



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 4 (104) 2023

NR 4

2023

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

ZAMIAST PRZEMOCY W RODZINIE – PRZEMOC DOMOWA

Wywiad z Grzegorzem Wroną 1

Prawo

ZMIANY W POLITYCE NARKOTYKOWEJ DOTYCZĄCE KONOPI INDYJSKICH 5

RZECZNIK PRAW PACJENTA PSYCHIATRYCZNEGO

Katarzyna Syroka-Marczewska 9

Profilaktyka

SZANSA NA PRZYŚPIESZENIE ROZWOJU PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH OPARTYCH NA NAUKOWYCH PODSTAWACH LUB DOWODACH W PRAKTYCE EDUKACYJNEJ

Maria Deptuła, Wioletta Junik, Karina Porębska 14

NAUCZYCIELE I PRZEDSTAWICIELE INSTYTUCJI SAMORZĄDU GMINNEGO O PROFILAKTYCE

Marcin J. Sochocki 21

Analiza

RAKOTWÓRCZE DZIAŁANIE ALKOHOLU – ŚWIAT NAUKI A SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ ZJAWISKA

Magdalena Borkowska 24

FASD

REGIONALNY PUNKT DIAGNOZY I TERAPII FASD W ŁODZI

Agnieszka Gaj, Sylwia Sobiejewska-Skorek 28

Badania, raporty

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I PICIE NAPOJÓW ENERGETYZUJĄCYCH PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT. WYNIKI BADAŃ HBSC 2021/2022

Anna Dzielska, Katarzyna Okulicz-Kozaryn 35

REKOMENDACJE DLA LECZENIA WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH Z INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 41

Internet

KAMPANIA „NA ZDROWIE”

Bartosz Kehl 47

Z Grzegorzem Wroną, doktorem nauk prawnych, adwokatem, certyfikowanym specjalistą i superwizorem z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, członkiem GREVIO – grupy ekspertów oceniających postępy państw-stron w zakresie wdrażania Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, rozmawia Maja Ruszpel.



ZAMIAST PRZEMOCY W RODZINIE – PRZEMOC DOMOWA

Przemoc rozumiana jest jako akt, który godzi w wolność osobistą jednostki i zmuszanie jej do zachowań niezgodnych z własną wolą. Szczególną kategorią jest przemoc domowa, nazywana też przemocą w rodzinie. 22 czerwca br. weszły w życie ważne zmiany dotyczące działań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zostały one wprowadzone Ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw.

Zacznijmy od zmiany nazwy ustawy – z „ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie” na „ustawę o przeciwdziałaniu przemocy domowej” oraz definicji przemocy w nowej ustawie. Brzmi następująco: *jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:*

- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
- d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Jak można zauważyć, tak w nazwie ustawy, jak i w jej treści pojawiła się zmiana terminologii stosowanej

w ustawie – „przemoc w rodzinie” została zastąpiona „przemocą domową”. Wynika to z faktu, że przemoc jest problemem nie tylko w rodzinie, ale także w nieformalnych związkach czy wśród byłych małżonków, którzy rodziną nie są.

Zmiana ta zatem kieruje uwagę na jednostkę doświadczającą przemocy, a nie rodzinę jako taką. Z praktyki wiadomo, że zarówno osobami doświadczającymi przemocy w bliskich związkach, jak i jej sprawcami mogą być konkretne, indywidualne, osoby. Przyczyną przemocy nie są lub nie muszą być dysfunkcje samej rodziny. Przypomnijmy, że dotychczas obowiązujące przepisy miały zastosowanie do osób pozostających w małżeństwie lub związkach konkubenckich lub spełniających kryteria definicji osoby najbliższej, zgodnie z artykułem 115 Kodeksu karnego.

Co ważne, krąg osób w nowej ustawie, na które będą oddziaływać jej zmienione przepisy, został rozszerzony m.in. o byłego małżonka, byłego partnera lub inną osobę pozostającą obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania.

Zgodnie z art. 2 ustawy, mówiąc o osobie doznającej przemocy domowej, należy rozumieć:

- a) małżonka, także w przypadku gdy małżeństwo ustało lub zostało unieważnione, oraz jego wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- b) wstępnych i zstępnych oraz ich małżonków,
- c) rodzeństwo oraz ich wstępnych, zstępnych i ich małżonków,
- d) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia i jej małżonka oraz ich wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,

- e) osobę pozostającą obecnie lub w przeszłości we wspólnym pożyciu oraz jej wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- f) osobę wspólnie zamieszkującą i gospodarującą oraz jej wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- g) osobę pozostającą obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania,
- h) małoletniego – wobec których jest stosowana przemoc domowa.

Nowelizacja definiuje także precyzyjniej osobę stosującą przemoc domową – należy przez to rozumieć pełnoletniego, który dopuszcza się przemocy domowej wobec osób podlegających ochronie. Zapis ten porządkuje dotychczasową praktykę, w której zdarzały się przypadki uruchamiania procedury „Niebieskie Karty” wobec osób niepełnoletnich wskazanych jako sprawcy przemocy.

Przemoc ekonomiczna i cyberprzemoc

Do istniejących rodzajów przemocy domowej doszły również, oprócz m.in. przemocy fizycznej, psychicznej, kolejne jej rodzaje, tzn. przemoc ekonomiczna i tzw. cyberprzemoc. Przemoc ekonomiczna od dawna funkcjonowała w literaturze przedmiotu jako forma przemocy domowej. Jednak brak regulacji prawnej w tym zakresie prowadził do niemożności reakcji służb, zwłaszcza w przypadku, gdy przemoc ekonomiczna występuje jako samodzielna forma. Sytuacja taka dotyczy choćby osób z niepełnosprawnością intelektualną czy osób starszych, które mogą być narażone na zmuszanie przez swoich bliskich do oddawania środków finansowych. Natomiast cyberprzemoc w nowelizacji ustawy rozumiana jest jako *opis zachowań, które mogą wzbudzić w osobie doznającej przemocy poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, zwłaszcza zachowań podejmowanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej na odległość*.

Cyberprzemoc jest nowym, powszechnie występującym zjawiskiem i nasila się od lat w wyniku bardziej intensywnego korzystania z internetu i narzędzi informatycznych. Cyberprzemoc często jest zatem równolegle rozszerzeniem przemocy, której osoby doznają poza internetem.

Dziecko świadkiem przemocy

Uregulowano także kwestię dotyczącą dzieci będących świadkami przemocy domowej. Według ustawy mało-

letni będzie traktowany jako osoba doznająca przemocy domowej.

Co ważne, wcześniej, wobec małoletnich stosowano narzędzia i metody określone w przepisach prawa tylko wtedy, gdy bezpośrednio doznawali oni przemocy ze strony swoich bliskich. Regulacje te niestety były niewystarczające, bowiem negatywny wpływ na dzieci i młodzież ma zarówno doznawanie przemocy domowej, jak i bycie jej świadkiem.

Nowe zespoły interdyscyplinarne

Jak te zadania będą realizowane w praktyce? Do zadań własnych gminy należy tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy domowej, a także tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, a zatem bezpośrednie planowanie i realizowanie działań na poziomie strategicznym. Nowelizacja oznacza zatem powoływanie nowych zespołów interdyscyplinarnych i zniesienie dotychczasowych zespołów.

Zgodnie z ustawą, zespół interdyscyplinarny powołuje wójt, burmistrz albo prezydent miasta. A w skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi przedstawiciele:

1. jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
2. gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
3. Policji;
4. oświaty;
5. ochrony zdrowia;
6. organizacji pozarządowych.

Posiedzenia zespołu interdyscyplinarnego odbywają się w zależności od potrzeb, jednak nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.

Grupy diagnostyczno-pomocowe zamiast grup roboczych

W celu dokonania diagnozy i oceny sytuacji w związku ze zgłoszonym podejrzeniem wystąpienia przemocy domowej, a także realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 8, zespół interdyscyplinarny powołuje grupę diagnostyczno-pomocową. Robi to niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania zgłoszenia o podejrzeniu wystąpienia przemocy domowej. Zmienia się więc także sposób pracy z osobami doznającymi przemocy i stosującymi przemoc.

Dotychczas zajmowały się nimi grupy robocze – aktualnie zostały one zastąpione grupami diagnostyczno-pomocowymi. Przypomnijmy – grupa robocza był to krąg ludzi powołany przez Zespół Interdyscyplinarny ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie do pracy w ramach określonej procedury „Niebieska Karta”. Grupa robocza stanowiła m.in. pięciu specjalistów, czyli liczyła kilka osób i wybierana była indywidualnie do każdej sprawy. Były to osoby mające styczność z rodziną dotkniętą problemem przemocy w rodzinie.

Adwokat Grzegorz Wrona komentuje: – Stare zasady pozwalały też, by to sam zespół interdyscyplinarny prowadził procedurę „Niebieskie Karty”. Zespół mógł powołać grupę roboczą, która miałaby daną sprawę prowadzić – choć nie zawsze ją powoływał. Natomiast obecny model jest inny. Ustawodawca rozdzielił zadania, które realizuje zespół interdyscyplinarny od zadań, które realizuje grupa diagnostyczno-pomocowa. Jeżeli należy podejmować działania z zakresu indywidualnych przypadków przemocy domowej – to ma robić grupa diagnostyczno-pomocowa, a nie zespół interdyscyplinarny. Zespół ma inną funkcję niż do tej pory, nie realizuje on działań wobec indywidualnych przypadków przemocy domowej. Dodatkowo, grupa diagnostyczno-pomocowa jest tu zdecydowanie na pozycji niezależnej od tego, co robi zespół interdyscyplinarny. Może zatem się zdarzyć tak, że koncepcja grupy i sposób jej pracy nie będzie spójna z tym, jak pracę tę wyobraża sobie zespół interdyscyplinarny. Nie będzie już tak bezpośredniego przełożenia zespołu na grupę, jak to było to tej pory. Ustawodawca w art. 9a ust. 10 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej wskazał cel, dla zastosowania którego grupa diagnostyczno-pomocowa jest realizowana. Celem tym jest dokonanie diagnozy, ocena sytuacji oraz realizacja przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej zadań dla grupy diagnostyczno-pomocowej. A także zmienił skład takiej grupy. W jej skład wchodzi:

- pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- funkcjonariusz Policji.

Tutaj także poprosiliśmy o komentarz adwokata Grzegorza Wronę: – To zmiana, która jest niezwykle istotna – mianowicie: odejście od grupowej formy pracy z poszczególnymi członkami rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”. W praktyce było tak, że przykładowo dwie lub więcej osób pracowało z osobą doznającą

przemocy, oraz dwie lub więcej osób pracowało z osobą stosującą przemoc. Nowa idea wskazuje wyraźny podział – z osobą doznającą przemocy ma pracować pracownik socjalny, a z osobą stosującą przemoc policjant. Pozostali specjaliści (przedstawiciele oświaty, ochrony zdrowia, GKRPA) będą dopraszani w miarę potrzeby danego przypadku. Dotychczas, jeżeli mieliśmy interwencję czy wszczęcie procedury, to cały zespół spotykał się z każdą z osób i wypełniał formularze. Tego już nie ma – zatem nie ma już obowiązkowych posiedzeń, które wyznaczały rytm tej procedury etc. Oczywiście nowo stworzona grupa też będzie się spotykać, ale to ona będzie kształtowała rytm pracy. I to wydaje się słuszne. Bo sztywność poprzednich rozwiązań, która narzucała model pracy, nie zawsze była zasadna i efektywna.

Warto więc dodatkowo podkreślić, że zgodnie z art. 11c ustawy w skład grupy diagnostyczno-pomocowej poza wymienionymi osobami mogą także wchodzić:

1. pracownik socjalny specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej;
2. asystent rodziny;
3. nauczyciel wychowawca będący wychowawcą klasy lub nauczyciel znający sytuację domową małoletniego;
4. osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna lub ratownik medyczny;
5. przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, także pedagog, psycholog lub terapeuta.

Formy działań wobec osób stosujących przemoc

Ustawa wprowadza dodatkowe formy działań podejmowanych wobec osób stosujących przemoc domową. Programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową funkcjonują od 2014 roku i uregulowane są obecnie w postanowieniach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2023. Stanowią one uzupełnienie realizowanych od 2006 roku programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc domową. Niestety, ze statystyk wynikało, że w programach korekcyjno-edukacyjnych rocznie bierze udział ponad 8000 osób stosujących przemoc domową, natomiast w programach psychologiczno-terapeutycznych – tylko

1500 osób. Regulacja ustawowa ma na celu wdrożenie i wzmocnienie tych działań.

Podobnie podkreśla Grzegorz Wrona: – Zawsze jest jeden podstawowy warunek, by móc coś doskonalić: tym warunkiem jest praktyka, doświadczenie, rozwój praktyki. W Polsce nie mogliśmy mieć wystarczająco dobrej praktyki, bo nie mieliśmy wystarczającej liczby osób, które by w tych programach uczestniczyły. Zatem jest to niezwykle ważna kwestia – praca z osobami stosującymi przemoc domową i nowy mechanizm kierowania tych osób do programów korekcyjno-edukacyjnych czy psychologiczno-terapeutycznych. Dotychczasowe przepisy pozwalały jedynie w trybie procedury karnej zobligować osobę stosującą przemoc w rodzinie do uczestnictwa w programach korekcyjno-edukacyjnych lub psychologiczno-terapeutycznych. W celu zmiany tej sytuacji ustawodawca postuluje wprowadzenie mechanizmu pozwalającego zobligować przez zespół interdyscyplinarny osobę stosującą przemoc do udziału w programach skierowanych do tych osób.

Mamy też rozwiązania, które przez wiele lat próbowaliśmy wprowadzić, ale to nie przynosiło istotnego oddziaływania na osoby stosujące przemoc domową. Na czym wcześniej polegał problem? Zgodnie z prawem karnym mamy zasadę domniemania niewinności. I dopóki nie mamy prawomocnego wyroku skazującego osobę stosującą przemoc, w bardzo ograniczonym zakresie możemy na nią oddziaływać. Równolegle, czas trwania postępowania, wszelkie uprawnienia, które przysługują – zgodnie z prawem – osobie oskarżonej, powodują, że pozycja osoby doznającej przemocy była w zasadniczy sposób ograniczona. Dlatego cieszę się, że ustawodawca dostrzegł ten problem. I większość zmian, tych bardzo istotnych, wprowadził także w prawie cywilnym i administracyjnym – mam tu na myśli nowe nakazy ochrony: zakaz zbliżania się do osoby doznającej przemocy, zakaz kontaktowania się oraz przebywania w określonych miejscach (praca, szkoła lub inna placówka oświatowa, ośrodek sportu).

Jest to kontynuacja rozwiązań, które weszły w życie pod koniec listopada 2020 roku, czyli nakazu opuszczenia i zakazu zbliżenia się do lokalu. Tak jak w przypadku natychmiastowego nakazu opuszczenia lokalu i natychmiastowego zakazu zbliżenia się do niego – policjanci będą, podkreślimy, mogli stosować trzy nowe rozwiązania:

- zakaz zbliżania się do osoby doznającej przemocy na określoną odległość;

- bezwzględny zakaz kontaktowania się z nią;
- zakaz wstępu oraz przebywania w miejscach, w których się uczy lub pracuje (chodzi o szkołę, placówki oświatowo-wychowawcze, opiekuńcze, artystyczne czy pracę).

Nowe zakazy będą stosowane tymczasowo – na okres 14 dni, a osoba doznająca przemocy będzie mogła wystąpić do sądu o wydłużenie tego okresu. Sąd, zgodnie z propozycją, powinien rozstrzygnąć to w ciągu 30 dni.

Grzegorz Wrona dodaje: – W tym kontekście ważny jest również tryb kierowania. Otóż pomysł na pracę z osobami stosującymi przemoc polega na tym, żeby je zachęcić, zdopingować do tego, aby zgłosiły się dobrowolnie do psychologa czy do programu dla osób stosujących przemoc lub na warsztaty podnoszące kompetencje wychowawcze. Jeśli ktoś tego nie robi, dopiero wtedy uruchamiamy tryb przymusowy. I to jest dobre rozwiązanie – bo jeśli komuś zależy na czasie, bo chce odbudować relację z dzieckiem lub jej nie utracić, to zdecydowanie szybciej będzie, jeśli pójdzie na oddziaływania korekcyjne sam, niż będzie czekać na to, aż grupa go na nie skieruje. Na pewno część osób z tego skorzysta, bo będą chcieli uniknąć poważnych konsekwencji. Szacuję jednak, że około 15% osób nie podda się temu dobrowolnie i nie będzie innej możliwości jak skierowanie ich przez zespół interdyscyplinarny na oddziaływania korekcyjne.

Po skierowaniu osoby stosującej przemoc domową do uczestnictwa w wymienionych programach, będzie ona miała obowiązek ukończyć program oraz przedstawić odpowiednie zaświadczenie w tej kwestii. Osoba, która uporczywie nie będzie stosować się do wyżej wskazanych obowiązków (czyli obowiązku zgłoszenia się do uczestnictwa w programach korekcyjno-edukacyjnych lub programach psychologiczno-terapeutycznych, ukończenia tych programów oraz dostarczenia zaświadczenia o ich ukończeniu) może zostać ukarana karą grzywny albo ograniczenia wolności – zgodnie ze zmianami w ustawie – Kodeks wykroczeń.

Procedura „Niebieskie Karty”

Od 28 września 2023 roku obowiązują przepisy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2023 r. poz. 1870). Wprowadzono też nowe wzory.

Krąg podmiotów uprawnionych do realizacji czynności z zakresu wszczynania procedury został istotnie poszerzony – z dotychczasowych pięciu podmiotów uprawnionych do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, a co za tym idzie, do wypełniania formularza „Niebieska Karta – A”, do tak naprawdę nieograniczonej ich liczby, z uwagi na możliwość realizacji tejże czynności również przez bliżej nieokreślone organizacje pozarządowe. Ponadto doprecyzowano, ujednolicając z nomenklaturą zastosowaną w regulującą kwestię przeciwdziałania przemocy domowej ustawie, słownictwo, używając określeń – osoba doznająca przemocy domowej zamiast ofiara; osoba stosująca przemoc domową zamiast sprawca; czy małoletni zamiast dziecko. Do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” uprawnieni są:

1. pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
2. funkcjonariusz Policji;
3. żołnierz Żandarmerii Wojskowej;
4. pracownik socjalny specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej;
5. asystent rodziny;
6. nauczyciel wychowawca będący wychowawcą klasy lub nauczyciel znający sytuację domową małoletniego;
7. osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna lub ratownik medyczny;
8. przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;

9. pedagog, psycholog lub terapeuta, będący przedstawicielami jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych; Policji; oświaty; ochrony zdrowia; lub organizacji pozarządowych.

