden pedagog i jeden przedstawiciel stowarzyszeń abstynenckich. Opisane poniżej wyniki dotyczą odpowiedzi jedynie tych 12 realizatorów.

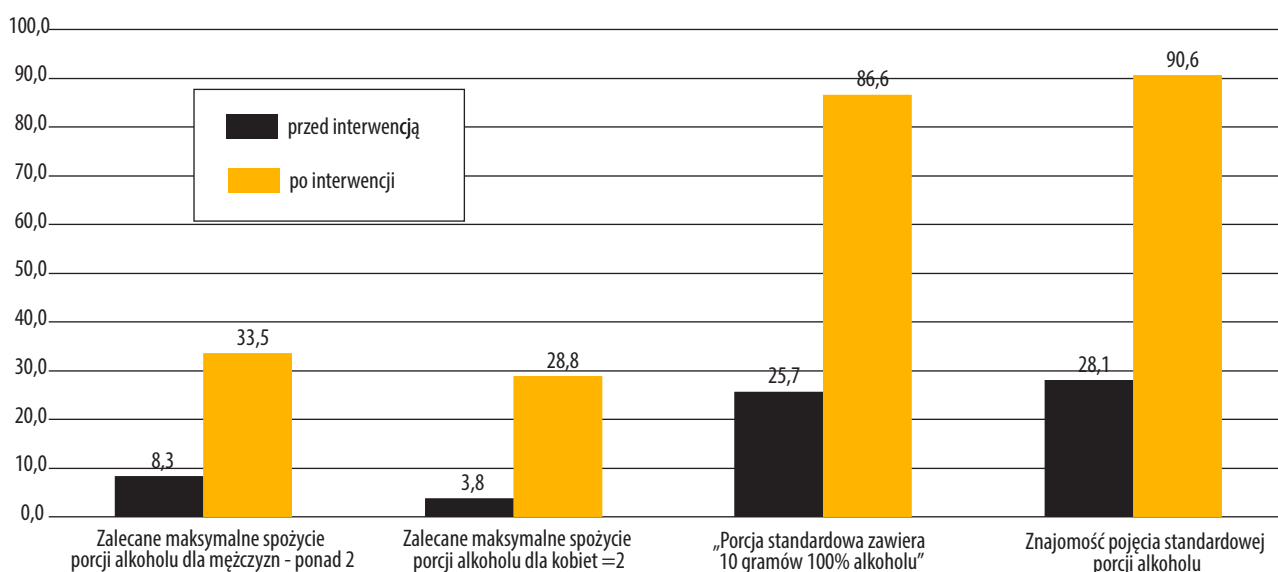
Rys. 3. Przynależność kobiet do różnych grup ryzyka związanego z piciem alkoholu w czasie ciąży na etapie rejestracji do badania (%).



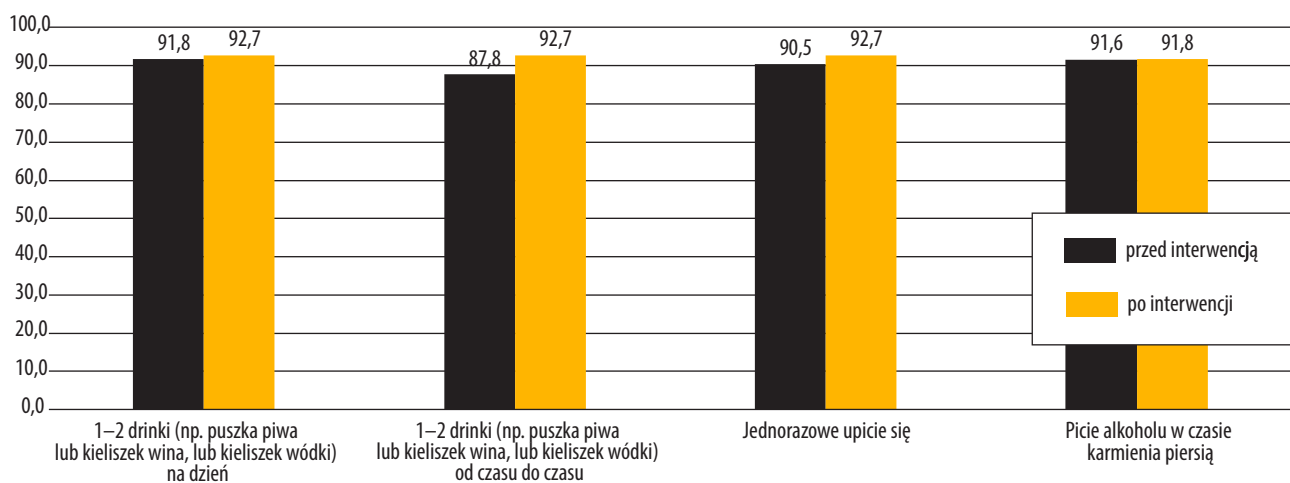
Na etapie ewaluacji widoczne były pozytywne zmiany w wiedzy realizatorów. Przed szkoleniem jedynie co czwarty realizator znał standardowe narzędzie do badań przesiewowych w kierunku nadużywania alkoholu, po zakończeniu projektu – niemal każdy. Co trzeci realizator słyszał o koncepcji krótkiej interwencji w celu ograniczenia ryzyka związanego z piciem alkoholu, a po projekcie znali ją już wszyscy. Nieco bardziej rozpowszechniona była wiedza na temat sesji indywidualnych prowadzonych metodą dialogu motywującego – niemal połowa o nich słyszała, a na koniec projektu – prawie każdy realizator.

Znajomość pojęcia porcji standardowej alkoholu i jej definicji deklarowało przed szkoleniem trzy czwarte realizatorów, po projekcie już każdy. Nieco mniej osób znało zalecane maksymalne (na poziomie niskiego ryzyka szkód) spożycie w ciągu dnia standardowych porcji alkoholu dla kobiet niebędących w ciąży, przy założeniu, że podczas 2 dni w tygodniu utrzymują one pełną abstynencję (do 2 porcji) oraz dla mężczyzn (do 4 porcji). Przed szkoleniem poprawne odpowiedzi zostały udzielone przez nieco mniej niż połowę realizatorów, po projekcie – przez ok. 2/3 w przypadku picia kobiet i 3/4 w odniesieniu do picia mężczyzn.

Rys. 4. Znajomość przez kobiety pojęcia „porcja standardowa” przed interwencją i po interwencji (%).



Rys. 5. Wiedza na temat szkodliwości picia alkoholu wśród kobiet uczestniczących w projekcie przed i po interwencji (suma odpowiedzi wypicie poniższych ilości jest niezbyt bezpieczne oraz bardzo niebezpieczne (%)).

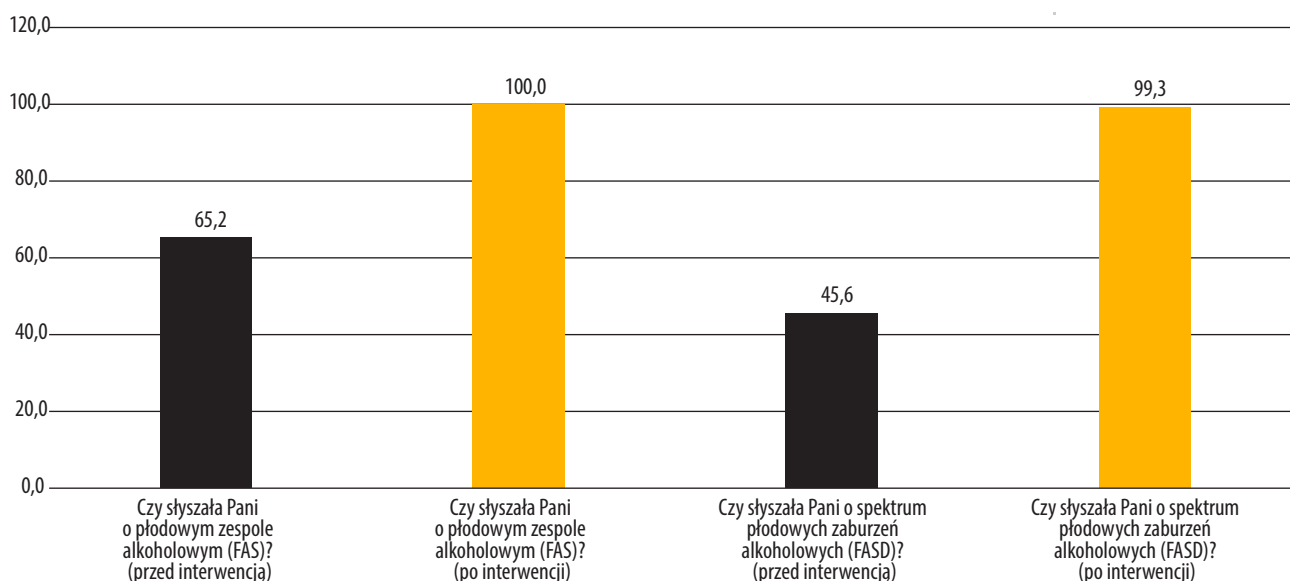


Zwiększyła się również wiedza realizatorów na temat charakterystycznych cech FASD u dzieci.

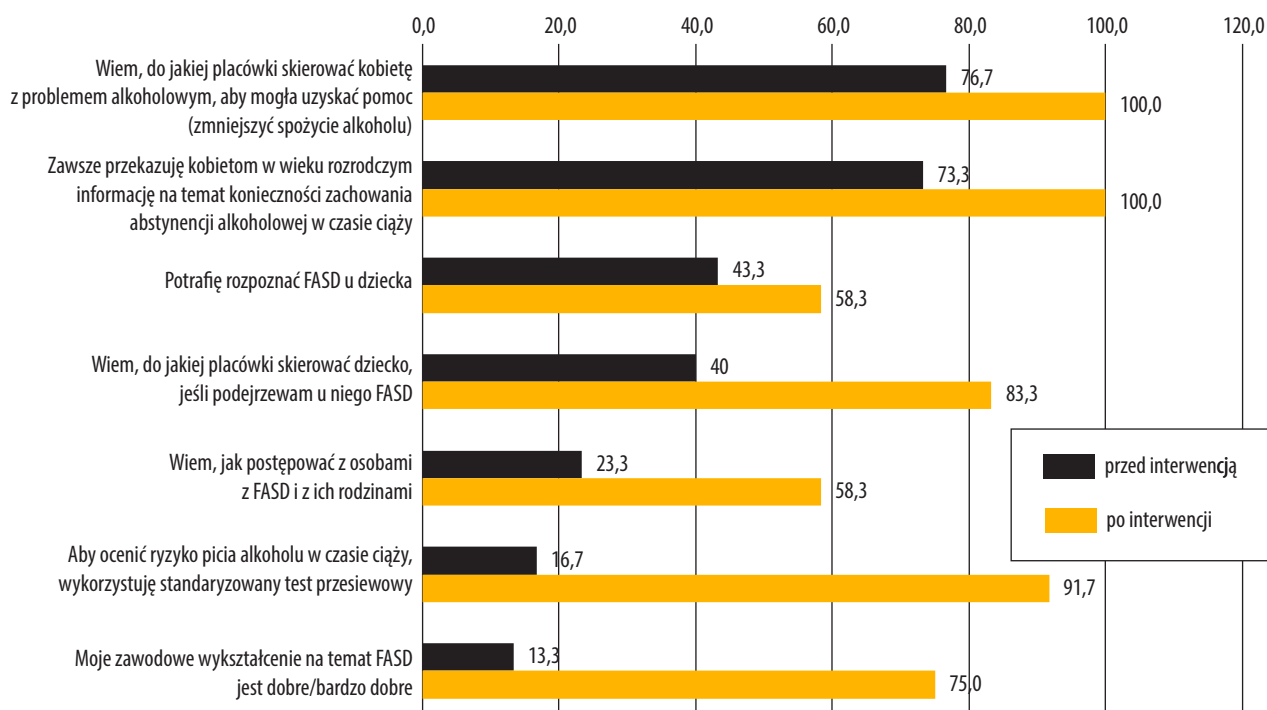
To, co wydaje się ogromną wartością projektu, to wzrost wiedzy realizatorów: jak korzystać z testu przesiewowego AUDIT, jak pracować z kobietą, u której podejrzewają

problemy alkoholowe czy też, jak postępować w przypadku osób, u których zdiagnozowano FASD oraz z ich rodzinami. W wyniku udziału w projekcie zmieniły się też postawy realizatorów wobec kobiet pijących w czasie ciąży. Mniej osób deklarowało krytyczny stosunek wobec

Rys. 6. Znajomość pojęcia FAS/FASD wśród kobiet uczestniczących w projekcie (%) przed i po interwencji.