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje:

1. osoby doznające przemocy domowej;
2. osoby stosujące przemoc domową, przez które należy rozumieć wyłącznie osoby pełnoletnie, które dopuszczają się przemocy domowej wobec osób doznających przemocy domowej.

Wprowadzono też przepis obligujący grupę diagnostyczno-pomocową do monitorowania sytuacji osób lub rodzin dotkniętych przemocą domową, a także zagrożonych jej wystąpieniem, w tym również po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty”.

Bibliografia

<http://adwokatwrona.waw.pl/>
 Webinar „Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie 2023”, https://www.youtube.com/watch?v=Fx_Jv0LNqbg
 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051801493/U/D20051493Lj.pdf>
 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001870>

Niniejszy artykuł przedstawia przede wszystkim wybrane elementy podsumowania niemieckiego raportu opracowanego w celu analizy sytuacji dotyczącej legalizacji marihuany w Niemczech, która jest planowana w 2024 roku. Raport¹ został sfinansowany przez Niemieckie Federalne Ministerstwo Zdrowia (Ministerstwo Zdrowia) Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) z siedzibą w Hamburgu. Powstał on w ramach przygotowania niemieckiej legalizacji marihuany i miał na celu ocenę międzynarodowych doświadczeń z różnymi podejściami do legalizacji marihuany na świecie.

ZMIANY W POLITYCE NARKOTYKOWEJ DOTYCZĄCE KONOPI INDYJSKICH

Dekryminalizacja a depenalizacja

Przed omówieniem kwestii legalizacji marihuany w Niemczech, warto zwrócić uwagę na terminologię stosowaną w reformie polityki narkotykowej, ponieważ terminy dekryminalizacja i depenalizacja nie zawsze stosowane są poprawnie, a niekiedy nawet wymiennie.

Prof. Krzysztof Krajewski² proponuje następujące definicje dotyczące kwestii prawnych związanych z konopiami indyjskimi:

- Dekryminalizacja: formalne wycofanie prawa karnego wobec konsumpcji i konsumentów (popytu), ale nie wobec podaży, tj. bez legalizacji.

- Depenalizacja: możliwość niestosowania sankcji kar-nych wobec konsumpcji i konsumentów (popytu), ale nie wobec podaży, tj. bez formalnej dekryminalizacji.
- Legalizacja dla celów medycznych: dopuszczenie zastosowań medycznych („medykalizacja” problemu).
- Legalizacja dla celów rekreacyjnych: wycofanie prawa karnego tak wobec popytu, jak i wobec podaży („normalizacja” problemu w ramach regulowanego rynku).

W ramach dekryminalizacji pewne czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) nie stanowią w ogóle przestępstw. Nie oznacza to jednak legalności tych czynności: pozostają one zabronione przez prawo administracyjne. Posiadane nielegalnie środki mogą być konfiskowane. Sprawcy mogą podlegać sankcjom administracyjnym, w tym o charakterze finansowym. O tym, czy czyn związany jest z konsumpcją, decyduje z reguły ilość środka oraz okoliczności czynu. Prof. Krzysztof Krajewski jako przykłady krajów, które wprowadziły dekryminalizację, wymienił Hiszpanię, Czechy i Portugalię. W przypadku depenalizacji mamy sytuację, że czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) pozostają przestępstwami, ale w praktyce albo nie są ścigane, albo wobec sprawców nie stosuje się sankcji karnych (alternatywne środki lecznicze). Posiadane nielegalnie środki mogą być konfiskowane, a sprawcy mogą podlegać sankcjom administracyjnym, w tym o charakterze finansowym. O tym, czy czyn związany jest z konsumpcją, decyduje z reguły ilość środka, a także okoliczności czynu. Do krajów, które wpisują się w tę definicję, prof. Krzysztof Krajewski zaliczył Holandię, Niemcy i Polskę. Holandia jest również krajem, który wprowadził „quasi-legalizację”, ponieważ sprzedaż marihuany i haszyszu jest prowadzona za pośrednictwem specjalnych punktów sprzedaży „coffe shopów”, jednakże konopie indyjskie nie zostały zalegalizowane na poziomie całego kraju.

Legalizacja może oznaczać uprawę na własny użytek, tak jak to jest teraz na Malcie, po stopień wyżej, czyli społeczne kluby konopne (planowane do wprowadzenia na Malcie i w Niemczech) do regulowanego rynku marihuany rekreacyjnej (jak np. Kanada czy Urugwaj, czy planowane wprowadzenie takiego rozwiązania w niektórych landach niemieckich).

Warto zwrócić uwagę, że w kilku krajach europejskich nie stosuje się prawa karnego w przypadku upraw konopi

indyjskich na własny użytek, a niekiedy osoba uprawiająca nie jest zagrożona żadną karą. W Hiszpanii uprawa na własny użytek w miejscach widocznych publicznie jest uważana za wykroczenie administracyjne, zagrożone karą grzywny. W Belgii uprawa nie więcej niż jednej rośliny jest drobnym wykroczeniem, skutkującym karą grzywny. W Holandii uprawiać można nie więcej niż pięć roślin. Na Cyprze uprawę trzech lub więcej roślin uznaje się za przestępstwo. Na Malcie można uprawiać kilka krzaków konopi indyjskich na własne potrzeby. Malta jest pierwszym krajem europejskim, który zalegalizował marihuanę.

Cele legalizacji marihuany

Kraje Unii Europejskiej, ale również inne, opierają swoje prawodawstwo na konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1961 (The International Drug Control Conventions 1961), 1971 (The International Drug Control Conventions 1971) i 1988 roku (The International Drug Control Conventions 1988). Legalizacja marihuany de facto oznacza złamanie tych konwencji. Pierwszym krajem, w którym zalegalizowano na świecie konopie indyjskie, był Urugwaj (2013 rok), a drugim Kanada (2018 rok). Analizując różne podejścia do legalizacji, warto wziąć pod uwagę, co było głównym celem tych działań. W przypadku Urugwaju celem tych działań było zmniejszenie nielegalnego handlu narkotykami. Na Malcie podkreślany jest przez aktywistów model „not for profit”. W Kanadzie z kolei to była ochrona zdrowia publicznego poprzez regulację produkcji. W tym kraju konopie indyjskie zostały zalegalizowane 17 października 2018 roku na mocy ustawy o konopiach indyjskich. Osoby w wieku 18 lat i starsze mogą posiadać w miejscach publicznych do 30 gramów suszu. Dorośli mogą również wytwarzać żywność i napoje na bazie konopi indyjskich. Każde gospodarstwo domowe może wyhodować maksymalnie cztery rośliny konopi indyjskich. W USA legalizacja konopi indyjskich była wdrażana na poziomie poszczególnych stanów i pierwsze zalegalizowały je Waszyngton i Colorado w 2012 roku. W Stanach podnoszone były cele ekonomiczne, prawa człowieka i dyskryminacja mniejszości.

Warto także przedstawić terminologię stosowaną w reformie prawa narkotykowego. O depenalizacji mówimy w sytuacji, kiedy mamy przestępstwo związane z posiadaniem marihuany (*criminal offence*), ale osoba posiadająca marihuanę nie jest karana, np. z powodu

braku szkodliwości społecznej – prokurator nie ściga tego typu przestępstw. Dekryminalizacja ma miejsce, kiedy stosujemy rozwiązania prawa administracyjnego, a nie karnego. Obecnie taki model obowiązuje w Czechach, gdzie można posiadać do 10 gramów marihuany – taka ilość karana jest konfiskatą i mandatem.

Skutki legalizacji

Niemiecki raport zawiera przegląd skutków legalizacji marihuany do celów rekreacyjnych w Kanadzie, USA i Urugwaju. W tych krajach używanie konopi indyjskich i związane z nimi problemy stały się bardziej powszechne przed legalizacją, a tendencja ta utrzymywała się po legalizacji. Ta tendencja, czyli coraz częstsze używanie konopi indyjskich i związane z nimi problemy, jest również obserwowana w Niemczech i jest mało prawdopodobne, aby ewentualna legalizacja odwróciła ten trend. Według autorów raportu, by zrozumieć dokładny wpływ legalizacji konopi indyjskich, należy wziąć pod uwagę dwa ważne aspekty. Po pierwsze, rozwój legalnych rynków konopi indyjskich zajmuje kilka lat. Ma to wpływ nie tylko na wysiłki mające na celu zastąpienie nielegalnego rynku, ale także na konsumpcję i zdrowie. W Kanadzie liczba legalnych sklepów i sprzedaży podwaja się średnio co roku, odkąd konopie indyjskie stały się legalne w 2018 roku. To stwierdzenie ma ważne implikacje dla oceny legalizacji konopi indyjskich. Jeśli legalny rynek wpływa na konsumpcję lub wyniki zdrowotne, skutki takie będą bardziej prawdopodobne przy ciągłej ekspansji i konsolidacji rynku. Znajduje to również odzwierciedlenie w ustaleniach zawartych w omawianym niemieckim raporcie, ponieważ badania długoterminowe są bardziej spójne w wykazywaniu zmian w konsumpcji i wskaźnikach zdrowotnych. W tych populacjach, które mają dostęp do legalnych produktów z konopi indyjskich, używanie konopi indyjskich wzrasta w nieco szybszym tempie. Jest to bardziej spójne w przypadku dorosłych, w tym młodych dorosłych w wieku 18-25 lat, ale mniej w przypadku nastolatków. Wzrost rozpowszechnienia używania konopi indyjskich wśród dorosłych spowodowany legalizacją jest niewielki i należy wziąć pod uwagę, że większość zagrożeń zdrowotnych i społecznych związanych z konopiami indyjskimi wynika z częstego używania konopi indyjskich we wczesnym okresie życia, tj. przed ukończeniem 18. roku życia. Nie oznacza to, że należy pominąć zwiększone rozpowszechnienie używania

konopi indyjskich wśród dorosłych, ponieważ legalizacja została powiązana z niewielkim wzrostem liczby dorosłych przyjmowanych do szpitali lub na ostrych dyżurach z powodu ostrych i przewlekłych problemów, takich jak np. zatrucia. Po drugie, według niemieckiego raportu istnieje wiele sposobów regulowania legalnego rynku konopi indyjskich, a wybór przepisów ma kluczowe znaczenie dla wpływu na konsumpcję i zdrowie. Oto kilka przykładów zawartych w raporcie aktualnie obowiązujących przepisów:

- W Urugwaju sprzedaż suszu z konopi indyjskich o zawartości do 15% THC jest dozwolona w ograniczonej liczbie aptek w całym kraju. Tutaj użytkownicy w wieku 18 lat lub starsi muszą się zarejestrować, aby legalnie kupować konopie indyjskie lub uprawiać własne rośliny.
- W Albercie – podobnie jak w wielu stanach USA i prowincjach Kanady – liczba prywatnych licencji detalicznych nie jest ograniczona. Skutkuje to dużą gęstością punktów sprzedaży (20 na 100 tys. w 2022 roku) i ponadprzeciętnym dostępem ludności do legalnej marihuany. Minimalny prawny wiek to 18 lat i dozwolona jest uprawa do 4 roślin.
- W Quebecu przyjęto model publiczny, co oznacza, że legalna marihuana jest sprzedawana wyłącznie w sklepach detalicznych, należących do prowincji, czyli komunalnych. Tutaj gęstość sklepów jest tylko ułamkiem gęstości obserwowanej w Albercie (1 na 100 tys. w 2022 roku). Ponieważ dostęp do legalnej marihuany w Quebecu jest nieco poniżej średniej krajowej, nie jest jasne, czy gęstość sprzedaży detalicznej jest wystarczająca dla miejscowej ludności. Tutaj minimalny wiek prawny wynosi 21 lat, a uprawa domowa pozostaje zabroniona.

W komercyjnych modelach detalicznych legalni detaliści dążą do zwiększenia dochodów, co można osiągnąć poprzez zastąpienie nielegalnego rynku, ale także poprzez zachęcenie osób niebędących użytkownikami do rozpoczęcia konsumpcji konopi indyjskich. Dostępne dowody potwierdzają to rozumowanie i wstępnie sugerują, że tam, gdzie legalne rynki znacznie się rozwijają, wzrasta używanie konopi indyjskich i związane z nimi problemy zdrowotne. Jednocześnie ekspansja rynku legalnego jest również skutecznym sposobem zastąpienia rynku nielegalnego. Autorzy niemieckiego raportu podsumowując, stwierdzili, że legalizacja marihuany wyłącznie w celu szybkiego wyeliminowania nielegalnego rynku

wymaga szybko rozwijającego się legalnego rynku, co może się wiązać z kosztami zdrowia publicznego. I odwrotnie, model zorientowany na zdrowie może nie być skuteczny w szybkim ograniczaniu nielegalnego rynku. W związku z tym decydenci muszą znaleźć równowagę między tymi dwoma częściowo sprzecznymi celami.

Podsumowanie

Autorzy niemieckiego raportu zwracają uwagę w podsumowaniu raportu na kluczowe elementy, które mają chronić zdrowie dorosłych i młodzieży w zakresie legalnej marihuany:

1. Ochrona zdrowia dorosłych

Na podstawie dostępnych dowodów najlepszym sposobem ochrony zdrowia dorosłych jest unikanie sprzedaży detalicznej marihuany. Teoretycznie najlepiej można to osiągnąć za pomocą publicznego modelu detalicznego, w którym liczba i lokalizacja detalistów są centralnie planowane, aby zapewnić ludności wystarczający dostęp do legalnych produktów, unikając przy tym tworzenia skupisk punktów sprzedaży. W tym modelu ceny można również dostosować tak, aby były konkurencyjne w stosunku do nielegalnego rynku. Kolejną najlepszą opcją byłby model prywatny, w którym liczba licencji jest ograniczona. Istnieje tylko kilka doświadczeń z limitami licencyjnymi, a optymalny próg można określić empirycznie, zaczynając od małej liczby (np. 1 sprzedawca na 100 tys. mieszkańców). Można również rozważyć umożliwienie stowarzyszeniom non-profit, które zapewniają użytkownikom marihuanę o kontrolowanej jakości (społeczne kluby konopne), aby zminimalizować komercjalizację konopi indyjskich. Niezależnie od modelu dystrybucji, marketing produktów z konopi indyjskich powinien być zakazany. Dotyczy to nie tylko reklamy w mediach tradycyjnych (telewizja, billboardy), ale również w internecie (strony internetowe, media społecznościowe). Ograniczenia marketingowe mogą również dotyczyć wyglądu witryn sklepowych, które powinny być dyskretne, a nie mocno reklamowane. Takie rozwiązania przyjęto w Kanadzie, gdzie sklepy z marihuaną przypominają sklepy sprzedające sprzęt komputerowy np. iSpot z powodu braku wystroju wskazującego, że jest tam sprzedawana marihuana. Wreszcie polityka cenowa powinna zniechęcać do zakupów produktów o wy-

sokiej zawartości THC. W szczególności podatek od THC skorygowany o inflację i minimalna cena jednostkowa za tę samą ilość THC mogłyby przyczynić się do zminimalizowania obniżek cen i spadku cen detalicznych po legalizacji.

2. Ochrona zdrowia młodzieży

W celu ochrony zdrowia młodzieży należy unikać znacznego wzrostu używania konopi indyjskich wśród tej grupy. Rosnąca normalizacja używania w populacji ogólnej może w dłuższej perspektywie zwiększyć konsumpcję wśród młodzieży. Ponadto istnieje niewiele środków, które mają na celu konkretnie ochronę zdrowia młodzieży. Po pierwsze, minimalny wiek ustawowy nie powinien być niższy niż 18 lat. W przeciwieństwie do obecnie praktykowanych w przypadku wyrobów tytoniowych i alkoholu, powinna istnieć obowiązkowa weryfikacja wieku, a naruszenia powinny być ścigane. Sprzedaż produktów z konopi indyjskich nieletnim powinna skutkować tymczasowym lub stałym zawieszeniem licencji. Po drugie, produkty z konopi indyjskich nie powinny być projektowane tak, aby były atrakcyjne dla młodzieży. Dotyczy to w szczególności produktów spożywczych z konopi indyjskich, które nie powinny być sprzedawane w kolorowych opakowaniach i formach preferowanych przez dzieci, takich jak cukierki lub żelki. Ponadto produkty spożywcze z konopi powinny być sprzedawane w pojemnikach zabezpieczonych przed dziećmi, a każda opakowana jednostka nie powinna przekraczać 10 mg THC, aby uniknąć nadmiernego zatrucia. Co ważne, skuteczność tych przepisów zależy od ich egzekwowania. Na przykład nastolatki w Niemczech mają obecnie łatwy dostęp do napojów alkoholowych w supermarketach, nawet jeśli nie osiągnęły wymaganego prawem wieku. Podczas legalizacji konopi nie należy powtarzać błędów, które wystąpiły w regulacji alkoholu i tytoniu.

Redakcja

Przypisy

¹ Autorami rozdziału przedstawionego w niniejszym artykule są: Jakob Manthey, Tobias Hayer, Britta Jacobsen, Jens Kalke, Sinja Klinger, Jürgen Rehm, Moritz Rosenkranz, Uwe Verthein, Marielle Wirth, Michael Armstrong, Daniel Myran, Rosalie Pacula, Rosario Queirolo, Frank Zobel.

² Prezentacja pt. „Międzynarodowe i krajowe regulacje dotyczące cannabis” została wygłoszona na „V Międzynarodowej Konferencji Profilaktyka oraz Monitorowanie Uzależnień na Poziomie Lokalnym – Wyzwania oraz Szanse” w Warszawie, 25 października 2023 r. Prezentacja prof. Krajewskiego z sesji piątej konferencji dostępna jest na stronie Res Humanae <https://www.youtube.com/@reshumanae>

Powołanie do życia instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego może pozytywnie wpłynąć na sytuację osób w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. W szczególności ważne jest zapewnienie dostępu pacjentom oraz ich bliskim do Rzecznika, aby ochrona przysługujących im praw miała realny wymiar.