Rys. 7. Odczucia realizatorów w projekcie w zakresie różnych sfer wiedzy i umiejętności przed i po interwencji (%).



nich, a więcej uznawało, że powinny otrzymywać taką samą opiekę okołoporodową jak inne pacjentki. Zwiększył się także odsetek osób, które uważają, że kobiety pijące w ciąży powinny zostać objęte specjalistyczną pomocą, a także, że należy je kierować do ośrodka terapii uzależnień. Nie zawsze jednak kierunek zmian w poglądach realizatorów był pozytywny. Zwiększył się odsetek osób, które odczuwały złość w stosunku do kobiet, które piją lub piły w ciąży, a także tych, którzy podświadomie dążą do ich ukarania. Pojawiły się też opinie, których nie było przed realizacją projektu, że należy takim kobietom odebrać dziecko. Być może te opinie związane są ze wzrostem wiedzy realizatorów na temat konsekwencji, jakie powoduje ekspozycja płodu na alkohol. Po zakończeniu projektu realizatorzy ocenili, że wiedza i doświadczenia uzyskane w jego trakcie są bardzo przydatne w ich rutynowej pracy. Mieli też poczucie, że ich działania mają znaczenie, że mają rzeczywisty wpływ na przebieg ciąży ich pacjentek/podopiecznych oraz że praca z kobietami w ciąży jest satysfakcjonująca.

Wyniki zrealizowanego w Polsce badania pilotażowego FAR SEAS wskazują, że na poziomie lokalnym jest możliwa interdyscyplinarna profilaktyka FASD. Dzięki niej uzyskać można pozytywne zmiany w zachowaniach związanych z piciem alkoholu. Szczególnie istotne wydaje się aktywne zaangażowanie pracowników pomocy społecznej, którzy dzięki projektowi zdobyli umiejętności pozwalające im na pracę z kobietami z grupy ryzyka urodzenia dziecka z FASD, a jak wskazują wyniki projektu rozpowszechnienie osób korzystających z pomocy społecznej w grupie umiarkowanego i wysokiego ryzyka picia alkoholu w czasie ciąży jest znacznie wyższe niż w populacji ogólnej (Okulicz-Kozaryn i in, 2023).

Podsumowanie projektu

Na podstawie doświadczeń z projektu FAR SEAS w raporcie sformułowano kilka wniosków, mogących pozytywnie wpływać na skuteczność podejmowanych

w przyszłości działań w zakresie profilaktyki picia alkoholu w ciąży. Na poziomie organizacyjnym, zarówno na etapie projektowania, jak i implementacji interwencji, należy zwracać szczególną uwagę na identyfikowanie barier, jakie mogą się pojawić podczas całego działania. Ponadto niezwykle ważne jest nieustanne wspieranie realizatorów interwencji na każdym etapie procesu. Należy też założyć prowadzenie działań kontrolnych we współpracy z realizatorami i kadrą kierowniczą, aby móc skutecznie i na czas zidentyfikować problemy czy bariery i poszukiwać czynników sprzyjających podnoszeniu skuteczności podejmowanych działań. Ważnym wnioskiem z projektu jest to, że realizatorzy niebędący pracownikami służby zdrowia, mogą być skutecznym podmiotem prowadzącym procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji i kierować do programów leczenia kobiety w ciąży lub kobiety zagrożone piciem w czasie ciąży w sposób niestygmatyzujący i empatyczny (Bruguera i in, w przygotowaniu).

Przypisy

- ¹ Projekt FAR SEAS był realizowany w ramach przetargu na usługi przyznanego przez Komisję Europejską konsorcjum instytucji kierowanego przez Fundację Badań Biomedycznych CLINIC (FCRB, Barcelona); <https://far-seas.eu/>
- ² Oprócz zadań merytorycznych w projekcie prowadzone były też działania koordynacyjne oraz komunikacyjne.

Bibliografia

- Bruguera C., Segura-García L., Okulicz-Kozaryn K., Candin C., Matrai S., Braddick F., Zin-Sędek M., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., & Colom J., „Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: The FAR SEAS Guidelines”, w przygotowaniu.
- Okulicz-Kozaryn K., Segura-García L., Bruguera C., Braddick F., Zin-Sędek M., Candin C., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., Ghirini S., Colom J., & Matrai S. (2023), „Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: Promising results from the FAR SEAS pilot project”, *Frontiers in Psychiatry*, 14(1243904). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1243904>
- Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021), „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.”, PARPA.



Funded by
the Health Programme
of the European Union

Projekt FAR SEAS został sfinansowany z programu UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020 w ramach umowy o świadczenie usług 20187106 z Agencją Wykonawczą ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA) działającą na zlecenie Komisji Europejskiej (DG SANTE).

Zastrzeżenie: Poglądy wyrażone w tym artykule niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Komisji i/lub HaDEA lub jakiegokolwiek innego organu Unii Europejskiej.

WYZDROWIENIE Z UZALEŻNIENIA BEZ ABSTYNENCJI I „ŻÓŁTE ŚWIATŁO” REDUKCJI SZKÓD



Z Katie Witkiewicz, profesorem psychologii i dyrektorem Centrum ds. Alkoholu, Używania Substancji i Uzależnień (Center on Alcohol, Substance Use, And Addictions, CASAA) na Uniwersytecie Nowego Meksyku w Stanach Zjednoczonych, członkiem amerykańskiej Krajowej Rady Doradczej ds. Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu (United States National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism) oraz Rady Doradców Naukowych (Board of Scientific Counselors) w Narodowym Instytucie ds. Narkomanii (National Institute on Drug Abuse), rozmawia Jakub Greń.

– Pozwól, że zacznę od pytania, czy „Katie” to twoje właściwe imię, czy zdrobnienie, którego używasz na co dzień?

– Wiem, że to dziwne mieć zdrobnienie jako swoje imię, ale w moim przypadku tak jest.

– Nie wiem, czy to dziwne, ja prawie zawsze przedstawiam się jako „Kuba”, to zdrobnienie od „Jakub”.

– A jakbyś wypowiedział moje nazwisko, gdyby kończyło się na „cz”?

– Byłoby to „Witkiewicz”.

– Witkiewicz?

– Tak. To ciekawe, że o to zapytałaś, bo sam chciałem się do tego odnieść. Przygotowując się do rozmowy, uznałem, że będę żałować, jeśli nie zapytam, czy jesteś z tych Witkiewiczów... Mam tu na myśli Stanisława Ignacego Witkiewicza. Nie wiem, czy go kojarzysz?

– Tak, oczywiście.

– Zdaje sobie sprawę, że jego praca znacząco odbiegała od twojej, jednak...

– Ale on napisał wspaniałą książkę o narkotykach (ang. narcotics), którą nawet mam u siebie!

– O ile dobrze pamiętam, książkę tę wydał w latach 30. XX wieku, zawierając w niej opisy osobistych doświadczeń pod wpływem różnych substancji, w tym zupełnie egzotycznego wtedy w Polsce peyotlu.

– Tak, właśnie.

– Ale oprócz tego stworzył również serie obrazów, głównie portretów, które z kolei malował pod wpływem tych różnych substancji...

– Te obrazy również znam.

– Świetnie. Wiem, że masz polskie korzenie, ale zastanowiło mnie, czy może jesteś z nim jakoś spokrewniona.

– Moje nazwisko powinno kończyć się na „cz”, a nie „tz”. Mój dziadek je zmodyfikował. Zajmował się wyrobem plastiku, a tak się złożyło, że jedyna firma, która zajmowała się produkcją plastiku w miejscu, gdzie dorastałam – czyli Rochester w stanie Nowy Jork – należała do Żyda. Dlatego dziadek zmienił nasze nazwisko, żeby nie być kojarzony z tą firmą, i nie być rozpoznawany jako Żyd, co w jego czasach było oczywiście bardzo niebezpieczne. Wszystko to, paradoksalnie, miało miejsce pomimo tego, że dziadek, jak i cała ta część mojej rodziny, byli polskimi katolikami. Mój pradziadek wyemigrował z Polski. Ale czy jesteśmy spokrewnieni z Ignacym, tego nie wiem.

– *Witkacy był z pewnością bardzo ciekawą postacią, i ty także również jesteś. Twój dotychczasowy dorobek naukowy jest imponujący. Zajmowałaś się zapobieganiem nawrotom uzależnień, mechanizmami zmian zachowań nałogowych, leczeniem i rehabilitacją uzależnienia od alkoholu, leczeniem uzależnień od różnych substancji opartym na mindfulness, redukcją szkód, a także zastosowaniem zaawansowanych metod statystycznych w badaniach nad tymi zagadnieniami. Coś pominąłem?*

– Nie, taki jest właśnie ogólny zakres mojej zawodowej aktywności (śmiech).

– *To określa wiele kierunków, w jakich mogłaby się potoczyć nasza rozmowa, ale chciałbym żebyśmy skupili się przede wszystkim na twoich najnowszych badaniach, czyli na – jak to nazwałaś – „wyzdrowieniu z uzależnienia bez abstynencji” (ang. non-abstinence recovery). W tym celu chciałbym zapytać Cię najpierw o kilka bardziej podstawowych kwestii, które zbudują podstawę dla tego zagadnienia.*

– Pewnie, zaczynamy.

– *Jakie jest twoje aktualne spojrzenie na uzależnienia?*

– Bardzo lubię to pytanie! Aktualnie postrzegam uzależnienia z perspektywy modelu socjoeologicznego. Dana osoba angażuje się w określone zachowanie nałogowe, np. używanie substancji psychoaktywnych czy hazard, ponieważ zachowanie to w jakiś sposób jej służy. Niekoniecznie dostarcza przyjemności czy wzmocnień w klasycznym, behawioralnym znaczeniu, ale pełni pewną funkcję. Służy jej w życiu. Stąd zaangażowanie w to zachowanie jest powtarzane. Jednak z czasem zaczyna się ono wymykać spod kontroli. Staje się elementem życia.

– *Czyli zachowanie nałogowe powiela się dzięki zaspokajaniu pewnej potrzeby czy pełnieniu jakiejś istotnej funkcji w życiu danej osoby.*

– Zgadza się. Ale kluczowe jest to, co wydarza się później. Z czasem repertuar zachowań ulega zawężeniu i staje się bardziej skupiony na zachowaniu nałogowym. I to do stopnia, w którym zaczyna to przynosić szkody, np. poświęcanie mu dużej ilości czasu i zaniedbywanie

przez to innych aktywności czy relacji. W konsekwencji następują wszystkie klasyczne kryteria uzależnień. I tu właśnie pojawia się model socjoeologiczny. Wszystko to wydarza się bowiem w pewnym kontekście, w którym – dla przykładu – nie mamy alternatywnych wzmocnień, sposobów radzenia sobie czy źródeł przyjemności. Albo znajdujemy się w środowisku osób, które również angażują się w to zachowanie, niejako je dla nas normalizując czy nawet promując. W takich sytuacjach repertuar naszych zachowań naturalnie zawęża się więc wtedy do tego nałogowego.

– *Uzależnienie nie rozwija się w próżni, a już na pewno nie w próżni społecznej.*

– Istotne jest, że każdy z czynników składających się na rozwój uzależnienia, może być także drogą do wyjścia z niego. Myślę tu np. o aktywnościach alternatywnych wobec używania substancji psychoaktywnych lub relacjach, które nie wspierają zachowań nałogowych.

– *Odwrócenie czynnika ryzyka daje czynnik chroniący?*

– Tak. Nie postrzegam uzależnień jako patologii. Nie zgadzam się z modelem uzależnienia jako choroby mózgu. Uważam, że uzależnienie jest interakcją człowieka, który angażuje się w początkowo służące mu zachowania, oraz jego otoczenia. Przy czym procesów czy mechanizmów, które również leżą u podstaw rozwoju uzależnień, jest więcej. Czy to pewne epigenetyczne modyfikacje, neuromodulacja czy po prostu zmiany behawioralne. Warto pamiętać jednak, że zachowania nałogowe same w sobie nie są patologiczne. One mogą stać się patologiczne, kiedy repertuar zachowań zawęża się do nich...

– *...a to zachowanie jest kontynuowane pomimo szkód, jakie powoduje.*

– Tak. Z tym że, jak już mówiłam, ludzie angażują się w te zachowania, bo one im początkowo służą. I kontynuują angażowanie się w te zachowania, bo oczekują, że nadal będą im służyć. Kontekst, w którym się znajdują, jest bardzo ważny dla utrzymania ich przy tym zachowaniu.

– *A jak to się stało, że zaangażowałaś się w pracę w tym obszarze?*

– To zabawne, bo był to właściwie przypadek (*śmiech*). Nie planowałam tego. Od początku wiedziałam, że chcę zostać psychologiem-naukowcem. Ale to wszystko, co wiedziałam. Dostałam się na studia z psychologii klinicznej na Uniwersytecie w Montanie. Tam jednak okazało się, że osoba, która przyjechała mnie do swojego laboratorium, nie prowadziła już badań. Była bardzo nieśmiała, krzyczała na swoich studentów itp. Zdecydowałam więc, że muszę odejść z tego laboratorium. A gdy to zrobiłam, tak się akurat złożyło, że jedyna osoba, która mogła mnie wtedy przyjąć, prowadziła badania nad uzależnieniami. Szybko się w nich zakochałam.

– ***Co sprawiło, że się w tych badaniach zakochałaś?***

– W trakcie pracy przy pierwszym projekcie naukowym moje zadanie polegało na dzwonieniu do osób po wypisie ze szpitala. Miałam pytać o ich picie, samopoczucie itd. Te rozmowy okazały się dużo głębsze. Trudności, zmagania, nadzieje, miłość – wszystko to było w nich obecne. Jeden telefon potrafił złamać mi serce, a drugi napełniał je radością, kiedy słyszałam, jak ktoś ciężko pracował nad powrotem do zdrowia i na właściwą drogę. Z jednej strony pokazało mi to złożoność i człowieczeństwo uzależnień, z drugiej rozbudziło we mnie pasję do pomagania osobom, które się z tym zmagają. Potem przeniosłam się na Uniwersytet Waszyngtoński w Seattle, gdzie obroniłam doktorat. Później współpracowałam jeszcze z paroma innymi instytucjami, aż w końcu przeprowadziłam się do Albuquerque i podjęłam pracę na Uniwersytecie Nowego Meksyku, gdzie teraz jesteśmy.

– ***Jak kształtowało się przez ten czas twoje spojrzenie na uzależnienia?***

– Wkraczając w tę dziedzinę, myślałam o niej inaczej niż obecnie. Towarzyszyła mi perspektywa o wiele bardziej patologizująca osoby z uzależnieniami. W tamtym okresie dużo mówiło się o nawrotach jako zero-jedynkowym procesie sukcesu-lub-porażki. Prowadziliśmy wtedy badania nad czymś co nazywano „modelami katastrofy”, co było bardzo wymowne, bo rzeczywiście tak wtedy postrzegano nawroty. Model ten był zaczerpnięty z teorii układów dynamicznych. To dziedzina matematyczna, która od lat 70. XX wieku była stosowana w przeróżnych obszarach, np. do modelowania ekspansji militarnej, przebiegu głosowań czy

eskalacji zachowań agresywnych. My zastosowaliśmy go do uzależnień. I poprzez tę pracę ja również postrzegałam uzależnienia jako przewlekłą i nawracającą chorobę mózgu. Właściwie to jednym z powodów, dla których przeniosłam się do Nowego Meksyku, była chęć zaangażowania się w badania neuroobrazowe. Naprawdę chciałam wtedy pójść tą drogą. Jak chyba wszyscy w tamtym czasie czułam, że odpowiedź leży w mózgu osoby uzależnionej.

– ***Taki był wtedy trend w psychologii w ogóle.***

– To prawda. A ja, już jako absolwentka, miałam okazję prezentować wyniki pewnych badań podczas warsztatów z Norą Volkov¹. Nie była ona jeszcze wtedy dyrektorką NIDA. Pamiętam, że byłam pod wrażeniem jej wykładu. To genialna kobieta. Bardzo inspirująca. Imponowała mi jej praca dotycząca mózgu, i dlatego chciałam się tym zająć. Ale jak tylko spróbowałam takich badań, to okazało się, że w ogóle ich nie polubiłam... Myślę, że najważniejsze było to, że zaczęłam wtedy kwestionować model uzależnienia jako choroby mózgu.

– ***Skąd ta zmiana?***

– Miałam wówczas okazję pracować z Julie Tucker², co było być może największym szczęściem w mojej karierze. No, może poza samym wejściem w dziedzinę uzależnień. Tak się złożyło, że miałyśmy w tym samym czasie swoje urlopy naukowe i ona również zdecydowała się spędzić ten czas tutaj, w Nowym Meksyku. Odbiliśmy więc wiele rozmów o uzależnieniach i zdrowieniu.

– ***Wiem, że wydałyście właśnie książkę pod wspólną redakcją. Domyślam się więc, że musiały to być naprawdę dobre rozmowy.***

– Tak, były. Julie jest ekspertem w dziedzinie zdrowia publicznego, więc rozmowy z nią przywiodły mnie do dużo szerszego myślenia o uzależnieniach, jak i ludziach w ogóle.

– ***Stąd ten model socjoekologiczny. Świetnie, bo tematyka uzależnień rozciąga się szeroko, od indywidualnych mózgów do zdrowia publicznego. Ale, idąc dalej, w równym stopniu ciekawi mnie, jak postrzegasz redukcję szkód?***

– Myślę, że jest to filozofia, sposób myślenia, ale również podejście teoretyczne, jak i pragmatyczny sposób pracy z klientem, czy nawet pragmatyczny sposób na stawianie czoła różnorodnym problemom społecznym, jak chociażby tym wynikającym z picia alkoholu czy używania narkotyków.

– *Czy twoje zdanie na ten temat również zmieniał się z czasem?*

– Nie sędzę, żeby się zmieniło. Zawsze byłam gorącą orędowniczką redukcji szkód. Pracując w tym obszarze, obserwowałam zmianę w kierunku akceptacji tego podejścia. Kiedy zaczynałam, jeszcze w Montanie, miałam wrażenie, że jestem jedną z niewielu osób, która myśli w tych kategoriach. Na początku redukcja szkód była czymś, czego się unikało. Prezentując wyniki swoich badań na konferencjach, dostawałam często niemiłe i tendencyjne pytania. Ale to się zmieniło. Teraz niemal każdy akceptuje podejście redukcji szkód, przynajmniej w pewnym stopniu.

– *Kiedy zetknęłaś się z redukcją szkód po raz pierwszy?*

– Po raz pierwszy trafiłam na redukcję szkód pracując z Alanem Marlattem³, który był promotorem mojego doktoratu na Uniwersytecie Waszyngtońskim. Alan był jednym z pionierów badań nad tym podejściem. Nasza pierwsza wspólna publikacja dotyczyła przeglądu interwencji redukcji szkód w zakresie problemowego picia alkoholu.

– *Znam tę pracę. Cieszę się, że o niej wspominasz, bo dotyczy to jednego z moich pytań. W roku 2010 opublikowaliście aktualizację tego przeglądu⁴. Podejście redukcji szkód jest tam przedstawione za pomocą metafory sygnalizacji świetlnej. Bardzo tę metaforę lubię. Możesz o niej opowiedzieć?*

– Metafora ta wyłoniła się kiedyś w trakcie naszych rozmów. Sama nie wiem, pewnie dlatego, że Alan interesował się wtedy psychologią buddyjską, gdzie mówi się o tzw. środkowej drodze. Ma to związek z elastycznością i unikaniem myślenia typu wszystko-albo-nic. Metafora dotyczyła tego, że osoby borykające się z uzależnieniem znajdują się w pewnym momencie w sytuacji, w której mówi się im, że mają dwa wyjścia. Albo się zatrzymają

i przestaną używać substancji – światło czerwone, stop, nie jedziesz dalej. Albo, jeśli wybiorą światło zielone, czyli kontynuowanie swojego nałogu, nie otrzymają pomocy i biorą na siebie całą winę i odpowiedzialność. Tymczasem jest jeszcze żółte światło, które sugeruje zachowanie podwyższonej ostrożności: rozejrzyj się w obie strony, zwolnij, postępuj ostrożnie. Szczególnie w Albuquerque! Jeździsz tutaj samochodem?

– *Nie, raczej nie.*

– I dzięki Bogu! Odkąd się tutaj przeprowadziłam, jestem dużo bardziej ostrożna. Ludzie jeżdżą tu jak szaleni... A w redukcji szkód chodzi właśnie o taką uważność i ostrożność, jak na drodze.

– *Dziękuję Ci. Doceniam tę metaforę, bo redukcja szkód jest często krytykowana jako podejście umożliwiające czy ułatwiające używanie narkotyków, w czym jest mylona ze światłem zielonym. Tym zajmują się raczej dilerzy. Chciałbym zapytać Cię teraz o zagadnienie, którym się ostatnio zajmujesz, czyli o wyzdrowienie z uzależnienia bez abstynencji (ang. non-abstinence recovery). W jednym z odcinków podcastu, w którym wystąpiłaś, opowiadałaś o tym, jak przez pewien czas unikałaś używania terminu „recovery” pomimo tego, że faktycznie prowadziłaś badania na ten temat. Dlaczego?*

– Myślę, że chodziło o to, jak bardzo termin ten osadzony jest w kulturze Anonimowych Alkoholików (AA), i jak mocno jest przez to związany czy kojarzony z trzeźwością. Myślę, że wszyscy, z którymi o tym rozmawiałam, rozumieli „wyzdrowienie” jako bycie abstynentem i osobą trzeźwą, która nie potrzebuje już używać substancji. A ponieważ ja zajmowałam się raczej ograniczaniem używania, słowo „recovery” zdawało się nie pasować.