RZECZNIK PRAW PACJENTA PSYCHIATRYCZNEGO

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawniczka

Uwagi ogólne

Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka. Na wstępie warto zatem wyjaśnić, czym ono jest, ponieważ brak jest definicji legalnej tego pojęcia. W 2005 roku przyjęto Deklarację Helsińską, która wyraża pogląd, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego, ponieważ ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych osób, społeczeństwa, ekonomii i powinno być przez to postrzegane jako integralna i istotna część pozostałych obszarów polityki publicznej¹. Według Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) **zdrowie psychiczne to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji**. Bez wątpienia pojęcia użyte w tej definicji mają szerokie znaczenia. Ich rozumienie jest subiektywne, uwarunkowane kulturowo i środowiskowo. Zdrowie psychiczne jest zatem charakteryzowane przez prawidłowe funkcjonowanie czynności psychicznych, powodujące satysfakcjonujące relacje interpersonalne i umiejętne radzenie sobie z przeciwnościami². Termin ten odnoszony jest również do dobrego samopoczucia psychicznego i emocjonalnego³. Zgadzam się z szerokim ujmowaniem pojęcia zdrowia psychicznego i nieograniczaniem się jedynie do stwierdzonych jednostek chorobowych w tym zakresie.

Bez wątpienia pandemia COVID-19 wpłynęła na prowadzone dyskusje w obszarze zdrowia psychicznego, czego przykładem może być raport, który został opublikowany 13 maja 2020 roku przez Organizację Narodów Zjednoczonych (dalej: ONZ). Raport ten dotyczył związku COVID-19 ze zdrowiem psychicznym⁴. Eksperti ONZ wyjaśniają, że w czasie pandemii COVID-19 wiele osób doświadczało uczucia niepokoju, który był spowodowany izolacją społeczną, obawą przed zakażeniem, a także utratą członków rodziny. Obecnie na nasze zdrowie psychiczne wpływają także inne okoliczności, wśród których warto wskazać na

wojnę w Ukrainie, konflikt izraelsko-palestyński czy niepewną sytuację gospodarczą w Polsce i na świecie. Z tych wszystkich względów problematyka jakości ochrony zdrowia psychicznego pozostaje nadal niezwykle istotnym zagadnieniem, nie tylko o znaczeniu teoretycznym, ale również praktycznym. Może pojawić się wątpliwość, jak należy definiować tę jakość. W mojej ocenie jest to iloczyn wielu aspektów, w szczególności kwestii dostępności psychiatrów (oraz psychologów), ich poziomu wykwalifikowania oraz przepisów prawa. Jednym z kluczowych aktów prawnych dotyczących zdrowia psychicznego jest **Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**⁵. Zgodnie z jej treścią zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Wspomniane obowiązki państwa obejmują realizację zadań, do których należy w szczególności: promocja zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym; zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnej dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Warto w tym kontekście podkreślić, że w ramach rozwiązań systemowych w 2005 roku⁶ wprowadzono do polskiego porządku prawnego instytucję **Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego** (dalej: Rzecznik lub Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego), którzy od dnia wejścia w życie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷ stali się pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Instytucja rzeczników psychiatrycznych zaczęła funkcjonować w praktyce pod koniec stycznia 2006 roku – wówczas zatrudniono pierwsze 10 osób wykonujących omawianą funkcję⁸.

Głównym celem Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego jest **ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny**, bez względu na przyczynę hospitalizacji. Tym samym oznacza to, że każda osoba będąca w szpitalu psychiatrycznym, np. osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych, znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji (i jednocześnie została zakwalifikowana do hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym), może bezpłatnie skorzystać ze wsparcia Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego.

Instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego

Jak już wspomniano, głównym celem Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Rzecznik wykonuje czynności w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, klinikach psychiatrycznych, sanatoriach dla osób z zaburzeniami psychicznymi i innych zakładach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową.

Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego może być osoba, która spełnia określone prawem wymogi, wśród których wskazano wykształcenie wyższe. Pojawiły się głosy w doktrynie, które wskazywały, że powinno być to wykształcenie prawnicze albo medyczne⁹. Wykształcenie nie powinno determinować wyboru danej osoby na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego. Jak słusznie zauważył B. Kmiecik, posiadanie formalnego wykształcenia prawniczego nie gwarantuje, iż dana osoba będzie potrafiła przekazać pacjentowi informacje w dogodny dla niego sposób, *ergo* w sposób zrozumiały dla pacjenta znajdującego się np. w stanie depresji lub też będącego osobą upośledzoną w stopniu umiarkowanym¹⁰. „Pomoc w zakresie poszanowania praw i wolności pacjenta chorego psychicznie lub doświadczającego innych zaburzeń psychicznych wymaga nie tylko znajomości przepisów prawa, ale również zdolności terapeutycznych, takich jak: cierpliwość, empatia, umiejętność aktywnego słuchania itd. Nie można skutecznie bronić praw osób chorych psychicznie bez posiadania ugruntowanej wiedzy z zakresu: psychiatrii, psychopatologii, psychologii klinicznej, czy też pedagogiki specjalnej. Z całą pewnością owa ochrona możliwa jest wówczas, gdy dany specjalista potrafi dostrzec niepokojącą sytuację, która świadczyć może

o naruszeniu uprawnień danej osoby. Analizując działania Rzeczników nie da się stwierdzić, który czynnik ma w tym miejscu istotniejsze znaczenie. Wydaje się, iż owe elementy się wzajemnie przenikają. Rzecznik obdarzony kompetencjami terapeutycznymi niewiele zdziała, jeśli nie będzie posiadał dokładnej wiedzy dotyczącej systemu ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony kompetentny prawnik działający bez przygotowania klinicznego może doprowadzić do zaburzenia wewnątrzoddziałowego ładu społecznego na terenie szpitala, który stanowi istotny czynnik powrotu pacjenta do zdrowia”¹¹. Ponadto kluczowe jest doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, które zostało wskazane przez ustawodawcę wśród wymogów formalnych. Osoba, która chciałaby pełnić funkcję Rzecznika Prawa Pacjenta Psychiatrycznego powinna także posiadać wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw. Wśród wymagań w art. 10c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazano obywatelstwo polskie, nieposzlakowaną opinię, korzystanie z pełni praw publicznych oraz niekaralność¹². Jak już wspomniano Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo takie przysługuje również przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu osoby przebywającej w szpitalu.

Ustawodawca w art. 10b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymienia w sposób niewyczerpujący zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Do tych zadań w pierwszej kolejności należy pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Jest to niezwykle istotny obszar działalności Rzecznika, ponieważ trudności ze zdrowiem psychicznym mogą powodować u pacjenta także trudności z prawidłowym postrzeganiem otaczającej rzeczywistości, np. pacjent w trakcie psychozy uważa, że nie potrzebuje pomocy, ponieważ jest zdrowy. Kolejna kompetencja Rzecznika to wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Z ustawy wprost wynika, że Rzecznik powinien współpracować z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym pacjenta.

Jak czytamy w przepisach prawa, w zakresie swoich zadań Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego powinien

współpracować z innymi podmiotami, m.in. z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Rzecznikiem Praw Dziecka oraz konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii.

Bardziej szczegółowy opis zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: rozporządzenie)¹³. Zgodnie z treścią § 1 ww. rozporządzenia Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego realizuje swoje zadania w szczególności przez:

1. przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi;
2. zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej;
3. pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji;
4. udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona.

Warto zwrócić uwagę, że Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego nie ma uprawnień do udzielenia pomocy pacjentowi już wypisanemu, jeżeli skarga nie została zgłoszona w czasie hospitalizacji.

Analizując instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego, warto wskazać na jego uprawnienia do prowadzenia także działalności informacyjno-edukacyjnej poprzez organizowanie we współpracy z samorządem pacjentów spotkań mających na celu informację o prawach przysługujących pacjentowi oraz wyjaśnianie pacjentowi, jego rodzinie, przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi prawnemu bądź faktycznemu wątpliwości, w szczególności związanych ze skierowaniem i przyjęciem do szpitala psychiatrycznego, stosowaniem środków przymusu oraz postępowaniem leczniczym. W mojej ocenie świadomość prawna może posłużyć każdemu, co oznacza, że zarówno pacjent, jak i osoby mu bliskie, np. rodzina, przyjaciele, znajomi, współpracownicy, będą znali narzędzia prawne, z których mogą skorzystać. Oczywiście każdorazowo skorzystanie z tej wiedzy będzie kwestią autonomicznej decyzji danej osoby lub grupy osób.

Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego w celu realizacji swoich zadań ma prawo wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Podzielał stanowisko, że nie powinno ulegać jakiegokolwiek wątpliwości, iż obecność Rzecznika w trakcie badania bez zgody pacjenta w sposób rażąco narusza jego prawo do intymności, a także prawo do zachowania w tajemnicy informacji o stanie swego zdrowia. Tym samym obecność Rzecznika w takich sytuacjach jest absolutnie niedopuszczalna i bezprawna – postępowanie Rzecznika nie może naruszać praw pacjenta, bo byłoby absurdem przyjęcie możliwości naruszania praw pacjenta w celu ich ochrony¹⁴. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego został ponadto wyposażony w kompetencje do występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, oraz do podmiotu tworzącego w rozumieniu tej ustawy, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń. Bez wątpienia w celu efektywnego wykonywania swoich zadań Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego powinien mieć jak najwięcej informacji w sprawie, w której podejmuje działania. Z tego względu ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny. Nieodłącznym elementem leczenia jest przecież prowadzona dokumentacja medyczna, która odzwierciedla proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Prawo pacjenta oraz osób upoważnionych do dokumentacji medycznej jest jednym z najważniejszych praw, ponieważ obok swojej funkcji potwierdzającej (przykładowo: diagnozę), dokumentacja medyczna jest wręcz (zwłaszcza po upływie dłuższego czasu od udzielenia świadczeń zdrowotnych) podstawowym źródłem informacji o stanie zdrowia pacjenta, zaleceniach, przebiegu choroby i stosowanych metodach leczenia¹⁵.

Dane statystyczne

W 2021 roku Departament Zdrowia Psychicznego prowadził 8949 spraw, z czego rozpatrzył 8706 spraw. Pozostałe na zakończenie okresu sprawozdawczego były w toku realizacji. Ogólna liczba spraw podjętych w 2021 roku przez cały Departament, w porównaniu do lat poprzednich, jest nieco mniejsza. Różnica wynika z faktu, że Rzecznicy pracowali w okresie sprawozdawczym również w trybie pracy zdalnej

w związku z sytuacją epidemiologiczną spowodowaną COVID-19 oraz wykonywali inne zadania, m.in. wspomagali działalność Departamentu Postępowań Wyjaśniających. W 2021 roku Departament Zdrowia Psychicznego przyjął łącznie 5115 wniosków, w tym Rzecznicy Praw Pacjenta Psychiatrycznego 4953 wnioski. Z tego 3992 wnioski (86%) zostały zgłoszone ustnie, bezpośrednio do Rzeczników, natomiast 661 wniosków (14%) wpłynęło pisemnie. W 1704 wnioskach (37%) Rzecznicy udzielili wyjaśnień dotyczących swoich kompetencji i zakresu działania. Zdecydowana większość z nich dotyczyła kwestii związanych z prawami pacjenta szpitala psychiatrycznego uregulowanymi w ustawie o prawach pacjenta i ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Wnioski dotyczące praw pacjenta wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczyły głównie: prawa do świadczeń zdrowotnych (352 wnioski), prawa do informacji o swoim stanie zdrowia (78 wniosków), prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych (67 wniosków), prawa do poszanowania intymności i godności (39 wniosków). Wśród wniosków dotyczących spraw uregulowanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego najwięcej z nich dotyczyło: wypisania ze szpitala osoby przebywającej w nim za zgodą (779 wniosków), wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w nim bez zgody (609 wniosków), przyjęcia i leczenia w szpitalu psychiatrycznym bez zgody (448 wniosków), postępowania przed sądem opiekuńczym (171 wniosków)¹⁶.

W sprawozdaniu Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2020¹⁷ Departament Zdrowia Psychicznego łącznie prowadził 10 361 spraw, z czego rozpatrzył 10 188 spraw. W 2020 roku do Rzeczników Praw Pacjenta Psychiatrycznego wpłynęło łącznie 4070 zgłoszeń. Były to zapytania dotyczące obowiązujących przepisów prawa, prośby o udzielenie wyjaśnień czy pomocy w związku z pobytem w szpitalu, lub w innych, istotnych dla danej osoby kwestiach. Były one kierowane przez pacjentów, ich rodziny, osoby bliskie, personel, a także inne podmioty czy osoby związane z pacjentem czy daną placówką. Działania Rzeczników w tych obszarach koncentrowały się głównie na działalności informacyjnej i wspierającej. Poza informacjami prawnymi, Rzecznicy udzielali pomocy w wyjaśnieniu zasygnalizowanych problemów, w sporządzeniu pism do dyrektorów szpitali czy innych podmiotów, wskazywali instytucje właściwe do rozpatrywania danego rodzaju spraw. Wiele spraw prowadzonych przez Rzecznika dotyczyło warunków pobytu, zapewnienia bezpieczeństwa i odpowiedniej opieki pacjentom w tym szczególnym czasie

epidemicznym czy też dostępem do informacji o swoim stanie zdrowia i prawach pacjenta. Niekiedy stwierdzano naruszenia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów lub w zakresie przyjęć do szpitala psychiatrycznego bez zgody. Oprócz 4070 zgłoszeń, o których była mowa powyżej, Rzecznicy Praw Pacjenta Psychiatrycznego, realizując jedno z swoich ustawowych zadań, jakim jest dokonywanie z własnej inicjatywy oceny przestrzegania praw pacjentów, w 2020 roku podjęli ogółem 5704 sprawy, które w szczególności kierowane były do pacjentów:

1. wobec których zastosowano przymus bezpośredni, czyli 268 działań, co oznacza, że tematyka przymusu bezpośredniego stanowiła prawie 5% spraw; w 19 przypadkach, czyli w 7% stwierdzono naruszenia;
2. przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, czyli 202 działań, co oznacza, że przyjęcia bez zgody stanowiły około 3,5% spraw; w 12 przypadkach stwierdzono naruszenia (6%);
3. przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego, czyli 233 działań, co oznacza, że sprawy te stanowiły 4% ogółu; w 14 przypadkach (6%) spraw stwierdzono naruszenia;
4. niezdolnych do wyrażania zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, czyli 64 działania – to daje 1% spraw. Należy zauważyć, że w tej kategorii spraw nie stwierdzono żadnego naruszenia.

Ponadto prawie 5000 działań dotyczyło ogółu pacjentów i wiązało się m.in. z warunkami pobytu, zapewnieniem bezpieczeństwa i odpowiedniej opieki pacjentom w tym szczególnym czasie epidemicznym czy też dostępem do informacji o swoim stanie zdrowia i prawach pacjenta. Dla porównania w 2019 roku Departament Zdrowia Psychicznego prowadził ponad 12 500¹⁸ spraw. Ponadto w 2019 roku do Rzeczników wpłynęły łącznie 4723 wnioski – były to zapytania dotyczące obowiązujących przepisów prawa, prośby o udzielenie wyjaśnień czy pomocy w związku z pobytem w szpitalu, ale i w innych istotnych dla danej osoby kwestiach. Były one kierowane przez pacjentów, ich rodziny, osoby bliskie, personel, a także inne podmioty czy osoby związane z pacjentem czy daną placówką. Działania Rzeczników w tych obszarach koncentrowały się głównie na działalności informacyjnej i wspierającej. Poza informacjami prawnymi Rzecznicy udzielali pomocy w wyjaśnieniu zasygnalizowanych problemów, w sporządzeniu pism do dyrektorów szpitali czy innych podmiotów, wskazywali instytucje właściwe do rozpatrywania danego rodzaju spraw.

Uwagi końcowe

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Każda osoba będąca w szpitalu psychiatrycznym, np. osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji (i jednocześnie została zakwalifikowana do hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym) może bezpłatnie skorzystać ze wsparcia Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego. Liczba spraw, które każdego roku trafiają do Rzeczników Praw Pacjenta Psychiatrycznego, wydaje się, że świadczy o tym, że instytucja ta pełni istotną rolę dla zabezpieczenia interesów pacjenta psychiatrycznego. Sprawy te dotyczą tak różnych zagadnień, w szczególności jakości opieki sprawowanej przez personel nad pacjentem (ilości personelu zatrudnionego na oddziałach, organizacji opieki, kontaktu terapeutycznego, traktowania pacjentów), bezpieczeństwa epidemiologicznego w szpitalach, wyposażenia w odpowiedni sprzęt, w środki ochrony indywidualnej, dotyczących przyjęcia i wypisu, realizacji przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami, właściwym dokumentowaniem stosowania przymusu bezpośredniego – realizacji przepisów w zakresie przyjęcia i zatrzymania pacjenta bez zgody w szpitalu psychiatrycznym czy realizacji prawa do kontaktu osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z osobami bliskimi.

Reasumując, należy stwierdzić, że powołanie do życia instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego może (nie musi) pozytywnie wpłynąć na sytuację osób w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. W szczególności ważne jest zapewnienie dostępu pacjentom oraz ich bliskim do Rzecznika, aby ochrona przysługujących im praw miała realny wymiar. Podobna analiza musi jednak uwzględnić unikatowy charakter miejsca¹⁹, jakim jest oddział psychiatryczny i owa unikatowość powoduje, iż w wielu wypadkach trudno o jednoznaczną odpowiedź na rodzące się liczne pytania²⁰. Powyżej zaproponowane uwagi oraz refleksje miały na celu kontynuację debaty dotyczącej jakości zdrowia psychicznego w Polsce. Jednocześnie warto podkreślić, że rzeczywistość szpitala psychiatrycznego powoduje, że liczne zapisy ustawowe muszą być analizowane w kontekście konkretnego przypadku.