– *Ale w końcu zaczęłaś je używać...*

– To również stało się za sprawą moich rozmów z Julie Tucker. Pamiętam, jak zwróciła mi kiedyś uwagę na to, że słowo to wcale nie jest zarezerwowane tylko dla AA, bo przecież stosuje się je szerzej w medycynie. Na przykład, gdy złamiesz kość, ona się zrasta, odbudowuje⁵.

– *Rzeczywiście. Też o tym wcześniej tak nie myślałam. „Recovery” jest również synonimem „regeneracji”.*

– Co więcej, „recovery” świetnie oddaje też to, o co mi chodzi w moich badaniach, czyli o poprawę czy też o odzyskanie dobrego funkcjonowania. Jest to w końcu coś więcej niż sama tylko abstynencja. Tak więc zaczęliśmy używać tego słowa w naszym kontekście...

– *Co z kolei musiało wywołać pewną kontrowersję.*

– O tak, wywołało.

– *Wiem jednak, że twoje dotychczasowe badania i praca na rzecz popularyzacji ich wyników, przyczyniły się do rozszerzenia definicji „wyzdrowienia z uzależnień”, tak by obejmowała ona także cele alternatywne wobec abstynencji.*

– Tak, udało nam się tego dokonać. Mamy nadzieję, że przyczyni się to do większej otwartości na rozpatrywanie wyzdrowienia z uzależnień, także bez pełnej abstynencji. Myślę, że w dalszym ciągu potrzebnych jest więcej danych empirycznych, żeby tę sprawę rozstrzygnąć. A jeśli wyniki przyszłych badań nie będą wspierać tej definicji, to będę pierwsza, która powie, że „to nie działa, powinniśmy się z tego wycofać, żeby nie powodować więcej szkód”.

– *Mówisz o potrzebie większej ilości danych empirycznych, ale w dotychczasowej literaturze można znaleźć już bardzo poważne argumenty za tą poszerzoną definicją. Myślę tu chociażby o twoich ostatnich publikacjach⁶...*

– Zgadza się. To, co zaobserwowaliśmy, analizując wiele baz danych, to fakt, że część osób, które ograniczają swoje picie, ale nie są abstynentami, funkcjonuje tak samo dobrze, jak ci, którzy przestali pić całkowicie. I dotyczy to tysięcy uczestników różnych badań...

– *Dobrze rozumiem, że mówimy tutaj tylko o wynikach badań prowadzonych wśród osób uzależnionych od alkoholu? Są podobne badania dotyczące narkotyków?*

– Jak dotąd większość naszej pracy dotyczyła alkoholu. Mówiąc krótko, wyniki tych badań sugerują, że ograniczenie picia alkoholu przynosi wiele korzyści i że część tych korzyści można osiągnąć bez pełnej abstynencji. Opublikowaliśmy też podobne wyniki dotyczące zaburzeń związanych z używaniem kokainy i konopi.

– *Cóż, to brzmi naprawdę kontrowersyjnie, również dla mnie. Zdaje sobie jednak sprawę, że w latach 40. i 50. ubiegłego wieku wyniki niektórych badań nad alkoholizmem wskazywały na podobne wnioski. Wtedy jednak nie było to kontrowersyjne.*

– Tak, to były mniej więcej te same konkluzje.

– *Całkiem podobnie było też już z badaniami nad medycznym zastosowaniem psychodelików. Wszystko, o czym mówi się dzisiaj, było już dyskutowane w latach 50. i 60. ubiegłego wieku, ale wtedy nie było to tak kontrowersyjne jak teraz. Popycha mnie to w kierunku myślenia, że wszystkie te kontrowersje biorą się raczej ze społeczno-politycznych nastrojów wokół danych dotyczących substancji psychoaktywnych i ich używania...*

– Ja z kolei mam czasem wrażenie, że niektórzy bronią tego podejścia abstynencyjnego jak światopoglądu. I nie są otwarci na to, że mogą istnieć inne możliwości.

– *Pozwól, że przejdę do świeżo opublikowanej książki⁷, której jesteś współredaktorką razem ze wspomnianą już Julie Tucker. Książka wydała mi się bardzo interesująca i dziękuję Ci za nią. Przede wszystkim odniosłem wrażenie, że udało wam się w niej wyjść poza te wszystkie kontrowersje. W rozdziale pierwszym zestawiliście historyczne i współczesne perspektywy patrzenia na wychodzenie z uzależnienia od alkoholu. Pod koniec pada tam wniosek, że abstynencja nie jest wystarczająca, żeby mówić o wyzdrowieniu zarówno w zgodzie z kryteriami DMS-5⁸, jak i Wielkiej Księgi AA⁹. Wydało mi się to bardzo ciekawe. Nieoczywiste.*

– Wielka Księga mówi całkiem jasno o możliwości umiarkowanego picia przez osoby, które nie są alkoholikami. Tacy ludzie raczej nie doświadczają poważnych konsekwencji swojego picia. Zwykle też nie chodzą na mityngi AA. Z kolei w DMS-5 nie ma żadnych kryteriów dotyczących ilości spożywanego alkoholu. Mówi się tam o utracie kontroli nad piciem, czyli o wypijaniu więcej niż się zakładało. Mówi się też o trudnościach z odstawieniem alkoholu, gdy już się po niego sięgnęło. Tak długo jednak, jak nie masz określonych objawów, to zgodnie z DSM-5 nie spełniasz kryteriów zaburzeń związanych z piciem alkoholu. Tak więc w obu tych

podręcznikach abstynencja nie jest wymagana jako coś, co ma dotyczyć zawsze i wszystkich.

– Ale skoro nie abstynencja, to co świadczy o wyleczeniu z uzależnienia?

– Dobre pytanie. Myślę, że jest to kwestia funkcjonowania i dobrostanu. Że to na tym powinno się skupiać. Czy żyjesz wartościowym, pełnym znaczenia życiem? Czy doświadczasz problemów ze względu na używanie alkoholu lub innych środków? Może masz z tego powodu konflikty w bliskich relacjach? Może powoduje to szkody zdrowotne? Jeśli tak, to powiedziałabym, że nie jesteś na ścieżce do wyzdrowienia, niezależnie od tego ile, czego i czy w ogóle używasz. Chodzi o to, żeby móc żyć życiem, które nam służy, w którym jesteśmy w stanie dobrze funkcjonować pomiędzy innymi ludźmi i czuć się przy tym dobrze.

– Jest to też narracja zysków, a nie strat, a powiedziałaś już wcześniej, że ludzie angażują się w zachowania nałogowe, bo one jakoś im służą.

– Tak, dokładnie.

– Idąc dalej, jednym ze zdań zamykających książkę jest wyrażona przez was „nadzieja, że nasza dziedzina znajduje się w punkcie zwrotnym”. Co miałyście na myśli?

– Chodzi o to, że obserwujemy stopniowe odejście od doktryny abstynencyjnej. Ostatnio np. NIAAA¹⁰ opublikowało definicję „wyzdrowienia z uzależnień”, w której abstynencja nie jest bezpośrednim wymogiem. Pracuję również z SAMHSA¹¹ nad dokumentem, który na podobnej zasadzie odchodzi od tego wymogu. Tak więc fakt, że takie zmiany zachodzą w naszych dwóch największych organizacjach rządowych zajmujących się leczeniem i badaniami nad alkoholem świadczy moim zdaniem, że znajdujemy się w punkcie zwrotnym, który mam nadzieję, że okaże się krokiem naprzód.

– Ale żebyśmy mieli jasność, jaki jest twój pogląd na abstynencję?

– Oh, jest wspaniała, rewelacyjna. Uwielbiam, gdy ludzie są abstynentami!

– Właśnie dlatego o to zapytałem (śmiech).

– I nie jest to sprzeczne z redukcją szkód. Nie ma lepszej redukcji szkód niż właśnie abstynencja. Najwięcej szkód zredukujesz, nie używając środków psychoaktywnych w ogóle. Abstynencja jest pod tym względem fenomenalna. Ale po prostu nie jest tym, czego wszyscy chcą.

– A co myślisz o wojnie z narkotykami?

– Widziałeś naklejkę¹² na moich drzwiach? Myślę, że ta wojna jest niedorzeczna i że powinniśmy z tym skończyć. Należy inwestować więcej pieniędzy w edukację i profilaktykę, a mniej w kryminalizację i zwalczanie nielegalnego przemytu. Uważam, że obok prób zapobiegania tym problemom, powinniśmy pracować także nad zmianą przyczyn i warunków, które doprowadzają ludzi do zażywania narkotyków i popadania w uzależnienia.

– Na koniec chciałbym zapytać Cię o coś nieco bardziej osobistego. Wyobraź sobie swoje życie jako książkę, w której jesteś główną bohaterką. Jaki tytuł mógłby mieć rozdział, w którym się obecnie znajdujesz?

– To bardzo ciekawe pytanie. Tytuł rozdziału, w którym aktualnie jestem? Mmm... (śmiech)... „Nadzieja i rozpacz” („Hope and despair”).

– A jaki tytuł mogłaby mieć cała książka?

– To trudne... Zawsze chciałam napisać książkę...

– Napisałaś już kilka.

– Tak, ale wiesz, taką książkę popkulturową, którą możesz zobaczyć na półce w zwykłej księgarni. I zawsze chciałam zatytułować ją „Straight up with a twist”¹³. Jest to sposób, w jaki lubię pić Martini, ale też uważam, że jest to dobre określenie mojego sposobu bycia. Lubię być szczerą w rozmowach z innymi, ale lubię też dodawać do tego małą intrygę czy kontrowersję. Byłby to więc pewnie dobry tytuł.

– Dziękuję Ci za tę odpowiedź. Myślę, że można by opisać w ten sposób także całą naszą rozmowę. Chciałabyś coś jeszcze dodać?

– Myślę, że to, co najbardziej ukształtowało moją ścieżkę zawodową, poza ciężką pracą, wykazywaniem się itd., to bycie osobą otwartą na zmianę zdania. Dzięki temu przez większość czasu praca ta przynosiła mi też radość. Tak więc jeśli mam jakąkolwiek radę, to taką, żeby być otwartym, czy to jako badacz, czy terapeuta, czy bardziej ogólnie.

– *Dziękuję, było mi bardzo miło z Tobą porozmawiać.*

Przypisy

- ¹ Nora Volkow – psychiatra i badaczka uzależnień. Od 2003 roku kierowniczka Narodowego Instytutu ds. Nadużywania Narkotyków (National Institute on Drug Abuse, NIDA) w Stanach Zjednoczonych.
- ² Julie Tucker – profesor Wydziału Edukacji Zdrowotnej i Zachowania (The Department of Health Education and Behavior) oraz Dyrektor Centrum Badań nad Behawioralnym Zdrowiem Ekonomicznym (Center for Behavioral Economic Health Research) na Uniwersytecie Stanu Floryda w Stanach Zjednoczonych.
- ³ Gordon Alan Marlatt (1941-2011) – psycholog kliniczny i badacz w dziedzinie uzależnień, w tym w zakresie redukcji szkód, krótkich interwencji profilaktycznych oraz zapobieganiu nawrotom. Założyciel i długoletni dyrektor Ośrodka Badań nad Zachowaniami Nałogowymi (Addictive Behaviors Research Center) przy Uniwersytecie Stanu Waszyngton w Stanach Zjednoczonych.
- ⁴ Marlatt G.A., Witkiewitz K. (2010), „Update on harm-reduction policy and intervention research”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 591-606. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438.

- ⁵ W języku angielskim na ten naturalny proces odbudowy kości, można użyć kilku terminów, jak „restoration”, „reconstruction”, „regeneration” czy właśnie „recovery”.
- ⁶ Przykłady omawianych publikacji: Witkiewitz K., Tucker J.A. (2020), „Abstinence not required: Expanding the definition of recovery from alcohol use disorder”, *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(1), 36-40. doi:10.1111/acer.14235; Witkiewitz K., Wilson A.D., Pearson M.R., Montes K.S., Kirouac M., Roos, C.R., Maisto S.A. (2019), „Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers?” *Addiction*, 114(1), 69-80. doi.org/10.1111/add.14403
- ⁷ Tłumaczenie tytułu: „Dynamiczne ścieżki do wyzdrowienia z zaburzeń związanych z używaniem alkoholu”. Książka wydana w 2022 roku przez wydawnictwo Cambridge University Press.
- ⁸ Podręcznik „Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wydanie piąte” (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- ⁹ „Wielka Księga. Anonimowi Alkoholicy” (The Big Book – Alcoholics Anonymous) – podstawowy tekst programu AA dotyczący zdrowienia z alkoholizmu w oparciu o Program 12 Kroków.
- ¹⁰ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) – Narodowy Instytut ds. Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu w Stanach Zjednoczonych.
- ¹¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) – Agencja ds. Nadużywania Substancji i Opieki nad Zdrowiem Psychicznym w Stanach Zjednoczonych.
- ¹² „War on Drugs is Tool of Black Oppression” („Wojna z narkotykami jest narzędziem prześladowania osób czarnoskórych”).
- ¹³ „Straitight” można przetłumaczyć jako „prosty”, „bezpośredni” czy „szczerzy”. Z kolei „twist” może być rozumiane jako „obrót” czy „zwrot” (np. zwrot akcji). „Straight up with a twist” jest również nazwą własną koktajlu na bazie czystego Martini, do którego dodaje się kawałek skórki owoców cytrusowych.

W pewnym momencie życia seniorzy dokonują jego bilansu, podsumowania dokonań życiowych. Frustrację, wyrzuty sumienia i niezadowolenie z życia mogą zagłuszać przez picie alkoholu. Alkohol pomaga im radzić sobie ze starością, poczuciem opuszczenia, brakiem wsparcia, brakiem celu życiowego. Pomaga zaakceptować ograniczenia fizyczne i psychiczne.

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE PICIU ALKOHOLU I MAJĄCE WPŁYW NA JEGO OGRANICZENIE WŚRÓD SENIORÓW

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

Wprowadzenie

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz ważniejsze staje się wspieranie osób starszych w utrzymaniu i poprawie ich zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego oraz dobrostanu, a także w minimalizowaniu ryzyka występowania chorób niezakaźnych (Kelly i współ., 2018). Jednak czynniki, takie jak izolacja społeczna, ograniczenia w autonomii, brak bezpieczeństwa finansowego, słabe zdrowie powodują i sprzyjają zwiększeniu rozpo-

wszechnienia różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień (Flint, 1994). Depresja i zaburzenia lękowe osób starszych to jedne z poważnych problemów zdrowotnych (Blazer i współ., 2005; Chapman i współ., 2008), który mogą dotyczyć od 9% do 33% osób starszych (Castro-Costa i współ., 2007). Istotnym, lecz często pomijanym problemem, jest nadużywanie alkoholu przez seniorów. Alkohol jest najczęściej używaną substancją wśród dorosłych w wieku 65 lat i starszych,

a zaburzenia związane z jego konsumpcją stanowią poważny problem zdrowotny dotyczący wielu seniorów. Badania wskazują, że spożywanie dużej ilości alkoholu w krótkim czasie (tzw. *binge drinking*) wśród osób starszych wzrosło w ostatnich latach (Adams, Cox, 1995). W 2021 roku Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) szacowała, że ponad 11% dorosłych Amerykanów w wieku 65 lat lub starszych miało co najmniej jeden epizod *binge drinking* w ciągu miesiąca od przeprowadzenia badania. *Binge drinking* zostało zdefiniowane jako spożywanie alkoholu w ilości powodującej wzrost stężenia alkoholu we krwi do poziomu 0,08 g/dl lub wyższego. Dla kobiet oznacza to spożycie 4 lub więcej drinków w ciągu 2 godzin, a dla mężczyzn 5 lub więcej drinków w tym samym czasie. Jednak z uwagi na zmiany organizmu związane ze starzeniem się, średnio ta sama ilość alkoholu może prowadzić do wyższego stężenia alkoholu we krwi u osoby starszej niż u młodszej (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration Report*, 2022).

Polskie badania na temat używania substancji psychoaktywnych wśród osób starszych przeprowadzone przez Bartoszek ze współpracownikami (2016) pokazało, że wśród seniorów spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu zraportowało 16,4% badanych (18 osób), a sporadycznie (okazjonalnie) piło 83,6% badanych (92 osoby).

Szacuje się, że u jednej trzeciej osób starszych cierpiących na zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu, problem ten rozwinął się dopiero w późniejszym okresie życia (Adams, Cox, 1995). Wśród przyczyn mogą być poważne zmiany w życiu, takie jak śmierć małżonka lub innej ukochanej osoby, przeprowadzka do nowego domu lub pogorszenie stanu zdrowia. Tego rodzaju zmiany mogą powodować samotność, nudę, niepokój lub depresję (Emiliussen i współ., 2017). Badania Bartoszk i współ. (2016) pokazały, że polscy seniorzy najczęściej piją alkohol w sytuacjach towarzyskich (69,1%), ale 22,7% sięga po alkohol z powodu samotności, by poprawić samopoczucie, w sytuacjach stresowych (Bartoszek i współ., 2016). Jednak istnieje wiele przyczyn, dla których seniorzy ograniczają picie alkoholu. W literaturze pojawiają się przyczyny związane ze starzejącym się organizmem, takie jak zwiększone ryzyko upadków i uszkodzeń ciała, choroby przewlekłe, interakcje alkoholu z lekami, problemy z trawieniem. Oprócz powyższych regularne spożywanie alkoholu może przy-

spieszać procesy degeneracyjne mózgu i zwiększać ryzyko chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera (Onder i współ., 2002; Kelly i współ., 2018).

Celem artykułu jest opis czynników sprzyjających picciu alkoholu i mających wpływ na jego ograniczenie wśród seniorów.

Metodologia badania

Badanie¹ miało charakter jakościowy. Zrealizowano 40 wywiadów indywidualnych oraz 2 wywiady grupowe (ZWG). Uczestnicy byli także proszeni o wypełnienie krótkiego kwestionariusza, dzięki któremu zebrano dane socjodemograficzne i informacje na temat konsumpcji różnych substancji psychoaktywnych. W ankiecie zawarty był także czteropunktowy test przesiewowy CAGE dotyczący konsumpcji alkoholu.

Próba badawcza została dobrana w sposób celowy. W badaniu wzięli udział seniorzy oraz specjaliści pracujący z osobami w podeszłym wieku (lekarze pierwszego kontaktu, psychiatry, geriatry, psycholodzy, pracownicy służb społecznych oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych pomagających seniorom).

Podczas wywiadów omówiono tematy związane ze źródłami satysfakcji, aktywnością zawodową, ofertą kulturalno-edukacyjną oraz relacjami rodzinno-społecznymi. Poruszono także kwestie sytuacji materialnej, zdrowotnej, wzorów konsumpcji alkoholu, używania substancji psychoaktywnych, zaangażowania w hazard oraz wpływu przełomowych momentów życiowych na użycie tych substancji. Zagadnienia poruszane w Zogniskowanych Wywiadach Grupowych prowadzonych wśród seniorów i profesjonalistów były podobne do tych poruszanych w wywiadach pogłębionych.

Szczegółowa metodologia badania została opisana w artykule „Używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych i uprawianie hazardu wśród seniorów”, zamieszczonym w numerze pierwszym Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA z 2023 roku (Wieczorek, Dąbrowska, 2023).

Wyniki badania

Czynniki ryzyka związane z piciem

Wśród czynników ryzyka związanych z piciem alkoholu przez seniorów można wyróżnić takie, które są związane z samopoczuciem psychicznym. Obniżony nastrój, który

towarzyszy osobom starszym, wywołany przez różne wydarzenia życiowe, może sprzyjać picciu. Respondenci twierdzili, że kiedy są przygnębieni to sięgają po alkohol, aby poprawić sobie samopoczucie. Seniorzy: *Wtedy tak się więcej zaczęło i potem, jak to się mówi, jak są takie momenty, kiedy jest ten dół. Chociaż już od dłuższego czasu mam prochy, które mogą brać i jak czuję się w takim dole.* (PB26072018KWAW) Zdaniem seniorów czynnikiem sprzyjającym picciu jest negatywny bilans dokonań życiowych. W pewnym momencie życia seniorzy dokonują bilansu w życiu – co im się udało osiągnąć, a czego nie. Frustrację, wyrzuty sumienia i niezadowolenie z życia mogą zagłuszać przez picie alkoholu. Seniorzy: *Czegoś im brakuje, są niezadowolone z życia, bo coś im się nie ułożyło, są niezadowolone, rozczarowane może tym, jaką mają rodzinę, może ten małżonek okazał się nie taki albo odwrotnie, albo ja nie mam pracy takiej, jak bym chciał albo jakie mam aspiracje.* (MK28072018KSPOŁŁOK) Zdaniem profesjonalistów alkohol używany jest przez seniorów w celu pogodzenia się ze starością, zaakceptowania ograniczeń fizycznych i psychicznych. Alkohol zagłusza negatywne myśli o przemijaniu i samotności. Profesjoniści: *Wydaje się, że w większym stopniu wiąże się to z poczuciem osamotnienia jednostki, poczuciem, że nie jest potrzebna innym ludziom, z poczuciem tego, że to, co najlepsze czy najciekawsze w życiu już jest za taką osobą, że jest mało przestrzeni w naszym społeczeństwie, żeby wykorzystać doświadczenia takich osób, żeby spożytkować ich obserwacje życiowe, żeby włączać je w jakieś wydarzenia, akcje społeczne, funkcjonowanie instytucji społecznych. Takim osobom jest najbardziej potrzebna taka aktywizacja i takie osoby są najbardziej też narażone na nadużywanie alkoholu.* (PB21082018MPROF)

Na gorsze samopoczucie mogą mieć wpływ pojawiające się problemy życiowe, które również sprzyjają picciu alkoholu. Alkohol może być wykorzystywany przez seniorów jako substancja, dzięki której łatwiej jest poradzić sobie w trudnych sytuacjach. Seniorzy: *No problemy rodzinne, problemy zdrowotne, jeśli sobie taka osoba nie potrafi z tym sobie poradzić, nie ma osoby wspierającej, która by wspierała i jakoś poprowadziła. Staje się bezsilna, bez chęci do życia i wydaje jej się, że jak się napije, no to właśnie zapomni, że jej to jakoś pomoże. No jakieś rozczarowania życiowe takie, problemy.* (MK25072018KWAW)