Przypisy

- 1 P. Miśkiewicz, Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO [w:], Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, red. J. Wciórka, Warszawa 2014, s. 18 i n., https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf, dostęp z dnia 02.11.2023 r.
- 2 P. Gałęcki, K. Bobińska, [w:], Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, red. P. Gałęcki, K. Bobińska, Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 19.
- 3 Ibidem.
- 4 https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf, dostęp z dnia 02.11.2023 r.
- 5 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2022. 2123 ze zm.
- 6 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. zmieniająca ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. Nr 141, poz. 1183.
- 7 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U.2022.1876 ze zm.
- 8 B. Kmiecik, Psychiatryczny ombudsman - polemika z artykułem J. Ciechorskiego „Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna”, Prawo i Medycyna 3, 2015, s. 86; B. Kmiecik, „Przepis na granicy”, czyli współczesne wyzwania w obszarze ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, Prawo i Medycyna 4, 2016, s. 55.
- 9 J. Ciechorski, Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna, Prawo i Medycyna 1, 2015, s. 113 i n.; J. Ciechorski, O Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – ad vocem, Prawo i Medycyna 2, 2016, s. 117 i n.
- 10 B. Kmiecik, Psychiatryczny ombudsman - polemika z artykułem J. Ciechorskiego „Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna”, Prawo i Medycyna 3/2015, s. 89-90.
- 11 Ibidem.
- 12 Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie może być: 1) świadczeniodawcą; 2) właścicielem podmiotu wykonującego działalność leczniczą będącym świadczeniodawcą, jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą; 3) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub producentem wyrobu medycznego lub wyposażenia wyrobu medycznego lub podmiotem zestawiającym system lub zestaw zabiegowy lub sterylizującym zestaw lub system zabiegowy lub producentem wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro lub wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro 4) właścicielem akcji albo udziałów w spółce prowadzącej aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającej produkty lecznicze lub wyroby medyczne lub wyposażenie wyrobu medycznego lub wyroby medyczne do diagnostyki in vitro lub wyposażenie wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro 5) członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; 6) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 13 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Dz.U. 2006 nr 16 poz. 126.
- 14 J. Ciechorski, Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna, „Prawo i Medycyna” 1, 2015, s. 117.
- 15 M. Wałachowska, Naruszenie prawa do dokumentacji medycznej, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1, 2021, s. 85.
- 16 Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2021, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>, dostęp z dnia 02.11.2023 r. oraz raport <https://www.gov.pl/web/rpp/raport-z-przestrzegania-praw-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi-w-2021-roku>, dostęp z dnia 02.11.2023 r.
- 17 Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>, dostęp z dnia 28.02.2023 r.
- 18 Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za rok 2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdania-dotyczace-przestrzegania-praw-pacjenta>, dostęp z dnia 02.11.2023 r.
- 19 U. Drozdowska, Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność rzeczników praw pacjenta psychiatrycznego [w:] A. Jacek, E. Sarnacka red., Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów, Warszawa 2014.
- 20 B. Kmiecik, Psychiatryczny ombudsman - polemika z artykułem J. Ciechorskiego „Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna”, Prawo i Medycyna 3, 2015, s. 101.

Dbłość o to, by praktyka profilaktyczna opierała się na dowodach, stanowi właściwe podejście do jakości w profilaktyce i wydatkowania środków publicznych na realizację celów polityki społecznej z zakresu profilaktyki, w tym tej ukierunkowanej na zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. W Polsce nadal takie podejście jest ogromnym wyzwaniem dla praktyki.

SZANSA NA PRZYŚPIESZENIE ROZWOJU PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH OPARTYCH NA NAUKOWYCH PODSTAWACH LUB DOWODACH W PRAKTYCE EDUKACYJNEJ

Maria Deptuła, Wioletta Junik
Wydział Pedagogiki
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Karina Porębska
Diagmatic

Wprowadzenie

Na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego stulecia nastąpił znaczny rozwój badań naukowych nad zaburzeniami psychicznymi i metodami interwencji profilaktycznych. Wzrósł także poziom wiedzy na temat związków pomiędzy tymi zaburzeniami a czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi (zob. Coie i in., 1996). Te osiągnięcia przyczyniły się do ukonstytuowania się profilaktyki naukowej na styku psychopatologii, kryminologii, epidemiologii psychiatrycznej, psychologii rozwojowej i pedagogiki, z której wyłoniła się nowa dyscyplina badawcza nazywana **nauką o profilaktyce** (ang. *prevention science*) (Coie i in., 1996). Ten postęp wpłynął na zmiany w sposobie myślenia o realizowaniu działań profilaktycznych w praktyce społecznej. Stało się oczywiste, że wyniki badań naukowych powinny być uwzględniane przy projektowaniu tych działań, ponieważ zrozumienie natury i skali zjawisk zagrażających człowiekowi stanowi warunek skuteczności profilaktyki. Takie podejście do praktyki społecznej, w tym profilaktycznej, nazwano **praktyką opartą na dowodach** (ang. *evidence-based practice*). Praktyka ta definiowana jest jako: *systematyczny proces podejmowania decyzji lub świadczenia usług, o udokumentowanym w dostępnych badaniach naukowych stałym pozytywnym wpływie na odbiorców. Zamiast działań tradycyjnych, instynktownych reakcji lub pojedynczych badań jako*

podstawy podejmowania decyzji, praktyka oparta na dowodach opiera się na danych zebranych dzięki badaniom eksperymentalnym, w których kontrolowane są indywidualne cechy odbiorców oraz uwzględniana jest wiedza specjalistów¹.

Dbłość o to, by praktyka profilaktyczna opierała się na dowodach, stanowi właściwe podejście do jakości w profilaktyce i wydatkowania środków publicznych na realizację celów polityki społecznej z zakresu profilaktyki, w tym tej ukierunkowanej na zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. W Polsce nadal takie podejście jest ogromnym wyzwaniem dla praktyki. Zdaniem Krzysztofa Ostaszewskiego (2019) oprócz istniejącego w naszym kraju potencjału naukowego, niezbędne są także odpowiednia infrastruktura naukowa i polityka grantowa, które umożliwiłyby zaawansowane badania ewaluacyjne praktyk profilaktycznych. Z kolei ich wyniki ułatwiłyby projektowanie oddziaływań profilaktycznych dopasowanych do potrzeb dzieci i młodzieży, a tym samym poszerzenie oferty zweryfikowanych naukowo praktyk. Pomimo wspomnianych ograniczeń powstał polski System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki², za sprawą którego do praktyki profilaktycznej trafiły propozycje oddziaływań w postaci programów profilaktycznych. Aktualnie na liście znajduje się 28 programów. Część z nich to przykłady **praktyki opartej na dowodach** (ang. *evidence-based*

practice), które w praktyce profilaktycznej nazywane są **programami opartymi na naukowych dowodach skuteczności** (ang. *evidence-based prevention*). W systemie znajdują się także **programy zbudowane na wiedzy naukowej**, które są przykładem **profilaktyki opartej na efektach poznania naukowego** (ang. *science-based prevention*). Od takich programów nie oczekuje się posiadania twardych dowodów o ich skuteczności, potwierdzonych w rygorystycznych badaniach ewaluacyjnych. Wymaga się, by ich konstrukcja opierała się na empirycznie potwierdzonych lub teoretycznie uzasadnionych czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących. Oczekuje się też, by oddziaływania były ukierunkowane na mechanizmy opisane i uzasadnione w teorii dotyczącej powstawania zachowań ryzykownych (zob. Ostaszewski, 2019).

Obecnie realizacja **oddziaływań profilaktycznych opartych na dowodach lub podstawach naukowych**³ stanowi spore wyzwanie dla praktyki społecznej, pomimo popularyzowania, od ponad dwudziestu lat, wiedzy z zakresu nauki o profilaktyce. Zdaniem Ostaszewskiego (2019) wynika to z tego, że w profilaktyce brakuje mechanizmów ekonomicznych, które wymuszałyby wdrażanie osiągnięć nauki, jak również łatwo mierzalnych wskaźników jej skuteczności. Te ostatnie dostarczałyby informacji zwrotnej o jakości realizowanych działań niezbędnej do ich popularyzowania i doskonalenia. Dostępne są jedynie krajowe i międzynarodowe standardy profilaktyki upowszechniane jako zalecenia lub rekomendacje. Stąd w praktyce społecznej nadal dominują działania intuicyjne i nieskuteczne, pomijające aktualny stan wiedzy o profilaktyce, która jest niedostatecznie rozpowszechniona wśród kadr odpowiedzialnych za realizację działalności profilaktycznej, zwłaszcza w edukacji.

Zadania przed szkołami w zakresie diagnozy rozmiarów i uwarunkowań zachowań ryzykownych

Próba zmiany tego stanu rzeczy w systemie edukacji było wdrożenie w 2015 roku rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej⁴, nakładającego na szkoły i placówki systemu oświaty obowiązek realizacji **działalności profilaktycznej opartej na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności** mającej na celu **przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych**

związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych przez uczniów i wychowanków, charakteryzujących się nieprzestrzeganiem przyjętych dla danego wieku zwyczajowych norm i wymagań, niosących ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego ucznia lub wychowanka oraz jego otoczenia społecznego (zob. Dz.U. z 2015 r. poz.1249, § 1.2). Podstawą podejmowania takiej działalności musi być przeprowadzana na początku każdego roku szkolnego **diagnoza w zakresie występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka**, uwzględniająca wymienione wyżej zachowania ryzykowne i dotycząca **uczniów/wychowanków, rodziców/opiekunów, nauczycieli/wychowawców i innych pracowników szkoły/placówki** oraz przeprowadzana we współpracy z podmiotami państwowymi realizującymi zadania z zakresu profilaktyki (zob. Dz.U. z 2015 r. poz.1249, § 6.1). Diagnoza ma służyć między innymi sformułowaniu celu profilaktycznego, od którego zależeć będzie dobór odpowiednich do potrzeb indywidualnych i grupowych dzieci, młodzieży i dorosłych form i metod oddziaływań np. programów zalecanych w ramach Systemu rekomendacji, opracowaniu programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły lub placówki (zob. Dz.U. z 2015 r. poz. 1249, § 5.3.1; § 6.5; § 7.8).

Oczywiście wdrażanie do praktyki edukacyjnej naukowych standardów profilaktyki to powód do zadowolenia. Jednak, czy wymóg przeprowadzania diagnozy nakreślonej tak szeroko jak w rozporządzeniu, nie stanowi zbyt dużego, a zarazem nieadekwatnego do zasobów i możliwości szkół i placówek wyzwania? Analiza obszarów diagnozy wskazanych w rozporządzeniu nasuwa odpowiedź twierdzącą na to pytanie. Bowiem diagnoza ryzyka i ochrony powinna obejmować identyfikację indywidualnych cech i zachowań uczniów/wychowanków, cech środowiska społecznego i efektów ich wzajemnego oddziaływania, które z jednej strony wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań ryzykownych, stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju, zdrowia, bezpieczeństwa lub funkcjonowania społecznego, a z drugiej wzmacniają ogólny potencjał zdrowotny uczniów/wychowanków i zwiększają ich odporność na działanie czynników ryzyka (zob. Dz.U. z 2015 r. poz. 1249, § 6.2).

Zaprojektowanie i zrealizowanie tak obszernej diagnozy oraz operacjonalizacja wyprowadzonych z niej celów profilaktycznych wymaga od jej wykonawców wysokiego poziomu wiedzy i kompetencji z zakresu nauki o profilaktyce, metodologii badań społecznych i innych nauk społecznych, których kadry nie posiadają i w zasadzie posiadać nie muszą. Ponieważ instytucje edukacyjne mają zupełnie inne zadania niż prowadzenie badań naukowych (zob. Ostaszewski, Borucka 2005, s. 3). Ambitny plan decydentów, by opartą na naukowych podstawach i dowodach profilaktykę zaczęto realizować w praktyce na szeroką skalę, nie ziszcza się od lat i nie może się ziścić bez odpowiedniego wsparcia potrzeb praktyków.

Uważamy, że środowiska edukacyjne w wytyczaniu głównych celów działań profilaktycznych czy wychowawczo-profilaktycznych powinny korzystać z dorobku naukowego w postaci powszechnie dostępnych wyników badań reprezentatywnych dotyczących rozmiarów, specyfiki i uwarunkowań zachowań ryzykownych⁵. Natomiast diagnoza przeprowadzana na terenie danej szkoły czy placówki powinna być tylko uzupełnieniem danych pochodzących z badań na próbach ogólnopolskich. Jej celem może być pogłębienie wiedzy o zagrożeniach i zasobach oraz związkach pomiędzy nimi występującymi w tym środowisku, dla którego ma powstać kompleksowy program działań. Dzięki profesjonalnemu wsparciu dla szkół w zakresie bardziej szczegółowego poznania zasobów i potrzeb nauczyciele zyskają czas i energię, które można spożytkować na realizowanie działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży.

Ustawodawca od ponad 20 lat⁶ stawia przed każdą szkołą i placówką oświatową wymóg przeprowadzania diagnozy, by jak to ujęli Ostaszewski i Borucka (2005, s. 1), odkryć niepowtarzalny splot czynników i uwarunkowań, na podstawie którego zaprojektuje się unikalny program. Pomimo tak długiej obecności w prawie oświatowym obowiązku prowadzenia diagnozy nadal jest ona zadaniem trudnym. Dlatego instytucjom oświatowym potrzebne jest wsparcie informacyjne, instrumentalne i materialne. Wsparcie informacyjne powinno polegać na dostarczaniu i wymianie informacji pomiędzy instytucjami edukacyjnymi, wspomagającymi merytorycznie pracę szkół oraz ośrodkami naukowymi na temat właściwego rozumienia roli szkoły w prowadzeniu działalności profilaktycznej,

w tym przeprowadzania diagnozy. Z kolei wsparcie instrumentalne powinno obejmować popularyzowanie wiedzy z zakresu nauki o profilaktyce niezbędnej do zrozumienia idei profilaktyki opartej na naukowych podstawach i dowodach wśród kadr pedagogicznych⁷ i istocie diagnozy do celów profilaktycznych. Natomiast wsparcie materialne powinno obejmować wszelką pomoc o charakterze materialnym, rzeczowym czy finansowym, by zabezpieczyć środki niezbędne do sprostania przez szkoły i placówki oświatowe nałożonym na nie zadaniom w związku z działalnością profilaktyczną.

Przykładem potrzebnego szkołom i placówkom oświatowym wsparcia w zakresie prowadzenia działalności profilaktycznej w odniesieniu do jednostek i grup jest oferowanie im na etapie przygotowywania diagnozy gotowych rozwiązań ułatwiających jej przeprowadzenie.

Do czego potrzebne są profesjonalne narzędzia diagnostyczne?

Barierą w rozwoju profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży jest deficyt narzędzi diagnostycznych o ustalonych właściwościach psychometrycznych, a więc dostarczających rzetelnych danych o rozmiarach i specyfice zjawisk zagrażających rozwojowi dzieci, a czasem nawet ich życiu. Dotyczy to zwłaszcza narzędzi, które mogliby wykorzystać pedagodzy i nauczyciele pracujący z uczniami w szkołach w ramach profilaktyki uniwersalnej lub selektywnej oraz wychowawcy placówek oświatowych i innych instytucji opiekuńczo-wychowawczych, profilaktycznych czy socjoterapeutycznych. Wszędzie tam, gdzie świadczona jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna dzieciom, nastolatkom mającym problemy w realizacji zadań życiowych lub żyjącym w warunkach niesprzyjających ich prawidłowemu rozwojowi i funkcjonowaniu na miarę posiadanego potencjału.

Rzetelna diagnoza zasobów dziecka, nastolatka, czyli czynników chroniących oraz czynników ryzyka istniejących w jego środowisku (w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole), a także występujących w jego osobistych kompetencjach, przekonaniach, odczuciach i zachowaniach przyczynia się do lepszego rozumienia występujących problemów w realizacji zadań życiowych czy zachowań ryzykownych (takich jak np. picie alkoholu, używanie

narkotyków, nadmierne korzystanie z urządzeń ekranowych, niewłaściwe odżywianie, niewystarczająca aktywność fizyczna itp.). Lepsze rozumienie przyczyn zagrożeń, ale też zespołu czynników sprzyjających prawidłowemu rozwojowi zwiększa szanse dorosłych na udzielenie dzieciom i nastolatkom pomocy na miarę ich potrzeb. Oznacza to formułowanie adekwatnych do ich potrzeb celów oddziaływań oraz wybieranie programu z listy programów rekomendowanych⁸. Z uwagi na to, że mimo rozwoju Systemu rekomendacji programów

działania o sprawdzonej skuteczności nie obejmują swoim zakresem wszystkich celów, jakie można wyprowadzić z rzetelnej diagnozy, konieczne bywa opracowywanie nowych programów opartych na naukowych podstawach (najlepiej poddawanych procedurze recenzowania przez specjalistów), a następnie ich realizowanie w pracy z dzieckiem/nastolatkiem, z grupami dzieci o podobnych potrzebach lub w pracy z klasą oraz przeprowadzanie ich ewaluacji. Ewaluacja praktyk profilaktyczno-wychowawczych to kolejne zadanie, którego realizacja wymaga

Tabela 1. Obszary kwestionariuszy Diagnostic.

BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH – 15 czynników	BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA CZYNNIKÓW RYZYKA – 18 czynników
Czynniki chroniące w środowisku życia ucznia	Czynniki ryzyka w środowisku życia ucznia
• Wsparcie społeczne • Wsparcie nauczycieli • Wsparcie rówieśników • Wsparcie rodziców	• Doświadczenie cyberprzemocy (<i>skala dla uczniów od 12. do 16. roku życia</i>) • Odrzucenie przez rówieśników • Zagrożenie ze strony rówieśników
Czynniki chroniące – zasoby indywidualne ucznia przekonania, odczucia, zachowania i kompetencje ucznia wspierające radzenie sobie z zadaniami szkolnymi i dobre relacje z innymi ludźmi	Czynniki ryzyka – deficyty ucznia przekonania, odczucia, zachowania i kompetencje ucznia utrudniające radzenie sobie z zadaniami szkolnymi i dobre relacje z innymi ludźmi
• Motywy uczenia się • Kompetencje i przekonania wspierające radzenie sobie z zadaniami i rozwój • Konstruktywne radzenie sobie z zadaniami • Nadzieja na sukces • Poczucie własnej skuteczności • Poczucie własnej wartości • Nastawienie na rozwój (transgresyjne) • Kompetencje i przekonania wspierające dobre relacje z innymi ludźmi • Wrażliwość na potrzeby innych ludzi i pomaganie • Umiejętność asertywnego zachowania się • Rozumienie emocji innych ludzi • Umiejętność współpracy • Pozytywny stosunek do nauki • Pozytywny stosunek do szkoły	• Kondycja psychiczna • Niepokojące objawy vegetatywne • Objawy stanów depresyjnych i tendencji suicydalnych • Symptomy lęku • Motywy nieuczenia się • Samoregulacja – zdolność kierowania swoim zachowaniem • Koordynacja działania • Nadruchliwość i impulsywność • Radzenie sobie z zadaniami i w trudnych sytuacjach • Trudności w nauce i niechęć do szkoły • Odczucia i przekonania utrudniające pozytywną adaptację • Pesymistyczne myśli o sobie i swojej przyszłości • Przekonania na temat norm społecznych i zachowań innych ludzi • Stosunek do rówieśników i przekonania na ich temat • Poczucie odmienności i osamotnienia wśród rówieśników • Przekonania i zachowania utrudniające wypełnianie roli członka rodziny • Negatywne postawy wobec obowiązków domowych • Przekonania dotyczące akceptowalnej kontroli rodzicielskiej • Unikanie kontroli rodzicielskiej
BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH – 4 rodzaje	
• Zachowania wskazujące na odmowę podporządkowania się zasadom i dorosłym oraz trudności w kontrolowaniu złości • Nadmierne korzystanie z internetu • Stosowanie przemocy w sieci • Przekonania i zachowania sprzyjające zaburzeniom odżywiania	
Dodatkowe obszary diagnozy:	
• Motywy pomagania lub niepomagania innym ludziom • Motywy spędzania lub niespędzania czasu wolnego z rówieśnikami • Motywy uprawiania lub nieuprawiania sportu	

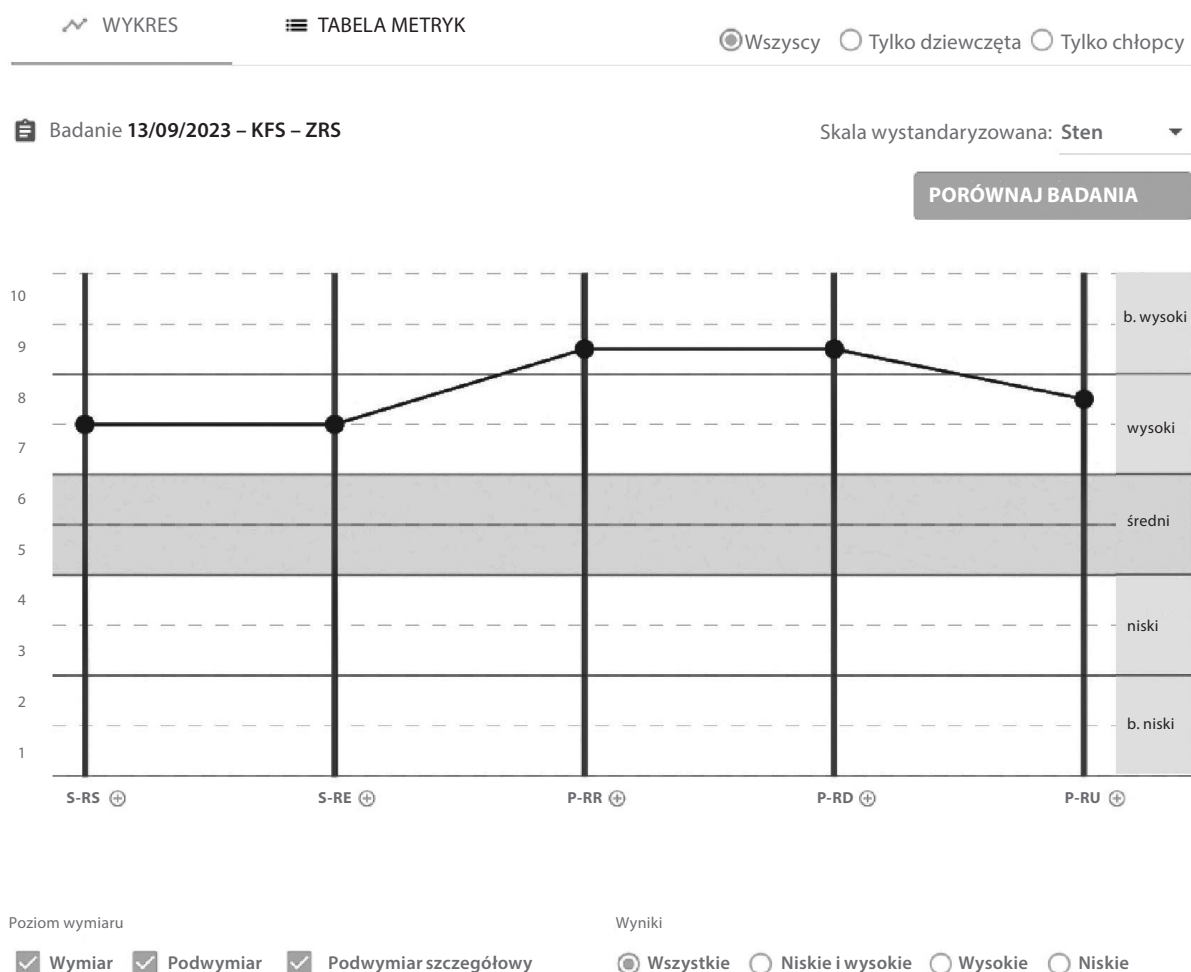
dostępu do sprawdzonych narzędzi diagnostycznych. Takiej profilaktyce wychodzą naprzeciw narzędzia oferowane przez Diagmatic⁹.

Czym charakteryzują się kwestionariusze Diagmatic?

Narzędzia umożliwiają psychologom i pedagogom badanie uczniów klas IV-VIII szkoły podstawowej, nie młodszych niż 9 lat i nie starszych niż 16 lat. Zostały przygotowane przez polskich naukowców z Uniwersytetu Śląskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego i Polskiej Akademii Nauk oraz psychologów i pedagogów praktyków. Ich teoretyczną podstawą są uznane na świecie teorie odzwierciedlające aktualny stan wiedzy z zakresu psychologii zdrowia, psychologii motywacji, psychologii klinicznej. Kwestionariusze uwzględniają specyfikę polskiej populacji. Standaryzacja narzędzi została przeprowadzona na ogólnopolskiej grupie dzieci i mło-

dzieży, co oznacza, że wyniki uzyskane w badaniach prowadzonych przy ich pomocy można porównać do norm ustalonych na próbie ogólnopolskiej. Kwestionariusze mają formę samoopisu, co oznacza, że uczniowie wypowiadają się na temat swoich odczuć, przekonań i zachowań, wybierając jedną z pięciu proponowanych odpowiedzi. Badanie może być przeprowadzone indywidualnie z uczniem w obecności psychologa czy pedagoga w szkole lub w poradni. Może też odbyć się grupowo, np. z całą klasą szkolną. Uczniowie udzielają odpowiedzi na komputerze lub tablecie. Cały proces diagnostyczny odbywa się w środowisku cyfrowym. Oznacza to, że odpowiedzi uczniów rejestrowane są na platformie Diagmatic, a osoba prowadząca badanie może analizować jego przebieg, np. oceniając, czy w danym czasie uczeń zdążył naprawdę przeczytać pozycję w kwestionariuszu i zastanowić się nad odpowiedzią. Otrzymuje gotowy wynik dla każdej osoby badanej i danego zespołu klasowego w wybranej przez siebie

Ryc. 1. Przykładowy wynik badania grupowego.



postaci. Diagnosta może otrzymać wynik osoby badanej na każdej z trzech wystandaryzowanych skal (sten, stanin, ten)¹⁰ oraz w oparciu o rangę centylową¹¹, który prezentowany jest na 5-stopniowej skali kategorialnej (wynik bardzo niski, niski, średni, wysoki, bardzo wysoki). Jedną z możliwości prezentowania wyników przedstawiono na rycinie 1.

Możliwe jest także zapisanie wyniku danej osoby w Systemie Diagnoz i po ponownym przeprowadzeniu badania po jakimś czasie śledzenie zmian poprzez porównanie wyników pierwszego i kolejnego pomiaru. Dzięki takim rozwiązaniom można szybko uzyskać odpowiedź na pytanie, czy działania podjęte na podstawie wyników pierwszego pomiaru przyniosły zakładane rezultaty. Zaprojektowane w Diagmatic cyfrowe środowisko diagnostyczne daje wiele możliwości, między innymi istotne skrócenie czasu potrzebnego na uzyskanie wyniku.

Dzięki zastosowaniu zaawansowanych metod obliczania wyników pomiaru, kwestionariusze dostarczają trafnej i rzetelnej wiedzy o badanych zjawiskach przy jednoczesnym mniejszym obciążeniu badanego poprzez istotne ograniczenie liczby pozycji kwestionariusza. Warto wiedzieć, że System Diagnoz jest pierwszym w Polsce systemem posiadającym zaawansowany i elastyczny konfigurator psychometryczny, umożliwiający osadzenie w nim narzędzi diagnostycznych budowanych zarówno na bazie metodyki IRT (Item Response Theory)¹², jak również narzędzi normalizowanych metodą ekwikutylową¹³ – nie tylko autorstwa Diagmatic, ale także innych wydawców testów psychoedukacyjnych.

Przykładowy sposób korzystania z baterii kwestionariuszy

Osoba korzystająca z baterii kwestionariuszy może sama planować postępowanie diagnostyczne, wybierając czynniki chroniące, czynniki ryzyka czy zachowania ryzykowne, które chce lepiej poznać w przypadku danego dziecka lub nastolatka, klasy szkolnej lub grupy, z którą pracuje. Możliwe jest dokonywanie wyboru stopniowo – jeśli zastanawia się nad tym, czy w danej klasie relacje rówieśnicze tworzą każdemu uczniowi środowisko sprzyjające rozwojowi, może zastosować najpierw z baterii czynników związanych ze środowiskiem kwestionariusz do badania *wsparcia ze strony rówieśników* (czynnik chroniący) oraz kwestionariusze

do badania *odrzućenia przez rówieśników i poczucia zagrożenia ze strony rówieśników* (czynniki ryzyka). Po analizie otrzymanych wyników więcej danych dla zrozumienia obrazu relacji rówieśniczych w klasie dostarczy wypełnienie przez uczniów kwestionariusza badającego *kompetencje i przekonania wspierające dobre relacje z innymi ludźmi* oraz kwestionariusza badającego *odczucia i przekonania utrudniające pozytywną adaptację*, w tym zwłaszcza części dotyczących *stosunku do rówieśników i przekonań na ich temat* i *poczucia odmienności i osamotnienia wśród rówieśników*.

Inny plan etapowej diagnozy może obejmować *motywy uczenia się* i *motywy nieuczenia się*. Następnie można zastosować kwestionariusz do badania *wsparcia ze strony nauczycieli i rodziców* oraz także z baterii czynników chroniących kwestionariusz do badania *kompetencji i przekonań wspierających radzenie sobie z zadaniami i rozwój*. Dopełnieniem obrazu będzie wypełnienie przez uczniów kwestionariuszy badających *samoregulację* oraz *kondycję psychiczną*.

Możliwości planowania diagnozy etapami jest więcej. Jeśli jednak decydujemy się na dzielenie postępowania diagnostycznego na etapy realizowane w toku więcej niż jednego spotkania z uczniami, konieczne jest zastosowanie procedury losowania kodu, np. złożonego z 7 cyfr, którym posłuży się uczeń wypełniając wszystkie ankiety. To jest ważne także wtedy, jeśli planuje się powtórzenie badań za jakiś czas, by ocenić efekty zrealizowanych oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych. W badaniach grupowych nie wydaje się celowe posługiwanie się przez uczniów symbolami, które mogą budzić podejrzenie, że nauczyciel i tak będzie wiedział, kto i w jaki sposób odpowiedział na dane pytania. Jeśli planuje się pracę z klasą, ważne są wyniki całego zespołu, ale też pojedynczych uczniów. Ważniejsze jest jednak, naszym zdaniem, zachowanie anonimowości, co zwiększa szanse na udzielanie przez uczniów prawdziwych odpowiedzi, bo to pozwala formułować adekwatne do potrzeb zespołu cele dalszych działań. Jeśli wychowawcę czy pedagoga szkolnego niepokoją wyniki jakiegoś ucznia lub uczniów, można poprosić na forum klasy osoby, które źle się czują w klasie, znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji itp. (w zależności od tego, czego dotyczył kwestionariusz) o zgłoszenie się do wychowawcy lub pedagoga szkolnego, nie ujawniając danych, które mogłyby doprowadzić do odkrycia tożsamości danej osoby przez kogoś z klasy. Diagmatic udostępnia procedurę etycznego prowadzenia

badan, uwzględniając także takie sytuacje, w tym przechowywanie kodów uczniów w czasie między pierwszym a kolejnymi badaniami.

Bateria kwestionariuszy została poddana wnikliwym recenzjom ekspertów w zakresie psychometrii i zdrowia psychicznego. Ponadto posiada rekomendację Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychoterapii Dzieci i Młodzieży oraz Ministerstwa Sprawiedliwości do stosowania w opiniowaniu sądowo-psychologicznym. Opracowane narzędzia dają empiryczne podstawy do realizacji zadań wynikających z omówionego w artykule rozporządzenia MEiN w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii oraz rozporządzenia MEiN w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Przypisy

- ¹ Definicja Instytutu Praktyki Opartej na Dowodach Uniwersytetu w Waszyngtonie (*Evidence-Based Practice Institute of the University of Washington*, 2012) zamieszczona w: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- ² System opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie obie te instytucje tworzą Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom), Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- ³ W literaturze poświęconej profilaktyce, kiedy opisuje się oddziaływanie profilaktyczne, których skuteczność została udowodniona w spełniających rygorystyczne wymogi metodologiczne badaniach naukowych używa się najczęściej terminu profilaktyka oparta na dowodach, zaś w odniesieniu do tych, które opierają się na wiedzy o przyczynach, mechanizmach rozwojowych zachowań ryzykownych oraz na wiedzy o czynnikach ryzyka i chroniących profilaktyka oparta na naukowych podstawach.
- ⁴ Mowa o Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015 r. poz. 1249).
- ⁵ Badania empiryczne dowodzą, że np. większość szkół ma podobne problemy i potrzeby, stąd ich wyniki mogłyby być wystarczającą podstawą do formułowania celów do pracy profilaktycznej.
- ⁶ Obowiązek dokonywania diagnozy pojawił się w prawie oświatowym wraz z obowiązkiem przygotowania i wdrożenia Szkolnego Programu Profilaktyki i został zapisany w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dn. 26.02.2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. Nr 51, poz. 458 z 2002 r.). Rozporządzenie to zostało zniesione Rozporządzeniem MEN z 2015 r., ale utrzymano w nim obowiązek przeprowadzania diagnozy.
- ⁷ Rozporządzenie było pierwszym aktem normatywnym dotyczącym działalności profilaktycznej w oświacie, w którym wykorzystano tę wiedzę. Widać to chociażby w zastosowanej terminologii, takiej jak na przykład: zachowania ryzykowne, czynniki ryzyka, czynniki chroniące, profilaktyka uniwersalna, selektywna

i wskazująca, działania oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności. Przyjęty w Rozporządzeniu język wywodzący się z nauk o zdrowiu, a nie jak dotąd o wychowaniu, był czymś zupełnie nowym dla kadr pedagogicznych. Kształcenie akademickie nauczycieli/wychowawców nie obejmowało nauki o profilaktyce, co umożliwiłoby im lepsze rozumienie specyfiki działań profilaktycznych opartych na naukowych podstawach lub dowodach.

- ⁸ <https://www.programyrekomendowane.pl/>
- ⁹ Diagmatic to pracownia testów psychologicznych i pedagogicznych opracowanych w ramach projektu współfinansowanego ze środków NCBiR. Powstały one z myślą o diagnozach wykonywanych między innymi w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Mogą jednak służyć także profilaktyce opartej na dowodach dzięki dopasowaniu pozycji kwestionariuszowych do diagnozy czynników chroniących, czynników ryzyka i zachowań ryzykownych.
- ¹⁰ Trzy najczęściej stosowane skale standardowe, wykorzystujące odpowiednio 10, 9 lub 100 jednostek skali do prezentacji wyniku.
- ¹¹ Wskazuje, jak wiele osób w tej samej grupie, do której należy badana osoba, ma natężenie mierzonej cechy nie większe niż badana osoba.
- ¹² Teoria Odpowiadania na Pozycje Testowe pozwala różnicować jakość poszczególnych pozycji testowych i ich wpływ na określenie poziomu natężenia badanej cechy
- ¹³ Klasyczna Teoria Testów.

Bibliografia

- Coie J.D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman H.J., Ramey S.L., Shure M.B., Long B. (1996), „Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego” (przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska), Nowiny Psychologiczne, 2, 15-37.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022), „Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- MEN (2015), Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, Dz.U. z 2015 r. poz.1249.
- MEN (2017), Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. z 2017 r. poz.1591.
- MENiS (2002), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26.02.2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. Nr 51, poz. 458.
- Ostaszewski K. (2017), „W poszukiwaniu systemowych rozwiązań dla integracji w szkole celów dydaktycznych, wychowawczych i profilaktycznych. (w:) Z.B. Gaś (red.), „Profilaktyka szkolna wobec wyzwań współczesności – koncepcje, badania, propozycje rozwiązań”, Lublin: Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, 45-60.
- Ostaszewski K. (2019), „W kierunku profilaktyki opartej na wiedzy” (w:) Z.B. Gaś (red.), „Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce”, Lublin: Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, 35-50.
- Ostaszewski K., Borucka A. (2005), „Obszary diagnozy w szkole”, Remedium, 9, 1-3.

W artykule przedstawiam wybrane wyniki jakościowych badań, których celem było poznanie opinii nauczycieli i przedstawicieli instytucji samorządu gminnego na temat warunków skuteczności profilaktyki używania substancji psychoaktywnych przez uczniów. Opinie te zbierano w związku z realizacją projektu służącego opracowaniu materiałów edukacyjnych dla wymienionych grup¹. Zaprezentowany materiał nie ma oczywiście charakteru reprezentatywnego w sensie ilościowym. Zadanie sformułowano inaczej, celem było m.in. poznanie zróżnicowania opinii i przekonań badanych grup oraz skojarzeń i schematów, które wywoływane były w związku z tematyką badań.

NAUCZYCIELE I PRZEDSTAWICIELE INSTYTUCJI SAMORZĄDU GMINNEGO O PROFILAKTYCE

Marcin J. Sochocki
Fundacja Poza Schematami

Badania zrealizowano za pośrednictwem indywidualnych wywiadów pogłębionych online w okresie od 10 do 23 czerwca 2023 roku. Uczestniczyło w nich 30 osób (23 kobiety, 7 mężczyzn): nauczyciele (pedagodzy) i osoby odpowiedzialne za realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii (por. tabela). Najmłodszy respondent miał 27 lat, najstarszy – 56.