Czynnikiem sprzyjającym picciu jest samotność i poczucie opuszczenia, których doświadczają seniorzy. W konsekwencji może doprowadzić to do zaburzeń depresyjnych i izolacji społecznej. Szczególnie mogą doświadczać tego

osoby, które nie mają rodziny bądź nie utrzymują z nią kontaktów. Brak wsparcia z otoczenia społecznego pogłębia poczucie samotności. Seniorzy: *Samotność, brak samorealizacji, brak zainteresowania, właściwie realizacja jakichkolwiek zainteresowań, nie mówię o ich braku, bo każdy tam czymś się by interesował. Nieumiejętność ustawienia się już w tym wieku, no i kwestia rodziny. Samotność, odrzucenie.* (MK14072018M); Profesjoniści: *To jest samotność tak naprawdę. To jest przede wszystkim brak rodziny, brak osób, miałyby to wsparcie w kimś bliskim, a nie w sąsiedzie, tak. Bo to zazwyczaj takie są osoby, dla których najbliższą rodziną w cudzysłowie jest sąsiad z naprzeciwka. To jest, myślę, główny powód tak naprawdę tego, że oni popadają w alkoholizm czy w jakieś inne rzeczy. To najbardziej właśnie ta samotność im doskwiera.* (MK18072018KPROF)

Niektórzy seniorzy pili alkohol w celach zdrowotnych, np. koniak, aby podnieść sobie ciśnienie. Mieli przekonanie, że używanie różnego rodzaju nalewek może zapobiegać chorobom. Niektórym seniorom lekarze zalecali używanie alkoholu, co zachęcało ich do picia, nawet gdy sami mieli co do tego wątpliwości. Z doświadczeń profesjonalistów wynika, że picie alkoholu związane jest często z utrwalałymi w przeszłości przekonaniami o zdrowotnych właściwościach alkoholu, które niekoniecznie są prawdziwe. Seniorzy: *Mój dziadek ze strony mamy, widziałam go z kieliszkiem i to był spirytus z miodem, bo był pszczelarzem, był chory na astmę. Babcia wypila kieliszek, ale wtedy, kiedy ją głowa bolała, jakieś takie podobne rzeczy robiła moja mama. Miała jak to się mówi, kłopoty z ciśnieniem, ale to nie był kieliszek wódki czy wina, ale koniak.* (PB26072018KWAW); *No tak ze względów zdrowotnych, że to one tak bardziej wpływają na krążenie, na serce. No tak nawet w małych ilościach, to nawet lekarz powiedział, że wskazane jest przy moich dolegliwościach wypić troszkę.* (PB20082018KSPOŁŁOK) Dość dużą grupą czynników ryzyka picia alkoholu przez seniorów stanowią różne sytuacje życiowe – większa ilość wolnego czasu, rozwód, śmierć współmałżonka lub innej bliskiej osoby. Do czynników ryzyka seniorzy zaliczyli brak zobowiązań zawodowych, codziennych obowiązków związanych z wychowaniem dzieci i utrzymaniem domu. Większa swoboda w życiu sprawiała, że picie alkoholu było dla nich łatwiejsze. Z kolei czas emerytury traktowany jest jako ostatni etap życia, stąd może pojawiać się przygnębienie, a alkohol traktowany jest jako substancja, która poprawia nastrojów. Profesjoniści: *Mamy takiego pacjenta, który jest żołnierzem zawodowym, brał udział w wojnie w Afganistanie. Przeszedł na emeryturę i zaczął pić, jak wrócił do*

kraju. I on by się wpasowywał w tę grupę pacjentów, którzy przechodzą na emeryturę, którzy tracą dotychczasowe stałe zajęcie, nie mają jakichś zainteresowań lub dzieciaki wyjeżdżają, mają swoje rodziny, mniej czasu dla tych dziadków. (BS30072018KPROF)

Innym czynnikiem ryzyka związanym z sytuacją życiową seniorów była śmierć współmałżonka bądź innej znaczącej osoby. Osobom starszym, szczególnie samotnym, brakuje w tym czasie wsparcia, co może przyczyniać się do picia alkoholu. Seniorzy: W 2000 roku zaczęłam [pić – autorzy], jak mi mąż umarł i zostałam sama bez środków do życia, bo już mi się tutaj zaczynał udar, a ani do pracy, ani nic, i zostałam bez środków. Miałam chandrę, nie miałam z kim pogadać, to raczyłam się piwem, zabijałam to. Jak człowiek nie ma z kim pogadać na ten temat [śmierci – autorzy], wyżalić się, no wypłakać się w rękaw, jak to się mówi, no to tak. (PB27072018KWAW)

Również rozwód czy rozstanie może wpłynąć na zwiększenie spożycia alkoholu. Seniorzy: Znam parę osób co są bezdomne i miały rodziny, dzieci. Pojawił się konflikt w domu, zaczęli pić, no i niestety rozwód, żona wyrzucała z domu i teraz chodzą po ulicy, zbierają puszki. (AŁ02092018MWAW)

Utrata pracy związana ze zwolnieniem może być czynnikiem sprzyjającym picciu. Seniorzy mają świadomość, że w pewnym wieku trudniej jest im znaleźć pracę, nauczyć się nowych rzeczy, poznać nową specyfikę zatrudnienia. Osoby starsze starają się wypełnić sobie czas wolny, który mają po ukończeniu pracy zawodowej i zdarza się, że w tym celu sięgają po alkohol. Seniorzy: Myślę, że takie bardziej osobiste sytuacje, typu przejście na emeryturę, zwolnienie z pracy czy problemy w pracy. Czy trzeba być w domu, na zasiłku przedemerytalnym, na godne życie nie wystarcza. Częściej wtedy do kieliszka sięgają, większe ilości alkoholu wypijają, topią te problemy. (PB20082018KSPOŁŁOK)

Czynniki mające wpływ na ograniczenie picia

Najczęstszym czynnikiem wymienianym przez seniorów, który przyczyniał się do ograniczenia przez nich spożywania alkoholu, był pogarszający się stan zdrowia somatycznego. Zdrowie staje się wtedy najważniejsze, aż do czasu jego poprawy. Później seniorzy wracali do picia, jednak ilość spożywanego alkoholu była mniejsza. Osoby starsze ograniczały używanie alkoholu, ponieważ picie wywoływało złe samopoczucie. Kac uniemożliwiał prowadzenie samochodu bądź ograniczał możliwości

poznawcze. Seniorzy: Względy zdrowotne. Na przykład mąż był cukrzykiem i alkoholikiem. W momencie, kiedy organizm już sam dawał znać o tym, że coś jest nie tak i lekarze, to wtedy absolutnie przestał pić. Więc przestraszył się po prostu, bojąc się o swoje zdrowie. Taki okres przed śmiercią, to był około roku, kiedy przestał pić. Więc strach przed tym, że może coś się z nim stać, że umrze, czy będzie kaleką, o takie myśli raczej kłębiły mu się cały czas i cały czas mi to powtarzał. No i wtedy przestał całkowicie pić. (MK25072018KWAW); Samodzielnie mi się udało [ograniczyć picie – autorzy]. To nie były takie olbrzymie ilości, ale było to codziennie. Mi się nie zdarzyło, żebym nie poszła do pracy, bo piłam alkohol, że się źle czułam czy byłam zmęczona. Może czasami byłam w nieodpowiedniej formie, ale nigdy nie opuściłam dnia w pracy przez swoją niedyspozycję spowodowaną picciem dzień wcześniej. Ale np. były problemy, bo nie prowadziłam samochodu wtedy przed obawą utraty prawa jazdy, to takie były trochę problemowe sytuacje, które też miały wpływ na to, że jednak ograniczyłam to spożywanie alkoholu (PB20082018KSPOŁŁOK).

Obawa przed rozwojem uzależnienia i wstyd, który wiąże się ze stygmatem osoby uzależnionej („alkoholika”), był czynnikiem, który powstrzymywał seniorów przed picciem. Seniorzy: No też nie chciałam, żeby się dzieci wstydyli, że mają mamę alkoholicką, bo nigdy bym nie dopuściła, bo moja ambicja była inna i nie wyobrażam sobie, gdyby postrzegano mnie jako alkoholika (BS12072018KWAW).

Zdaniem seniorów na ograniczenie picia alkoholu duży wpływ miała presja rodziny. Osoby, które nie piją alkoholu wymagały od partnera bądź innych członków rodziny dostosowania zachowania i powstrzymania się od picia.

Seniorzy: **Czyli co Panią zmotywowało, żeby nie pić?**

No ta bratowa. Stwierdziła, że jak będę piła, to zerwiemy znowu kontakt. Dzieci nie zerwą kontaktu, trzymają ten kontakt, słaby, ale jest.

A te kontakty rodzinne rozluźniły się właśnie przez alkohol? Tak. (PB27072018KWAW)

Brak spotkań towarzyskich oraz osób, z którymi seniorzy mogliby wypić alkohol również sprzyjał ograniczeniu używania. Część seniorów nie chciała pić w samotności, a nie miała znajomych, z którymi mogłaby to zrobić. Zmienił się charakter spotkań towarzyskich i rodzinnych, podczas których alkohol jest spożywany w niewielkich ilościach. Seniorzy: Czasy się zmieniły, ja nie mam z kim wypić, nie mam w ogóle okazji. Nieraz mi przyniosą jako prezent, to ta flaszką stoi, nie ma z kim wypić. No bo oni są samochodami,

żona nie może pić. Obecnie to powiedzieć można nawet, że się w ogóle nie pije. Czasami jak wpadnę do sąsiada, to tamten piwko postawi i to cały mój alkohol.

Obecnie z tego, co zrozumiałem tego alkoholu pije się mniej niż wcześniej?

Dziesięciokrotnie przynajmniej mniej. Przynajmniej jak na osobę moją liczę. Bez porównania (MK29072018MWAW). Czynnikiem ograniczającym używanie alkoholu może być zła sytuacja finansowa. Ograniczone środki finansowe wynikające z niskiej emerytury lub renty sprawiają, że seniorzy rezygnują z kupowania alkoholu. Seniorzy: Jak się przejdzie na emeryturę, to już się nie ma takich pieniędzy, jak się pracowało. Są mniejsze, więc to na pewno też, a utrzymanie życia, mieszkania, leki jednak ograniczają tych emerytów. Pić nie trzeba (AŁ25072018KWAW).

Ci seniorzy, którzy w dalszym ciągu byli aktywni zawodowo, ograniczali picie alkoholu. Konieczność podjęcia pracy była czynnikiem, który mobilizował do utrzymywania abstynencji. Ograniczenie picia w związku z pracą odgrywało ważną rolę w przeszłości i jest podejmowane obecnie – na emeryturze lub rencie. Zdarzało się, że przez charakter wykonywanej pracy respondenci zdecydowali się zmniejszyć spożycie alkoholu, aby lepiej w niej funkcjonować. Seniorzy: *Czasami ilości takie ponad normę i pojawiała się taka chęć, żeby wypić jeszcze, no ale zawsze myślałam o tym, że na następny dzień trzeba iść do pracy, ale było to tak trochę więcej, jak powinno być. No i zdarzało się, że to było tak 2 czy 3 dni po kolei, bo takie okazje się nadarzały. (PB20082018KSPOŁLO); Później coraz bardziej alkohol został wyeliminowany, ponieważ czułam się źle, bo wstyd mi było. Charakter mojej pracy nie wskazywał na to, aby być pod wpływem alkoholu. Pracowałam w handlu, gdzie miałam kontakt z ludźmi. Znaczący moja osobowość jakby była przyćmiona przez alkohol i to było coś takiego, że ja czułam się po prostu skępowana. Bo to niekomfortowo. Bo nawet przy rozmowach, to wiedziałam, miałam świadomość, że ktoś może wyczuć alkohol. I później pomału, pomału wyeliminowałam całkiem (BS12072018KWAW).*

Podsumowanie

Spożywanie alkoholu jest silnie związane z zaangażowaniem społecznym i czerpaniem przyjemności z życia przez osoby starsze. Seniorzy mogą czasami nie mieć jasności, co jest nadmiernym piciem, a co nim nie jest. Picie alkoholu jest często związane z ich regularnymi czynnościami i może być integralną częścią życia.

Czynniki przyczyniające się do spożywania alkoholu związane są z funkcjonowaniem psychologicznym oraz społecznym osób starszych. Wśród czynników związanych z funkcjonowaniem psychologicznym respondenci wymienili obniżony nastrój, który sprzyja picciu. W pewnym momencie życia seniorzy dokonują jego bilansu, podsumowania dokonań życiowych. Frustrację, wyrzuty sumienia i niezadowolenie z życia mogą zagłuszać przez picie alkoholu. Alkohol pomaga im radzić sobie ze starością, poczuciem opuszczenia, brakiem wsparcia, brakiem celu życiowego. Pomaga zaakceptować ograniczenia fizyczne i psychiczne.

Wśród czynników związanych z funkcjonowaniem społecznym seniorzy i profesjonaliści zidentyfikowali pojawiające się problemy życiowe, gdzie alkohol traktowany był jako substancja pomagająca sobie z nimi radzić. Picie przez współmałżonka bądź innych członków rodziny oraz obecność alkoholu w domu również sprzyjała picciu. W rodzinach takich sytuacje towarzyskie, którym towarzyszył alkohol były częstsze.

Niektórzy seniorzy pili alkohol w celach leczniczych. Używali różnego rodzaju nalewek, aby zapobiegać chorobom. Czasami lekarze zalecali używanie alkoholu w celu poprawy bądź stabilizacji stanu zdrowia, np. picie koniaku na regulację ciśnienia. W narracji seniorów alkohol dość często pojawia się w kontekście pozytywnego wpływu na zdrowie.

Wśród czynników ryzyka można zidentyfikować także te, które związane są ze zmianą sytuacji życiowej seniorów: większą ilością wolnego czasu wynikającą z przejścia na emeryturę, wyprowadzką dzieci z domu, rozwodem, śmiercią współmałżonka lub innej bliskiej osoby, utratą pracy. Osoby, które nie potrafią przeorganizować swojego życia, nie mają zainteresowań, które na emeryturze mogą realizować, nie są włączane przez dzieci do różnych zadań, czują się samotne i niepotrzebne – i mogą używać alkoholu, żeby zagłuszać te odczucia.

Zdarzało się, że seniorzy zapytani o przyczyny ograniczenia picia, na wstępie zaznaczali, że nigdy nie mieli potrzeby jego ograniczania, bo nigdy ich picie nie stanowiło problemu. Odpowiedzi udzielali zachęteni wyjaśnieniami, że chodzi o zmianę we wzorze picia, nieważne, jaki on był w przeszłości. Seniorzy, którzy spożywają alkohol od czasu do czasu, wspominają o tym dopiero po dopytaniu. W ich ocenie picie niewielkich ilości alkoholu od czasu do czasu nie zasługuje na wspomnienie. Może to się przyczyniać do niedoszacowania spożycia alkoholu przez seniorów.

Czynniki, które miały wpływ na ograniczenie picia alkoholu przez seniorów, można podzielić na związane ze

zdrowiem somatycznym oraz funkcjonowaniem psychologicznym i społecznym. Pogarszający się stan zdrowia można zaliczyć do kategorii czynników, które sprzyjają ograniczeniu używania alkoholu, gdyż zwykle, kiedy seniorzy zaczynający chorować na choroby przewlekłe, zmieniają swój wzór picia. Konieczność ograniczenia picia bądź utrzymywania całkowitej abstynencji wynika z przyjmowania leków oraz poważnych problemów zdrowotnych, np. marskość wątroby, przebyty zawał serca, nadciśnienie tętnicze. Również z wiekiem pogarsza się metabolizowanie alkoholu przez organizm, kac jest dotkliwszy, wywołując negatywne konsekwencje na następny dzień po picu, np. ograniczając zdolności poznawcze. Oddziaływanie alkoholu na organizm jest silniejsze.

Wśród czynników ograniczających używanie alkoholu związanych z funkcjonowaniem społecznych można wymienić strach przed rozwojem uzależnienia. Seniorzy bali się, że ich picie może przerodzić się w uzależnienie, jak również obawiali się stygmatyzacji ciąży na osobach uzależnionych. Były przypadki osób, które przez całe życie monitorowały swoje używanie alkoholu ze względu na to, że pochodzili z rodzin, gdzie jedno bądź oboje rodzice nadużywali alkoholu. Złe doświadczenia z dzieciństwa sprawiały, że w dorosłości starali się kontrolować swoje picie, nie dopuszczając do rozwoju uzależnienia.

Innym czynnikiem mającym wpływ na ograniczenie picia, jest presja rodziny. Seniorzy byli motywowani do utrzymywania abstynencji przez współmałżonka, partnera bądź innych członków rodziny. Zwykle naciski te związane są z zaniepokojeniem dotyczącym wpływu alkoholu na zdrowie.

Zdarzało się, że seniorzy ograniczali swoje picie, ponieważ nie mieli, z kim używać alkoholu. Zmienił się kontekst społeczny, w którym funkcjonowali. Znajomi albo przestali pić, albo zmarli. Ograniczenia fizyczne sprawiły, że liczba spotkań towarzyskich się zmniejszyła. Również zmiana kulturowa polegająca na tym, że podczas spotkań towarzyskich i rodzinnych używa się mniej alkoholu miała wpływ na ograniczenie picia.

Nie bez znaczenia pozostaje czynnik ekonomiczny. Niska emerytura bądź zła sytuacja finansowa również może być traktowana w kategoriach czynników chroniących przed używaniem substancji. Brak pieniędzy na zakup alkoholu sprawiał, że seniorzy nie pili tak często jak wcześniej. Zakup alkoholu oznaczałby w ich przypadku rezygnację z innych, istotniejszych potrzeb.

Ci seniorzy, którzy pracowali, pili mniej ze względu na obowiązki służbowe. Konieczność przyjscia do pracy sprawiała, że seniorzy ograniczali konsumpcję. Również charakter pracy może wymuszać ograniczanie spożycia alkoholu.

Przypisy

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

Bibliografia

- Adams W.L., & Cox N.S. (1995). Epidemiology of problem drinking among elderly people. *The International Journal of the Addictions*, 30(13-14), 1693–1716. <https://doi.org/10.3109/10826089509071053>.
- Bartoszek A., Kocka K., Zielonka E., Łuczyk M., Rząca M., Deluga A., Domżał-Drzewicka R., Szadowska-Szlachetka Z. (2016). Problem stosowania używek wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6):235-244. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.55180>.
- Blazer D.G., 2nd, & Hybels C.F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241–1252. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004411>.
- Castro-Costa E., Dewey M., Stewart, R., Banerjee S., Huppert F., Mendonca-Lima C., Bula C., Reisches F., Wancata J., Ritchie K., Tsolaki M., Mateos R. & Prince M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 191, 393–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036772>.
- Chapman D.P. & Perry G.S. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), A22.
- Emiliussen J., Andersen K. & Nielsen A.S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 974–983. <https://doi.org/10.1111/scs.12421>.
- Flint A.J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 640–649. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.640>.
- Kelly S., Olanrewaju O., Cowan A., Brayne C. & LaFortune L. (2018). Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PloS one*, 13(1), e0191189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191189>.
- Onder G., Landi F., Della Vedova C., Atkinson H., Pedone C., Cesari M., Bernabei R., Gambassi G. & GIFA Study (2002). Moderate alcohol consumption and adverse drug reactions among older adults. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 11(5), 385–392. <https://doi.org/10.1002/pds.721>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-nsduh-annual-national-report>.
- Wieczorek Ł., Dąbrowska K. (2023). Używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych i uprawianie hazardu wśród seniorów. *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1.

PUBLIKACJE

Maja Ruszpel



„SYSTEMOWE OGRANICZANIE ZABURZEŃ UPRAWIANIA HAZARDU”

Małgorzaty Piaseckiej, Łukasza Szwejki i Aleksandry Nastazjak to pierwsza taka publikacja w Polsce, która kompleksowo obejmuje różnorodne – instytucjonalne, profilaktyczne i terapeutyczne – działania podejmowane w naszym kraju i na świecie, które mają na celu ograniczenie zaburzeń uprawiania hazardu. Znajdziemy w niej zatem zarówno kontekst społeczny i kulturowy, w którym występują gry hazardowe, a bez którego trudno byłoby o szerokie zrozumienie tego zjawiska, jak i opis zagadnień prawnych, profilaktycznych, terapeutycznych, diagnostycznych itp.

Monografia została podzielona na osiem rozdziałów – treść kilku z nich jest unikatowa na polskim rynku. Choćby rozdział skupiający się na analizie strategii odpowiedzialnego hazardu, w którym opisane są narzędzia samokontroli oraz budowania samoświadomości, których mogą używać gracze. Takim narzędziem jest GameSense. Jest to narzędzie multimedialne, składające się z dziewięciu modułów tematycznych w formie interaktywnych mate-

riałów wideo. Punktem wyjścia programu jest założenie, że dzięki rzetelnej wiedzy, zwłaszcza w kontekście losowości, mitów i błędów myślenia na temat gier hazardowych, możliwe jest zminimalizowanie ryzyka niekontrolowanego grania. Warto podkreślić, że GameSense jest adresowany również do pracowników kasyn. To ostatnie jest ciekawe w kontekście omówienia propozycji implementacji programów ograniczających zaburzenia związane z hazardem w miejscu pracy – a szczególną grupą narażoną na ryzyko podejmowania szkodliwych zachowań związanych z hazardem są właśnie pracownicy branży hazardowej.

Podobnie w rozdziale prezentującym działania profilaktyczne podejmowane w innych krajach – tu opisano program Stop&Think! i jego skuteczność. Podstawą teoretyczną programu był model poznawczo-behawioralny, natomiast grupą odbiorców – osoby korzystające z automatów do gier (*video lottery terminal*). Udział w programie Stop&Think! rozpoczyna się od wprowadzenia orientującego uczestników w specyfikę programu. Następnie uczestnicy oglądają 20-minutową, automatyczną prezentację, która dostarcza informacji na temat hazardu i wynikających z niego problemów, udziela również wskazówek do samodzielnej diagnozy zaburzeń uprawiania hazardu. W ramach prezentacji przekazywane są też informacje na temat związku między grami na automatach a zaburzeniami uprawiania hazardu. W Polsce nie wdrożono jeszcze ani aplikacji służących do kontrolowanego grania, ani kompleksowych oddziaływań na grupę osób związanych zawodowo z branżą gier losowych. Niewiele też jest programów profilaktycznych skierowanych do osób z problemem hazardu. Monografia ta nie tylko więc opisuje szeroko problematykę uzależnienia od hazardu i przeciwdziałania mu, ale stanowi także inspirację do wdrażania wybranych inicjatyw w naszym kraju.