Opinie respondentów na temat skuteczności profilaktyki

Głos nauczycieli i pedagogów

Część badanych wyrażała opinię, że szkolna profilaktyka nie jest skuteczna, gdyż kojarzono ją ze stosowaniem wykładowych, nieangażujących odbiorców technik oddziaływania. Deklarowano także, że wśród uczniów w ogóle nie są realizowane działania profilaktyczne lub nie przybierają one formy wyodrębnionych programów, lecz stanowią jeden z elementów pracy wychowawczej nauczycieli (np. podczas tzw. godzin wychowawczych).

Dodawano niekiedy, że nie ma potrzeby prowadzenia jakichś cyklicznych zajęć z uczniami z zakresu profilaktyki. Mówiono, że tworzenie takich działań jest „biurokratycznym obowiązkiem”, który nie ma wpływu na uczniów. Odnotowano ocenę, iż profilaktyka w przypadku dzieci ze szkół podstawowych jest przedwczesna. Poniżej przytaczam wybrane cytaty z wypowiedzi respondentów: *Dawno, 6-7 lat temu w zawodowce był pan ze straży miejskiej i opowiadał o narkotykach i cyberprzemocy. To było zupełnie nieskuteczne, uczniowie cieszyli się, że mają godzinę wolną i siedzieli w telefonach. Obecnie uczę w klasach 1-3 i nie ma takich akcji; Nie mieliśmy konkretnych kampanii w szkole. Sami od siebie, jako nauczyciele, mówimy np. o zdrowym stylu życia. Na godzinach wychowawczych albo jak dziecko zapyta; Nie ma u nas profilaktyki do 5 klasy. Potem są jakieś akcje; U nas nie ma w szkole programów profilaktycznych. Nie było sytuacji konieczności interwencji [tzn. wdrożenia programu profilaktycznego w szkole – przyp. MJS]. Są rozmowy na godzinie wychowawczej, ale nie było większych akcji. Teraz to się zmieni, bo przyłapano uczniów na paleniu; W tym momencie niepotrzebne [są programy profilaktyczne – przyp. MJS], dzieci 7-11, czy 12 lat, to za*

Liczba osób	Grupa respondentów	Dodatkowe informacje
5	Nauczyciele/pedagodzy	Uczący w klasach 1-3 szkoły podstawowej
5	Nauczyciele/pedagodzy	Uczący w klasach 4-6 szkoły podstawowej
5	Nauczyciele/pedagodzy	Uczący w klasach 7-8 szkoły podstawowej
5	Nauczyciele/pedagodzy	Uczący w szkołach ponadpodstawowych
10	Osoby odpowiedzialne za realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii	

wcześniej. W podstawówce za wcześnie; Musimy tworzyć programy profilaktyczne, ale to jest wszystko dla papieru, skupiamy się na papierze; Programy nieskuteczne, robione bez przełożenia na rzeczywistość. Po to, żeby wypełnić dokumenty; Coraz bardziej tajemniczy są ci uczniowie, nie są tak łatwi do przeczytania, jak kiedyś. Trudno znaleźć do nich klucz, żeby współpracowali.

Pojawiły się także opinie przeciwnie, w których respondenci twierdzili, że profilaktyka w szkole jest realizowana w sposób systematyczny. Nauczyciele i pedagodzy podawali przykłady – ich zdaniem skutecznych – oddziaływań profilaktycznych. Mówiono tu o „dawaniu świadectwa” osób, które miały doświadczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych i zachowują abstynencję, angażowaniu „idoli młodzieżowych”, pełnometrażowych fabularyzowanych filmach dokumentalnych. Zwracano także uwagę na skuteczność przekazów poprzez media społecznościowe. Mówiono o kampaniach medialnych. Jako skuteczną formę oddziaływania wskazywano także techniki awersyjne, takie jak zdjęcia zniszczonych płuc osób palących. Stwierdzano, że młodzież trzeba „zaszokować”. Rekomendowano sięganie po statystyki z zakresu zdrowia publicznego. Jako przykład skutecznych działań, które realizowane są w szkole, podawano wykonywanie plakatów przez uczniów na tematy dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Mówiono, że dobry efekt przynoszą rozmowy z poszczególnymi uczniami. Stwierdzano, że skuteczna jest jednorazowa realizacja krótkich zajęć. W przypadku młodszych dzieci wskazywano na bajki.

Podczas wywiadów respondenci mówili także o realizacji przez szkoły programów profilaktycznych, które uważali za skuteczne, np. „Spójrz inaczej”, „Spójrz inaczej na agresję”. Wśród warunków skutecznej profilaktyki mówiono o: systematyczności i dostosowaniu profilaktyki do etapu rozwojowego i potrzeb uczniów, współpracy z rodzicami i edukacji rodziców. Wskazywano także na odpowiednie kompetencje i postawę nauczyciela (wymieniano przy tym stosowanie jasnych zasad, uczciwość, asertywność, zaangażowanie) oraz jego wiek, gdyż pojawiła się opinia, zgodnie z którą starsi nauczyciele mają większe trudności w byciu perswazyjnie skutecznymi niż ich młodszy koledzy i młodsze koleżanki z pracy. A to przykłady niektórych wypowiedzi: *[Działania skuteczne – przyp. MJS]: pełnometrażowe filmy, fabularno-dokumentalne, świadectwo takiej osoby, dla młodszych dzieci – zaprosiliśmy śmieciarkę z bajką o recyklingu, dzieci słuchały; Spotkania bezpośrednie*

z osobą, która wyszła z uzależnienia. To najlepsze, najbardziej wiarygodne źródło informacji. Osoba, która przez to przeszła, to najlepszy przykład. Wie, bo sama przerobiła; Są kampanie czasem w internecie albo billboardy, nie jest tego dużo. Do dzieci i nastolatków najlepiej trafić drogą social mediów i angażując ich idoli, których oni chcą naśladować. Nasze gadanie też im w głowie zostaje, ale chętniej posłuchają swoich bohaterów; Obrazki są skuteczne, np. płuca, które palą, zdjęcia osób, statystyki; Trzeba znaleźć sposób, żeby zainteresować, np. zaszokować. Sama informacja to za mało; Uczniowie sami robią plakaty i to wzbudza ciekawość, dzieci zadają pytania; Do uczniów trafia rozmowa indywidualna, pokazywanie, prawdziwe życie; W szkole są dobre jednorazowe scenariusze zajęć; Muszą być napisane prosto, ich językiem, bez słownictwa naukowego, nie za długie, bo młodzież nie lubi czytać, forma wizualna przyciągająca, osoby w ich wieku pokazane; Im wcześniej, tym lepiej. Można już przemycać wiedzę w przedszkolu, oczywiście dostosowaną do wieku dziecka, potem kontynuować, a w liceum to już regularne zajęcia; Trzeba zaczynać wcześniej, liceum to już za późno. Trzeba docierać do rodziców, którzy żyją w bańce nieświadomości. Uważają, że ich dzieci to nie dotyczy, a tymczasem presja grupy jest silna i dziecko ją wchłonie, żeby nie być odrzuconym; Omawia się na bieżąco, rodzice się angażują, kontaktują; „Spójrz inaczej” – dostosowany do różnych grup wiekowych. Bardzo dużo tematów o emocjach, stresie, lekach, używkach itd. Baza pracy dla pedagoga – zawsze coś się znajdzie. Podstawowe narzędzie pracy. „Spójrz inaczej na agresję” – o agresji, używkach, reklamach piwa – mechanizmach za tym stojących; Asertywność, konsekwencja, odpowiedzialność, bycie fair i jasność zasad. Autentyczność. Bycie autentycznym ich przekonuje; Nauczyciele nie 60-letni przed emeryturą, ale 30-latkowie; Profilaktyka jak ćwiczenia z pierwszej pomocy – trzeba wdrażać, nie może być zamrożona, żeby stała się automatycznym działaniem.

Głos osób odpowiedzialnych za realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Opisując rekomendowane działania profilaktyczne, respondenci z drugiej grupy wskazywali na wdrażanie zajęć warsztatowych – mówiono, że stosowanie wyłącznie działań informacyjnych może być nieskuteczne. Stwierdzano, że profilaktykę należy realizować możliwie

wcześniej, czyli od 3-4 klasy szkoły podstawowej, zwracając szczególną uwagę na budowanie poczucia własnej wartości uczniów: *Skuteczne są działania nie tylko na materiałach drukowanych, ale warsztat, interakcja, ćwiczenia – nie tylko wręczenie ulotki; Najlepiej zajęcia warsztatowe, grupowe. Proporcje teoria–praktyka, na rzecz praktyki; Trzeba prowadzić profilaktykę od najmłodszych lat, szkoła średnia to już za późno. Od 3-4 klasy szkoły podstawowej; Dużo by dało wzmacnianie własnej wartości dzieci. To są wrażliwe dzieci [sięgające po substancje psychoaktywne – przyp. MJS], które nie udźwignęły problemu.*

Z kolei inni wskazywali na kampanie medialne, a także działania informacyjne za pośrednictwem ulotek. Odnotowano opinie, że wskazane są działania zawierające drastyczny przekaz, który przykuwa uwagę, rozbudza emocje. Za skuteczne uznano spotkania uczniów z osobami, które doświadczyły w przeszłości szkód w związku ze swoim uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ale potrafiły przezwyciężyć trudności i żyć w abstynencji. *Kampanie społeczne mają duży wydźwięk; Krótkie ulotki też; Wyraziste plakaty – OK, konkretnie; Im bardziej drastyczna i budzi emocje – tym lepiej. Leży człowiek nieprzytomny, żeby nie powiedzieć – trup; Był do szkoły zaproszony pan, który był na dnie i sobie poradził, i młodzież słuchała. Przemawiało to spotkanie z alkoholikiem; Zdałby egzamin żywy przykład. Są tacy terapeuci, którzy byli uzależnieni, ale wyszli z tego i są teraz dobrymi terapeutami.*

Wskazano także na programy rekomendowane w ramach „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”. Jednak uznano, że nie zawsze są skuteczne ze względu na zróżnicowanie potrzeb i możliwości adresatów tych programów. Mówiono, że wiele przy tym zależy od kompetencji i osobowości realizatora. *Jest dużo programów innowacyjnych, rekomendowanych przez KCPU. Programy ubrane w schematy nie spełniają oczekiwań wszystkich odbiorców, bo różna jest inteligencja emocjonalna, różne trudności, też w codziennym życiu, traumy, depresja, zaburzenia psychiczne. Dotrzeć z jednym programem nawet do 30 osób w klasie jest trudno. (...) Docierają najlepiej te, które pokazywały żywą interakcję, np. spotkania ze specjalistami z dużym wykrzyknikiem, pragmatykami z certyfikatami.*

Zwrócono uwagę, że w szkołach nie ma odpowiedniego klimatu do realizacji działań profilaktycznych. Mówiono, że dyrekcje i nauczyciele nie chcą się tym zajmować.

Jestem w Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, stykam się z tym cały czas. Nauczyciele nie chcą współpracować, dyrektorzy zamiatają różne rzeczy pod dywan – nie chcą pozwolić na zrobienie diagnozy. Ulotki nauczyciele wkładają do szafy i tyle, a jest potrzeba; Programy bardzo podobne, niestety. Szkołom w [tu pada nazwa miejscowości – przyp. MJS] nie chce się tego prowadzić.

Wśród badanych z drugiej grupy nie pojawiły się opinie negujące potrzebę realizacji profilaktyki. Mówiono jednak o nieskuteczności dostępnych programów: *Nie zetknęłam się jako praktyk ze skutecznymi programami.*

Podsumowanie

Opinie kadry pedagogicznej na temat szkolnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych były zróżnicowane. Na jednym krańcu pojawiły się opinie kwestionujące potrzeby realizacji działań z tego zakresu w szkołach podstawowych lub traktowanie szkolnej profilaktyki jako biurokratycznego wymogu, niemającego wpływu na postawy uczniów. Przeciwniegi kraniec to wypowiedzi akcentujące wdrażanie programów rekomendowanych², angażowanie rodziców i prowadzenie działań w sposób zaplanowany i systematyczny. W wypowiedziach badanych pojawiały się przykłady działań, których skuteczność jest wątpliwa (np. przygotowywanie plakatów dotyczących szkodliwości używania substancji psychoaktywnych) lub mogących mieć potencjalnie negatywny wpływ na uczniów (np. ekspozycja na szokujące treści). Uczestniczący w wywiadach nauczyciele mieli bardzo zróżnicowaną wiedzę na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Część prezentowała opinie, które nie mają uzasadnienia we współczesnej wiedzy na temat profilaktyki, ale były raczej wyrazem przekonań respondentów odwołujących się do zdroworozsądkowych szablonów lub rutynowych działań szkół, którym dodatkowo przypisuje się znaczenie profilaktyczne. Inni wykazywali się znajomością zasad profilaktyki, odwołując się do podstaw naukowych, wskazywali na warunki skuteczności oddziaływań mających uzasadnienie w badaniach ewaluacyjnych.

Wydaje się, że respondenci wyrażający opinie bliższe pierwszemu z opisanych krańców spektrum na co dzień w pracy nie zajmowali się profilaktyką i nie mieli na ten temat wyrobionej opinii, tworzyli odpowiedzi ad hoc,

w tym zakresie badanie być może miało nieco artefaktualny charakter. Nie oznacza to jednak, że w tym aspekcie było ono bezwartościowe, przeciwnie – pozwoliło unaoocnić, z jakimi zasobami wiedzy podręcznej wiązą respondenci temat skuteczności profilaktyki, a jest to ważne, gdyż są oni tymi członkami szkolnych społeczności, którzy kształtują, niekoniecznie w zaplanowany, przemyślany sposób, klimat społeczny mający wpływ na zachowania uczniów, także dotyczące używania substancji psychoaktywnych.

W wypowiedziach badanych odpowiedzialnych za realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii pojawiały się takie same opinie jak w przypadku kadry pedagogicznej. Skuteczną profilaktykę definiowano jako spotkania z osobami „po przejściach”, jednorazowe działania informacyjne, czasem mające drastyczny wyraz. Z drugiej strony mówiono o tym, że profilaktyka powinna być wdrażana możliwie wcześnie, realizowana przede wszystkim w sposób angażujący odbiorców

i przez realizatorów mających odpowiednie kompetencje. Zwrócono uwagę na (zgłaszaną też przez respondentów z grupy nauczycieli i pedagogów) deprecjację szkolnej profilaktyki, ale opisana została ona w inny sposób – jako niechęć części kadry pedagogicznej i dyrekcji do wdrażania działań profilaktycznych oferowanych przez instytucje samorządu gminnego.

Zebrany materiał można potraktować jako głos w debacie na temat zakresu potrzeb dotyczących edukacji nauczycieli i pedagogów, a także przedstawicieli drugiej kategorii badanych z zakresu profesjonalnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.

Przypisy

¹ Zadanie dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Projekt wdrażała Fundacja Poza Schematami. Badania zrealizowali: dr hab. Magdalena Łukasiuk i Marcin J. Sochocki.

² Chodzi o „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” – więcej na ten temat na stronie: <https://www.programyrekomendowane.pl/>

RAKOTWÓRCZE DZIAŁANIE ALKOHOLU – ŚWIAT NAUKI A SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ ZJAWISKA

Magdalena Borkowska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Świat nauki dostarcza nam nieustannie dowodów na rakotwórcze działanie alkoholu, nawołując tym samym do rozważnych wyborów konsumenckich. Świadomość negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie człowieka, obalanie głęboko zakorzenionych mitów związanych z jego dobroczynnym działaniem i zmiana ludzkich postaw wobec jego konsumpcji, to działania ważne w kwestii zdrowia jednostki.

Zgodnie z danymi International Agency for Research on Cancer, globalne spożywanie napojów alkoholowych doprowadziło do ponad 740 tys. przypadków zachorowań na raka w 2020 roku. Najwięcej przypadków dotyczyło: raka przełyku – 190 tys., raka wątroby – 155 tys. przypadków oraz raka piersi – 98 tys. przypadków. Wśród odnotowanych przypadków choroby nowotworowej

41 300 wiązało się ze spożywaniem do 10 g alkoholu etylowego dziennie, co odpowiada jednej porcji standardowej. Warto pamiętać, że kobieta zwiększa ryzyko wystąpienia u niej raka piersi o 50%, gdy wypija 4 kieliszki wina dziennie (4 porcje standardowe), a o 100%, gdy wypija 8 kieliszków dziennie (8 porcji standardowych, czyli butelkę wina).

Alkohol, tytoń i choroby nowotworowe

Zgodnie z wynikami badania opublikowanego na łamach magazynu *The British Medical Journal* (2015), konsumenci alkoholu, będący jednocześnie palaczami, zwiększają swoje ryzyko zachorowania na nowotwór (jamy ustnej,

gardła, krtani, przełyku) pięciokrotnie w porównaniu do osób, które tylko piją, bądź tylko palą (WHO, International Agency for Research on Cancer, 2021).

Alkohol zwiększa ryzyko zachorowania na przynajmniej siedem rodzajów nowotworu:

- jamy ustnej,
- krtani,
- przełyku,
- gardła,
- piersi,
- wątroby,
- jelita grubego i odbytu.

W jaki sposób alkohol zagraża zdrowiu i zwiększa ryzyko choroby nowotworowej:

- uszkodza DNA komórek i upośledza ich naturalną zdolność do działań samonaprawczych,
- może podwyższyć poziom estrogenu, hormonu żeńskiego, zwiększając tym samym ryzyko raka piersi,
- uszkodza tkanki wątroby, może doprowadzić do marskości, a następnie raka,
- zaburza proces przyswajania różnych składników odżywczych, w tym kwasu foliowego pełniącego ważną rolę w funkcjonowaniu komórek i tkanek, płodności czy zachowania odpowiedniego poziomu hemoglobiny we krwi,
- poprzez zawarte w alkoholu substancje chemiczne podrażnia błonę śluzową jamy ustnej, przełyku i gardła, a w połączeniu z dymem tytoniowym pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworu wymienionych narządów,
- jako używka bogata w kalorie stanowi jeden z czynników podwyższonego ryzyka nadwagi,
- co stwierdzono naukowo – jego spożywanie wiąże się z podwyższonym ryzykiem chorób nowotworowych.

Świat nauki informuje nas o tym, że:

- Alkohol jest substancją toksyczną (teratogenem) i wpływa na stan zdrowia jego konsumenta.
- Choroby nowotworowe są globalnie drugą po chorobach układu krążenia przyczyną śmierci.
- Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Nowotworami (The International Agency for Research on Cancer) wymienia alkohol etylowy wśród czynników najwyższego ryzyka działania kancerogennego (Rumgay i in., 2021).
- Spożywanie tylko jednej porcji standardowej alkoholu dziennie, czyli do 10 g 100% alkoholu etylowego,

Ryc. 1. Standardowa porcja alkoholu, czyli 10 g 100% alkoholu w różnych rodzajach napojów alkoholowych.



może się przyczyniać do rozwoju nowotworu (WHO, International Agency for Research on Cancer, 2021).