Oficina wydawnicza Impuls, Kraków 2022

„JAK PRZESTAĆ GRAĆ – PORADNIK DLA OSÓB Z PROBLEMEM HAZARDU”

Philipa Mawera

Książka jest praktycznym poradnikiem z wieloma konkretnymi ćwiczeniami do wykonania. Autor napisał ją właśnie z takim zamysłem – jak podkreśla: *jeżeli uważasz, że jako hazardzista możesz po prostu kupić tę książkę, przeczytać ją i porzucić hazard, to odłóż ją z powrotem na półkę. (...) Natomiast jeśli chcesz ją przeczytać i podjąć działania dotyczące kluczowych punktów w niej zawartych, to zachęcam do lektury.*

Co ważne, poradnik napisany jest przez osobę, która sama była uzależniona od hazardu. Jak pisze: *grałem nałogowo (...) co posiadałem pod koniec mojej kariery hazardzisty? Otóż około 40 000 funtów długu, brak domu, brak samochodu, brak oszczędności, brak emerytury, brak polisy na życie, brak ubezpieczenia zdrowotnego, a czasami nawet nie miałem dość pieniędzy w banku, aby opłacić codzienne zakupy.*

Wśród porad autora znajdują się takie, które można wykorzystać na początku drogi zdrowienia, typu: *Potnij swoje karty kredytowe, Zlikwiduj bankowość internetową, Zainstaluj na komputerze funkcję blokowania gier hazardowych lub nawet wprowadź zakaz korzystania z komputera bez nadzoru.* Na dalszej drodze au-

tor prowadzi czytelnika przez kolejne etapy, angażując go do pracy nad sobą za pomocą konkretnych ćwiczeń i rysunków. Mawer daje także wynikające z własnego doświadczenia wskazówki: *Niektórzy hazardziści spędzają od 10 do 20 godzin tygodniowo na grze, dlatego po zerwaniu z nałogiem może powstać spora luka do wypełnienia. Oto rzeczy, które możesz robić, aby pożytecznie spędzić swój czas: Zadzwoń do przyjaciela, z którym nie rozmawiałeś od jakiegoś czasu, Idź na spotkanie Anonimowych Hazardzistów, Wybierz się do muzeum, galerii sztuki lub na koncert; zwykle wernisaże są bezpłatne, Zajmij się nowym hobby lub powrót do starego.*

Pomysł na tę książkę pojawił się w chwili gry. Mawer zaczął pracować sam nad tym, jak uwolnić się od hazardu. Ważnym elementem terapii były długie rozmowy z żoną. Postanowili opisać proces zdrowienia – wszystko, co tak skutecznie im pomogło. To ważny element publikacji, bowiem bliscy osób grających problemowo znajdują w niej także coś dla siebie.

Fundacja Dolce Vita, Zamość 2022

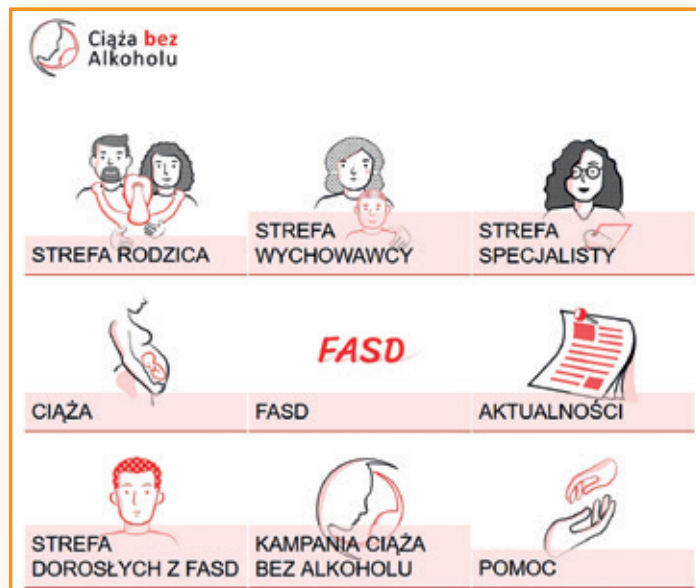
Obie publikacje do pobrania na stronie

<https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/publikacje-i-edukacja-publiczna/>



Fot. Ilustracja z książki

SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH (FASD)



FASD to termin ogólny, używany do opisanego zakresu skutków, które mogą wystąpić u dziecka narażonego na alkohol w okresie prenatalnym. Skutki te mogą mieć konsekwencje na całe życie, w tym w zakresie problemów fizycznych, psychicznych, behawioralnych i/lub związanych z nauką.

Spośród publikowanych w internecie informacji poruszających problematykę FASD wybraliśmy dwa portale.

Instytut Matki i Dziecka objął patronatem honorowym stronę pod adresem www.ciazabezalkoholu.pl. Publikowane tu materiały uporządkowane są ze względu na dwa kryteria: typ adresatów (*rodzice - wychowawcy - specjaliści*) i rodzaj informacji (*ciąża - FASD - aktualności - dorośli z FASD - kampanie - pomoc*).

W działach adresowanych do poszczególnych kategorii odbiorców umieszczono bogate pakiety materiałów edukacyjnych (np. podręcznik *Ja i dziecko z FASD* – szkolenie dla rodziców; Wskazówki do pracy dla nauczycieli; Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych dla specjalistów). W dziale *Ciąża* opisano m.in. zaburzenia powstające pod wpływem alkoholu w każdym trymestrze ciąży, umieszczono odpowiedzi na *Najczęściej zadawane pytania*; w dziale *FASD* znajdziemy opis mechanizmów wpływu alkoholu na uszkodzenia mózgu płodu; opis szeregu badań wykonanych przez PBS, IPSOS, PARPA, GIS, IMS; mity i fakty na temat FASD. Dział *Pomoc* zawiera bazę adresową placówek diagnostycznych i terapeutycznych.

Bogaty zbiór materiałów edukacyjnych w języku angielskim na temat FASD prezentowany jest na stronie NOFASD Australia – organizacji charytatywnej promującej zdrowie – pod adresem www.nofasd.org.au. NOFASD Australia przedstawia się jako organizacja skupiona na rodzinie i stanowiąca niezbędny pomost łączący osoby z doświadczeniem życiowym z badaczami i klinicystami. Instytucja posiada rozbudowaną sieć osób i organizacji zainteresowanych FASD i powiązanych zagadnieniami zwaną Społecznością NOFASD Australia. Portal jest uporządkowany tematycznie, w jego skład wchodzi działy: *Alkohol i ciąża* z materiałami edukacyjnymi dotyczącymi tematu, w tym z bogatym zestawem podcastów oraz materiałami wykorzystywanymi w kampaniach społecznych;



dział kierowany do *Rodziców, Opiekunów i Rodziny*; dział dla *Usługodawców (Service Providers)* z zasobami dla grup społecznych i specjalistów w celu podniesienia świadomości na temat zagrożeń związanych z piciem alkoholu w czasie ciąży i zapewnienia lepszego zrozumienia FASD; dział *Edukacja i szkolenia* zawierający warsztaty tematyczne w formie wideokonferencji oraz szkolenia on-line. W portalu dostępny jest również bogaty zestaw filmów z zasobów australijskich, kanadyjskich i Stanów Zjednoczonych, omawiających problematykę z perspektywy zarówno rodziców, jak i wychowawców oraz specjalistów. Portal umożliwia poznanie, jak w Australii prezentowana jest tematyka FASD oraz w jaki sposób organizacja pozarządowa może przeciwdziałać temu problemowi.

SZKOŁA ODPOWIEDZIALNA CYFROWO



Swoją misję Fundacja Dbam o Mój Zasięg przedstawia następująco: *Zajmujemy się edukacją społeczeństwa na temat cyfrowej higieny i profilaktyki e-uzależnień wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Uczymy odpowiedzialnego korzystania z internetu, smartfona i innych narzędzi ekranowych, pamiętając, że kluczowe dla dobrostanu jednostki są relacje międzyludzkie.* Na stronie internetowej **dbamomojzasieg.pl** fundacja proponuje szkolenia poświęcone zapobieganiu e-uzależnieniom. Zaprasza też do udziału w Fo-

nonandii – projekcie edukacyjnym dotyczącym odpowiedzialnego i bezpiecznego korzystania z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych. Projekt skierowany jest do najmłodszych użytkowników: 5- i 6-latków oraz uczniów klas 1–3 szkoły podstawowej. Na stronie prezentowane są też raporty z badań prowadzonych przez fundację na temat korzystania przez młodzież w Polsce z internetu i smartfonów, diagnozujące skalę fonoholizmu wśród nastolatków oraz to, jak świat cyfrowy wpływa na ich relacje.

Ważnym przedsięwzięciem jest projekt edukacyjny Szkoła Odpowiedzialna Cyfrowo. Fundacja Dbam o Mój Zasięg zaprasza wszystkie szkoły podstawowe i ponadpodstawowe do włączenia się w innowacyjny program edukacyjny, który wspiera szkoły we wdrażaniu nowych technologii i higieny cyfrowej w edukacji. W ogólnopolskiej sieci szkół uczestniczy już ponad 1500 placówek. Projekt proponuje szkołom rozwijanie 7 obszarów Szkoły Odpowiedzialnej Cyfrowo. Ideą projektu jest łączenie szkół, dla których zachowanie równowagi między światem cyfrowym i analogowym jest wartością oraz umożliwienie wymiany dobrych praktyk między szkołami i innymi instytucjami.



**Ogólnopolski Telefon Zaufania
„Uzależnienia”
800 199 990
czynny codziennie w godz. 16.00-21.00**

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom postanowiło przekształcić i jednocześnie poszerzyć działalność Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania Narkotyki Narkomania 800 199 990. Zgłaszane konsultantom problemy związane nie tylko z używaniem narkotyków, ale także alkoholu, leków i innych substancji psychoaktywnych, wskazały potrzebę rozszerzenia oferty pomocowej i utworzenia **Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania „Uzależnienia”**.

Nowa nazwa odzwierciedla cel i misję telefonu, który ukierunkowany jest na udzielanie wsparcia, informacji oraz pomocy osobom zmagającym się z uzależnieniem bez względu na rodzaj substancji, od której są uzależnione, oraz członkom ich rodzin. Jest to nadal miejsce, gdzie osoby z problemami związanymi z uzależnieniem i ich bliscy mogą otrzymać wsparcie, porozmawiać z wykwalifikowanymi konsultantami oraz uzyskać informacje na temat leczenia, terapii i innych form pomocy.

Ogólnopolski Telefon Zaufania „Uzależnienia” jest dostępny dla osób z całej Polski i działa codziennie w godzinach 16.00-21.00. Pomoc jest anonimowa, bezpieczna i oparta na zasadzie zaufania. Telefon niezmiennie pozostaje bezpłatny dla osób, które chcą skorzystać z konsultacji.

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: kcpcu@kcpcu.gov.pl
www.kcpcu.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl,
Katarzyna Łukowska, Artur Malczewski, Danuta Muszyńska,
Anna Radomska

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

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.