- Każdy rodzaj alkoholu (piwo, wino, wódka, mocniejsze trunki) zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór.

Stanowisko WHO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) na łamach magazynu naukowego *The Lancet* przedstawiła stanowisko oparte na dowodach naukowych, którego głównym przesłaniem jest informacja, że „zdrowie i ryzyko chorób nowotworowych zależy już od niewielkiego spożycia alkoholu”. Ponieważ nie jest określona konkretna dawka alkoholu, przy której aktywne stają się rakotwórcze właściwości alkoholu w organizmie człowieka, a wiązać się to może między innymi z wielością czynników współtowarzyszących (np. uwarunkowania genetyczne, styl życia), najbezpieczniejszym zachowaniem pozostaje maksymalne zredukowanie bądź całkowite zrezygnowanie ze spożywania napojów alkoholowych. Jednocześnie autorzy stanowiska zaprezentowanego na łamach *The Lancet* podkreślają, że nie ma badań, które wskazywałyby, że potencjalnie dobroczynne działanie alkoholu na choroby układu krążenia i cukrzycę typu 2, widoczne jest również w obszarze redukcji ryzyka chorób nowotworowych u tego samego konsumenta. Z uwagi na wysoki poziom spożycia napojów alkoholowych w regionie europejskim WHO i tym samym podwyższone ryzyko zachorowań na nowotwory alkoholozależne, Światowa Organizacja Zdrowia za priorytet polityki zdrowotnej przyjęła działania mające wpływ na zmniejszenie odsetka chorób nowotworowych wywołanych spożywaniem alkoholu. Jako model przynoszący pozytywne skutki profilaktyczne WHO wskazuje podwojenie wysokości podatku akcyzowego na napoje alkoholowe. Zgodnie z poczynionymi analizami taki model działań ekonomicznych może zapobiec prawie 7% (10 700 przypadków zachorowania i 4850 zgonów) nowych nowotworów spowodowanych alkoholem w regionie europejskim WHO (Kilian i in., 2021).

Europejski Kodeks Walki z Rakiem

W ramach Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, będącego listą prozdrowotnych wskazówek profilaktycznych, wskazano działania, które ograniczają ryzyko zachorowania na raka. W dokumencie „12 sposobów

na zdrowie” wymieniono takie zalecenia, jak między innymi:

- nie pal tytoniu;
- utrzymuj prawidłową masę ciała;
- bądź aktywny fizycznie;
- odżywiaj się zdrowo;
- ogranicz spożycie alkoholu bądź całkowicie z niego zrezygnuj (abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom);
- unikaj nadmiernej ekspozycji na słońce;
- szczep swoje dzieci przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i wirusowi HPV;
- zgłaszaj się na badania przesiewowe.

Znaczenie badań genetycznych

Dziedziczna predyspozycja warunkuje do 10% przypadków zachorowań na nowotwór. W takim kontekście rozwój nowotworu zależy w szczególności od nieprawidłowej informacji zapisanej w kodzie genetycznym, przekazywanej z pokolenia na pokolenie, poprzez zmutowany gen. Świat nauki wskazuje na wyjątkowo ryzykowne połączenie, jakie ma miejsce w przypadku nosicieli mutacji genowej, spożywania przez nich napojów alkoholowych i ryzyka wystąpienia u nich chorób nowotworowych. Dlatego w przypadku tych osób szczególnie istotna jest świadomość odpowiedzialnych wyborów.

Narodowa Strategia Onkologiczna 2020–2030

Zainaugurowana w 2020 roku Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 wskazuje na czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwór, zaliczając do nich czynniki środowiskowe i styl życia, w tym spożywanie alkoholu.

Dieta jest jednym z czynników ochronnych bądź podnoszących ryzyko chorób nowotworowych, gdyż przekłada się bezpośrednio na stan organizmu. Dlatego też zgodnie z zaleceniami onkodietetyków warto pamiętać o jedzeniu:

- węglowodanów złożonych, które wpływają na utrzymanie stałego poziomu glukozy we krwi (warto sięgać po: pełnoziarniste pieczywo, makarony przede wszystkim z pszenicy durum, kasze, ryż, ziemniaki czy fasolę);
- witamin z grupy B, które dobroczynnie działają na system nerwowy – wzmacniając go (warto sięgać po:

- kaszę, fasolę, pestki słonecznika, brokuły, kapustę, razowe pieczywo, awokado, banany, truskawki, wołowinę, drób czy ryby);
- magnezu, który wpływa na funkcje układu nerwowego i pracę mózgu (warto sięgać po: kaszę gryczaną, fasolę, orzechy, groch, szpinak, banany, żółty ser, gorzką czekoladę);
- wapnia, który wpływa na uwalnianie się neuroprzekazników i produkcję żeńskich hormonów, buduje odporność na stres (warto sięgać po: nabiał, sardynki, soję, brokuły, fasolę – przyswajanie wapnia zmniejsza nadmiar nabiału, alkoholu i kofeiny);
- cynku, który wpływa na czynności mózgu, znajduje się w każdej komórce organizmu i wzmacnia system nerwowy (warto sięgać po: owoce morza, chude mięso, drób, podroby, fasolę, groch, pieczywo pszenne pełnoziarniste);
- aminokwasu-tryptofan, który uczestniczy w produkcji neuroprzekazników, takich jak serotonina i melatonina wpływających na nastrój i sen (warto sięgać po: ryby morskie, nasiona dyni i słonecznika, jajka, awokado, banany, chude mięso, mleko).

Holistyczne podejście do człowieka

Doktor nauk medycznych Gabor Mate, powołując się na liczne badania naukowe, wyjaśnia szczegółowo, jak *stres i emocje* wpływają na występowanie chorób, takich jak zapalenie stawów, nowotwory, cukrzyca, choroby serca, zespół jelita drażliwego czy stwardnienie rozsiane. Powołując się na znaczenie pojęcia holizmu, warto przytoczyć zdania zawarte w publikacji Oriny Krajewskiej „Holistyczne ścieżki zdrowia. Bądź”: „(...) zdrowie to równowaga na poziomie ciała, ducha i umysłu, a praca nad nim powinna obejmować każdy z tych aspektów. Ujęcie holistyczne bierze pod uwagę całą osobę. U jego podstaw leży założenie, że sfery: psychiczna, fizyczna, emocjonalna, społeczna i duchowa są ze sobą nierozzerwalnie związane i bezpośrednio na siebie oddziałują. Takie spojrzenie na zdrowie traktuje człowieka jako integralną całość, a nie skupia się jedynie na wycinku wymagającym szczególnej uwagi. (...) Niezwykle ważne (...), aby pamiętać o dbaniu o każdy filar zdrowego stylu życia, ponieważ wszystkie one są podstawą budowania zdrowia (...)”.

Warto pamiętać, że:

- im większa ilość i częstotliwość picia alkoholu, tym większe ryzyko raka,
- nawet umiarkowane picie alkoholu (do dwóch porcji standardowych dziennie=20 g czystego alkoholu) stwarza ryzyko zachorowania na raka piersi,
- picie alkoholu z jednoczesnym paleniem tytoniu wielokrotnie zwiększa ryzyko raka jamy ustnej, przełyku i gardła,
- biorąc udział w badaniach przesiewowych, ograniczasz ryzyko zachorowania na raka jelita grubego (zalecenie dotyczy kobiet i mężczyzn), raka piersi.

Zgodnie z danymi GUS w 2021 roku spożycie 100% alkoholu na 1 osobę wyniosło 9,7 litra. Opierając się na badaniach naukowych, założyć można, że Polacy będący w grupie konsumentów napojów alkoholowych, stanowią jednocześnie grupę podwyższonego ryzyka chorób nowotworowych.

Bibliografia

- Anderson B.O., Berduzuli N., Ilbawi A. i in. (2023), „Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption”, *The Lancet* Vol. 8 January.
- Portal Onkologiczny www.zwrotniakraka.pl (dostęp 12.11.2023).
- Materiały z Forum na Rzecz Pacjenta Onkologicznego w Krakowie, (4-5 lutego 2023 roku, Centrum Kongresowe ICE Kraków), program: <http://unicorn.org.pl/aktualnosci/krakow-7-forum-na-rzecz-pacjenta-onkologicznego/>
- Mate G., „Kiedy ciało mówi nie. Koszty ukrytego stresu”, Wydawnictwo Czarna Owca, 2022.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018), „Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016”, *Lancet*.
- Europejski Kodeks Walki z Rakiem z Rakiem http://12sposobow.nazdrowie.pl/12_sposobow.pdf
- Krajowy Rejestr Nowotworów (<http://onkologia.org.pl/alkohol/>).
- Nowotwory złośliwe w Polsce 2022 (<https://onkologia.org.pl/pl/raporty>).
- Kilian C. i in. (2021), „Modelling the impact of increased alcohol taxation on alcohol-attributable cancers in the WHO European Region”, *The Lancet Regional Health – Europe*.
- Narodowa Strategia Onkologiczna (dostęp 16.11.2021 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>).
- Ogólnopolski Program Oceny Zachorowania na Raka (dostęp 15.11.2023 <https://badamygeny.pl/ocena-ryzyka-raka>).
- Rumgay H. i in. (2021), „Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study”, *Lancet Oncology*; 22: 1071–80.
- WHO – Alcohol and Cancer (dostęp 15.11.2023: <https://www.who.int/europe/home/search?indexCatalogue=eurosearchindex&searchQuery=alcohol%20and%20cancer&wordsMode=AnyWord>).
- Yin C. i in. (2015), „Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies”, *BMJ*.
- Ulotka „Alkohol a nowotwory” KCPU (dostęp 15.11.2023) <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/10/ALKOHOL-A-NOWOTWORY.pdf>

Wejście w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, które nałożyło na jednostki samorządu terytorialnego obowiązki realizacji zadań mających na celu zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów, stanowiło początek na drodze do podjęcia przez Zarząd Województwa Łódzkiego decyzji o utworzeniu na terenie tego województwa kompleksowego systemu pomocy dzieciom z FASD i ich rodzinom.

REGIONALNY PUNKT DIAGNOZY I TERAPII FASD W ŁODZI

Agnieszka Gaj, Sylwia Sobiejewska-Skorek
Regionalny Punkt Diagnostyki i Terapii FASD w Łodzi

Geneza powstania Regionalnego Punktu

Od wielu lat podejmujemy w województwie łódzkim działania edukacyjne, których celem jest zwiększenie dostępności pomocy dla dzieci z FASD. Pierwsze szkolenia dotyczące podniesienia poziomu wiedzy i świadomości na temat negatywnych skutków wynikających z picia alkoholu w okresie ciąży odbyły się piętnaście lat temu. Pomimo wąskiego grona specjalistów zajmujących się diagnozą oraz pracą z dzieckiem ze spektrum FASD, udało nam się nawiązać współpracę z dr. Krzysztofem Liszczem i dr. Teresą Jadczak-Szumiło. Na początku nasze działania skierowane były do pracowników służby zdrowia (pielęgniarek i położnych), z czasem rozszerzyliśmy grupę odbiorców, koncentrując się na przedstawicielach placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych. Szkolenia, których celem było przygotowanie uczestników do udzielania wsparcia edukacyjnego i środowiskowego dzieciom z FAS, zostały na stałe wpisane do realizacji w ramach zadań przyjętych w Wojewódzkim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ogromne zainteresowanie tematyką FASD zwróciło naszą uwagę na skalę problemu. Nie było to dużym zaskoczeniem, zważywszy na dane dotyczące wysokiego wskaźnika rozpowszechnienia spożywania napojów alkoholowych wśród mieszkańców województwa łódzkiego. Wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie RCPS w Łodzi w 2015 roku¹, pokazały, iż najwyższe spożycie alkoholu wśród kobiet odnotowano w grupie wiekowej 18-29 lat. Wskaźnik ten zwrócił uwagę na fakt, iż po alkohol sięgają najczęściej kobiety młode, znajdujące się w potencjalnym

dla nich okresie rozrodczym. Wśród badanych kobiet, które były w ciąży, 13,8% zadeklarowało, że w okresie oczekiwania na dziecko co najmniej raz piło alkohol. Dane te były szczególnie niepokojące w odniesieniu do ryzyka wystąpienia poalkoholowych uszkodzeń płodu. Naszą uwagę zwróciły również wyniki pierwszego badania dotyczącego rozpowszechnienia FASD w Polsce², przeprowadzonego na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w ramach projektu Alicja. Pokazały one, że FAS występuje nie rzadziej niż u 4 dzieci na 1000 urodzeń, natomiast FASD na poziomie ponad 20/1000. Badanie to pokazało również, że zaburzenia ze spektrum FASD występują częściej niż spektrum autyzmu czy zespół Downa.

Dostrzegając skalę problemu, mieliśmy świadomość, że prowadzone przez nas działania informacyjno-edukacyjne są ważne, ale jednak niewystarczające. Rosnąca liczba napływających pytań dotyczących możliwości diagnozy dziecka w kierunku FASD, wpłynęła na podjęcie decyzji o realizacji pilotażowego projektu dotyczącego wstępnych konsultacji psychologicznych w zakresie syndromu FASD. W 2015 roku zostały zorganizowane konsultacje w kierunku FASD, skierowane do dzieci wychowujących się w rodzinnej pieczy zastępczej z terenu województwa łódzkiego. Zainteresowanie możliwością skorzystania z tej formy pomocy było zdecydowanie większe od liczby przewidzianych miejsc. Zrealizowany projekt zwrócił uwagę na konieczność podjęcia kompleksowych działań w zakresie diagnozy i terapii dzieci z FASD w województwie łódzkim. Podjęta przez nas akcja pilotażowa skłoniła nas do przeprowadzenia szczegółowej analizy oferty diagnostycznej w kierunku

ku FASD w Polsce. Zebrane informacje potwierdziły ogromne deficyty w tym obszarze. Na terenie całego kraju funkcjonowały tylko dwa ośrodki świadczące bezpłatną pomoc dla dzieci z FASD i ich rodzin oraz kilka miejsc oferujących świadczenia płatne.

Wejście w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, które nałożyło na jednostki samorządu terytorialnego obowiązek realizacji zadań mających na celu zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów, stanowiło początek na drodze do podjęcia przez Zarząd Województwa Łódzkiego decyzji o utworzeniu na terenie województwa łódzkiego kompleksowego systemu pomocy dzieciom z FASD i ich rodzinom.

Działania podjęte w kierunku uruchomienia Punktu

Dzięki uprzejmości Gdyńskiego Centrum FASD, w którym mieliśmy możliwość odbycia wizyty studyjnej, oraz ogromnemu wsparciu merytorycznemu dr Teresy Jadcza-Szumilo nasze działania zaczęły przybierać praktyczny wymiar. Rozpoczęły się prace na wielu płaszczyznach dotyczących kwestii formalno-prawnych, finansowych, merytorycznych i lokalowych.

Finalnie w październiku 2017 roku Uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego, w strukturach Wydziału ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, został powołany Regionalny Punkt Diagnozy i Terapii FASD (Punkt). Siedzibą Punktu został budynek Regionalnego Centrum Polityki Społecznej. Na ten cel zaadaptowanych zostało kilka pomieszczeń mieszczących się na parterze. Podjęte zostały prace związane z przygotowaniem i wyposażeniem gabinetu lekarskiego, psychologiczno-terapeutycznego, sekretariatu oraz sali integracji sensorycznej (SI). Największe nakłady, w tym również finansowe, zostały poniesione w związku z przygotowaniem sali do terapii SI.

Jednym z kroków podjętych przed uruchomieniem działalności Punktu było zorganizowanie szkolenia na temat organizacji pomocy i budowania systemu wsparcia dla dzieci z FASD, skierowanego do osób pracujących w powiatowych centrach pomocy rodzinie oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych na terenie województwa łódzkiego. Naszym założeniem było przeszkolenie osób, które pełniłyby na terenie powiatu funkcje tzw. pracownika kluczowego, gotowego do udzielenia systematycznego wsparcia rodzinom w znalezieniu specjalistycznej pomocy na terenie powiatu (m.in. psychologiczno-pedagogicznej, logopedycznej, fizjoterapeutycznej) oraz współpracy z koordynatorem Regionalnego Punktu Diagnozy i Terapii FASD w Łodzi.

Najpoważniejszym wyzwaniem postawionym przed nami było utworzenie interdyscyplinarnego zespołu diagnostycznego. Od początku założeniem było prowadzenie diagnozy na bazie kryteriów modelu kanadyjskiego. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wzorem systemu kanadyjskiego opracowała wytyczne dotyczące minimalnych wymogów zespołu diagnostycznego, zgodnie z którymi powinien się on składać z lekarza i psychologa. Opierając się na wytycznych PARPA, został utworzony zespół diagnostyczny obejmujący dwóch lekarzy (pediatrę i psychiatrę



Kadra obozów terapeutycznych w 2022 r. i 2023 r.

dzieci i młodzieży) i psychologa. Osoby te ukończyły szkolenie dla zespołów diagnostów, przygotowujące do prowadzenia diagnozy klinicznej w zakresie FASD, rekomendowane przez PARPA. W krótkim czasie do grupy dołączył drugi psycholog, posiadający kwalifikacje do diagnozy i terapii neuropsychologicznej. Taki skład zespołu diagnostycznego (przy jednej zmianie personalnej) utrzymuje się do dziś. Fundamentalne znaczenie dla jakości diagnozy psychologicznej ma wiedza i doświadczenie naszych specjalistów w obszarze oceny opóźnień neurorozwojowych, mechanizmów tworzenia się wzorców przywiązania oraz traumy wczesnodziecięcej. Są to jednocześnie obszary, w których poza tematyką związaną z FASD zatrudnieni psycholodzy systematycznie podnoszą swoje kwalifikacje.

Oferta diagnostyczna

W Regionalnym Punkcie Diagnozy i Terapii FASD w Łodzi diagnozę prowadzimy kilkuetapowo i interdyscyplinarnie. Pierwsze spotkanie to konsultacja lekarska. Badanie fizykalne, ocena cech dysmorfii oraz poznanie medycznej historii dziecka stanowią wstęp do dalszych działań. Jeżeli zachodzi uzasadniona potrzeba, lekarz wskazuje na konieczność wykonania pogłębionej diagnozy w poradni specjalistycznej.

Druga wizyta rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu z opiekunem na temat historii życia dziecka. Psycholog stara się rozpoznać wszelkie czynniki mające wpływ na jego obecne funkcjonowanie, tak by zróżnicować skutki prenatalnej intoksykacji od innych stresogennych sytuacji występujących w późniejszych okresach życia. Specjalista wyjaśnia, jak historia życia ukształtowała pacjenta do chwili obecnej, pokazuje zależności pomiędzy przeszłością a teraźniejszością. Następnie wykonywane jest badanie psychologiczne, oceniające poziom ilorazu inteligencji dziecka, określające jego słabe i mocne strony. Jakościowa ocena realizacji zadań jest wyznacznikiem dalszych działań, szczególnie obszarów wymagających wykonania pogłębionej diagnostyki. Trzecie spotkanie to badanie neuropsychologiczne wraz z oceną neurorozwoju, oceną sprawności mózgu oraz jego możliwości, obserwacją zdolności przystosowawczych dziecka, jego sposobów radzenia sobie z trudnościami. Podczas tej wizyty w Punkcie opiekun ma możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości, połączenia informacji zebranych podczas dotychczasowych spotkań. Specjalista

wyjaśnia, jak opóźnienia neurorozwojowe ujawniające się w niezintegrowanych schematach motorycznych odruchów wczesnodziecięcych czy nieprawidłowościach w rozwoju globalnych wzorców ruchu mogą wpływać na wszystkie sfery rozwoju – nie tylko motoryczną, ale także emocjonalną czy poznawczą. Jeśli zachodzi uzasadniona potrzeba, oferujemy możliwość skorzystania z konsultacji psychiatrycznej, która stanowi wówczas uzupełnienie diagnozy. Cały proces zakończony jest wydaniem wspólnej opinii lekarsko-psychologicznej, obejmującej: informacje z wywiadu, wyniki badania lekarskiego (w tym badanie fizykalne i ocena dysmorfii), opis zaburzonych i zachowanych funkcji poznawczych i wykonawczych, badanie neurorozwojowe oraz ocenę rozwoju społeczno-emocjonalnego. Praca zespołowa w tym przypadku ma szczególne znaczenie. Kilku specjalistów spotyka się z tym samym dzieckiem w różnych odstępach czasowych, każdy bada inny obszar, widzi dziecko w innym nastroju, czasem z innym opiekunem. Pozostawanie specjalistów w kontakcie ze sobą jest niezbędnym elementem pozwalającym nie tylko na wypracowanie wspólnej konkluzji, ale także dalszych etapów postępowania. W treści przygotowanej opinii ujęte są zalecenia do objęcia dziecka konkretną terapią oraz w zależności od potrzeb – wskazania do wykonania pogłębionej diagnostyki (np. medycznej czy też w kierunku diagnozy zaburzeń przetwarzania słuchowego lub funkcji wzrokowych). Ponadto dokument ten zawiera informacje skierowane do rodziców/opiekunów, nauczycieli, stanowiące wyjaśnienie przyczyn trudności prezentowanych przez dziecko oraz wskazówki do dalszej pracy. Otrzymana przez rodziców opinia diagnostyczna stanowi pierwszy krok na drodze do objęcia dziecka właściwym wsparciem. To ważne, by mieć tę świadomość, a dokument nie trafił do szuflady. Zwracamy szczególną uwagę, aby wydawana przez nas opinia była przekazywana innym specjalistom, osobom pracującym z dzieckiem oraz zajmującym się jego procesem terapeutycznym. Jest to również jedna z form propagowania wiedzy na temat FASD.

Po kilku latach naszej działalności widzimy, jak zwrócenie uwagi np. poradni psychologiczno-pedagogicznych na problem FASD wspomaga naszych podopiecznych w otrzymywaniu bardziej ukierunkowanej pomocy na co dzień, szczególnie w szkole. Naszym celem jest zacieśnienie tej współpracy tak, by ułatwianie życia w chorobie działało się w miejscach, gdzie dziecko spędza

najwięcej czasu. Standardowe dostosowania edukacyjne odpowiednie dla innych zaburzeń neurorozwojowych są często niewystarczające lub też mogą być zupełnie nieprzydatne w odniesieniu do specyfiki trudności występujących przy FASD. Niestety, wciąż słyszymy, że większa liczba ćwiczeń jest słuszną drogą do osiągnięcia sukcesu, co niejednokrotnie jest błędnym założeniem. Przytaczamy wówczas słowa Diane Malbin, mamy trójki dzieci z zaburzeniami związanymi z występowaniem FASD: „Jeśli twoje podejście nie działa, spróbuj inaczej, a nie mocniej”. Wciąż przypominamy sobie i opiekunom to zdanie, by zachęcić do poszukiwania nowych rozwiązań, dzięki czemu frustracja zmienia się w konstruktywne działanie.

Oferta terapeutyczna i edukacyjna

Każde dziecko zgłoszone do Punktu, które otrzymało diagnozę zaburzeń ze spektrum FASD, może skorzystać z bezpłatnej terapii indywidualnej. Od września 2019 roku oferta Punktu została rozszerzona o terapię prowadzoną metodą integracji sensorycznej oraz terapię neurorozwojową z wykorzystaniem elementów metody S. Masgutowej. Niezintegrowane odruchy oraz wysoko wystymulowana oś stresowa HPA stanowią podstawę trudności wyższego rzędu, jakie zauważamy u naszych podopiecznych. Są to m.in. problemy z koncentracją, pamięcią, myśleniem, równowagą, kłopoty z nauką pisanie i czytanie. Podczas spotkań terapeutycznych w Punkcie wykorzystywane są różne elementy stosowane w metodzie MNRI®, takie jak: terapia taktylna, integracja odruchów dynamicznych i posturalnych, integracja

odruchów ustno-twarzowych, integracja odruchów wzrokowo-słuchowych, terapia neurostrukturalna czy archetypy rozwoju ruchowego. Zaproszenie do współpracy terapeutów (psychologów, fizjoterapeutę, pedagogów) z wiedzą dotyczącą neurostymulacji, pozwoliło na pomaganie na poziomie fundamentalnym. Należy bowiem pamiętać, że zaburzenia pierwotne są zawsze wynikiem uszkodzenia mózgu. Zaburzenia wtórne nie muszą się pojawić. Są one wynikiem braku adekwatnej pomocy dla dzieci z FASD. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna stanowią nieodłączny element całego procesu terapeutycznego, ukierunkowanego głównie na pracę w zakresie regulacji emocji w diadzie dziecko–opiekun. Spotkania terapeutyczne odbywają się regularnie, raz w tygodniu, z udziałem rodzica/opiekuna dziecka, który aktywnie uczestniczy w terapii. Opiekun zostaje wyposażony w zestaw ćwiczeń do pracy z dzieckiem w domu. Rodzice/opiekunowie nawet po zakończeniu terapii, w każdym momencie mogą zgłosić się ponownie do Punktu w ramach konsultacji, omówienia nowych trudności, jakie pojawiły się u dziecka.

Skuteczność oferowanej przez nas terapii zależy nie tylko od oddziaływań ukierunkowanych na dziecko, ale przede wszystkim od stopnia zaangażowania rodziny w proces pomocowy. Z uwagi na to nasze działania od początku skoncentrowane są na wsparciu rodziców/opiekunów. Od 2019 roku organizujemy spotkania o charakterze psychoedukacyjnym. Ich celem jest wyposażenie rodziców i opiekunów zastępczych w wiedzę niezbędną do prawidłowego rozumienia trudności ich podopiecznych. Podejmowane na spotkaniach tematy obejmują zagadnienia dotyczące deficytów dziecka powstałych w wyniku

uszkodzenia OUN na skutek prenatalnej intoksykacji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na różnicowanie zaburzeń pierwotnych od wtórnych. Oddzielne spotkanie w ramach cyklu warsztatów poświęcone jest tematyce zaburzeń przywiązania oraz traumie wczesnodziecięcej. Szczególnie temat związany z budowaniem relacji przywiązania budzi zainteresowanie, gdyż trudności z tego obszaru w największej mierze wpływają na codzienne funkcjonowanie dziecka, jego sposoby regulowania kontaktów z otoczeniem, postrzeganie samego siebie. Zależy nam na tym, aby opiekunowie kończący cykl spotkań psychoedukacyjnych nie tylko lepiej



Arteterapia podczas obozu terapeutycznego.

rozumieli specyfikę funkcjonowania dziecka i mieli poczucie bycia ekspertem w tym zakresie, ale także byli gotowi przekazywać tę wiedzę w środowiskach, które mają znaczący wpływ na rozwój dziecka (przedszkola, szkoły). Spotkania prowadzone są przez psychologów diagnozujących w Punkcie, co jest ogromną wartością projektu. Zwiększa poczucie zaufania i bezpieczeństwa wśród uczestników, stwarza przestrzeń do większej otwartości i co najważniejsze – pozwala na przełożenie wiedzy teoretycznej na praktyczne działania.

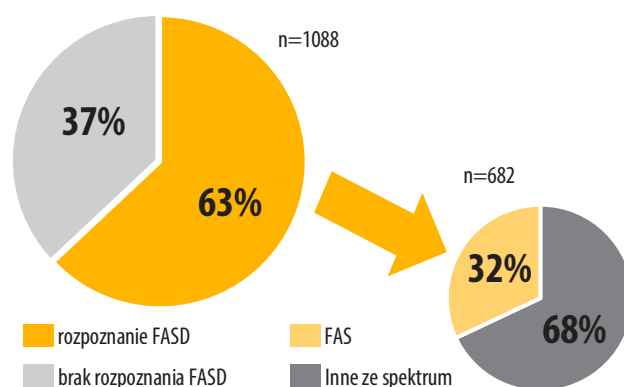
Informacje zwrotne otrzymywane od uczestników kolejnych grup psychoedukacyjnych pokazały ogromną potrzebę kontynuowania spotkań. Wpłynęło to na podjęcie decyzji o rozszerzeniu zakresu oferowanej pomocy. Od 2023 roku osoby, które ukończyły warsztaty psychoedukacyjne, mają możliwość uczestniczenia w grupie wsparcia. Spotkania te odbywają się najczęściej raz w miesiącu, czuwają nad nimi panie psycholog z Punktu. Jest to czas dzielenia się swoimi przemyśleniami, problemami, często frustracją i niepokojem, ale również radościami i sukcesami. Ważnym elementem spotkań jest wymiana pomysłów i doświadczeń w zakresie dostosowywania środowiska do potrzeb dziecka, tak by miało ono szansę na ujawnienie swojego potencjału i mocnych stron.

Ogromnym sukcesem jest dla nas organizacja dwóch letnich obozów terapeutycznych dla dzieci z FASD i ich rodzin. Przygotowywaliśmy się do tego przedsięwzięcia, zbierając i analizując doświadczenia zgromadzone na przestrzeni kilku lat działalności ośrodka. Do udziału w obozie zaprosiliśmy dzieci w wieku 7-11 lat wraz z rodzicem/opiekunem. Program był tak skonstruowany, aby każdy z małych uczestników miał możliwość korzystania z terapii indywidualnej i grupowej. Prowadzone były również zajęcia ruchowe i animacyjne. Równolegle dla rodziców/opiekunów odbywały się warsztaty psychoedukacyjne. Przewidziany był również czas na indywidualne konsultacje dla rodziców (z lekarzem i psychologami). Tym, co wyróżnia to przedsięwzięcie od pozostałych działań realizowanych w ramach aktywności ośrodka, to możliwość obcowania z rodziną w różnych sytuacjach dnia codziennego. Stwarza to okazję do udzielenia bieżącego wsparcia, m.in. poprzez modelowanie zachowań na linii dziecko–opiekun, dziecko–rówieśnik czy dziecko–obcy dorosły.

Zdecydowana większość realizowanych przez nas działań skoncentrowana jest na udzielaniu bezpośredniej

pomocy i wsparcia dziecku z FASD i jego rodzicom/opiekunom. Nie zapominamy jednak o tym, jak ważna jest edukacja skierowana do szerszej grupy odbiorców. W 2022 roku, w ramach obchodów Światowego Dnia FAS, przypadającego na 9 września nagrane zostały trzy (45-minutowe) filmy informacyjno-edukacyjne na temat funkcjonowania dziecka z FASD: „Nie tylko FASD, czyli jak całościowo pojmować historię życia dziecka”; „Po czym poznać, że doświadczane przez dziecko trudności wynikają z FASD”; „Jak skutecznie pomagać dziecku z FASD?”. Filmy zostały nagrane przez psychologów/diagnostów i terapeutów Punktu i zamieszczone na stronie internetowej Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi i na Facebooku, co pozwoliło na upowszechnienie wiedzy dotyczącej specyfiki funkcjonowania dziecka z FASD wśród ogółu społeczeństwa. Podejmujemy również działania mające na celu zwiększenie poziomu wiedzy i umiejętności w obszarze pomocy dzieciom z FASD wśród specjalistów. Rozpoczęliśmy w tym roku realizację szkoleń dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych. Będziemy kontynuować działania edukacyjne, kierując je do kolejnych grup zawodowych. Największe zainteresowanie problematyką FASD widzimy wśród pracowników pieczy zastępczej, pomocy społecznej i placówek oświatowych. To właśnie do tych osób będziemy kierować naszą ofertę edukacyjną.

Ryc. 1. Rozpoznanie zaburzeń ze spektrum FASD, w tym FAS wśród podopiecznych Regionalnego Punktu Diagnostyki i Terapii FASD w Łodzi (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Punktu.

Statystyki dotyczące działalności Punktu

Pierwsze konsultacje diagnostyczne w Punkcie odbyły się 13 marca 2018 roku. W pierwszych dniach funkcjonowania Punktu ponad 40 dzieci z województwa łódzkiego zostało zgłoszonych w celu wykonania diagnozy w kierunku FASD. Po kilku tygodniach działalności ośrodka ilość zgłoszeń była tak duża, że okres oczekiwania na pierwsze spotkanie diagnostyczne wydłużył się od kilku tygodni do ponad pół roku. Taka sytuacja utrzymuje się niezmiennie od kilku lat. Zainteresowanie diagnozą w kierunku FASD nie słabnie, co potwierdza konieczność realizacji działań w obszarze wsparcia dzieci z FASD i ich rodzin.

Od początku funkcjonowania Punktu (od marca 2018 roku) do końca października 2023 roku 1238 dzieci rozpoczęło proces diagnostyczny w kierunku FASD. Spośród 1088 dzieci, które go zakończyły 682 otrzymało diagnozę ze spektrum FASD, w tym 217 miało alkoholowy zespół płodowy – FAS.

Z przedstawionych na ryc. 1. danych wynika, że co piąte dziecko otrzymujące diagnozę w naszym Punkcie ma FAS. Co trzecie nie ma zaburzeń ze spektrum FASD,

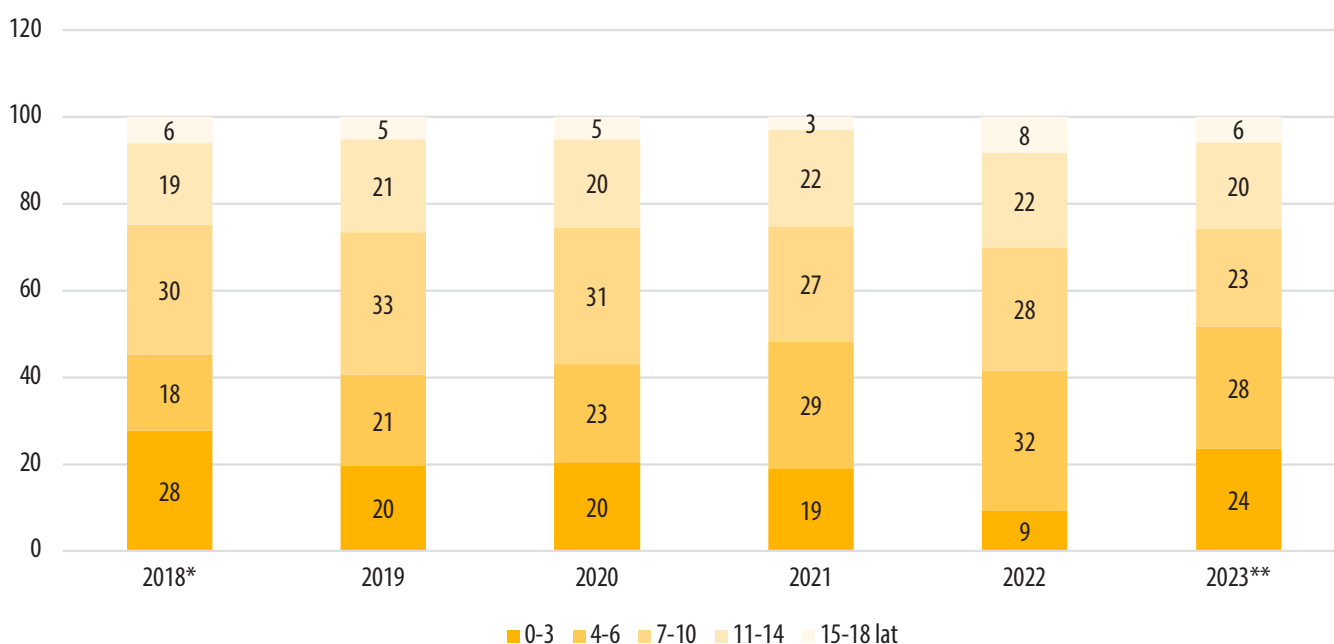
natomiast te, które otrzymują taką diagnozę, zdecydowanie częściej wykazują inne zaburzenia ze spektrum FASD niż pełnoobjawowy alkoholowy zespół płodowy. Oferta Punktu jest bezpłatna, w całości finansowana ze środków budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego, pochodzących z opłat za wydanie przez Marszałka Województwa Łódzkiego zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi.

W 2022 roku nakłady finansowe poniesione na działalność Punktu wyniosły 380 tys. zł. Na kwotę tę składają się koszty: wynagrodzeń diagnostów i terapeutów, organizacji spotkań psychoedukacyjnych, grup wsparcia, obozu terapeutycznego, zakupu narzędzi diagnostycznych oraz pomocy do terapii, druku materiałów promocyjnych. Budżet naszego Punktu w roku 2023 kształtuje się na podobnym poziomie.

Adresaci Punktu

Na diagnozę przyjmujemy dzieci i młodzież od narodzin do 18. roku życia zamieszkujące teren województwa łódzkiego, u których zachodzi podejrzenie lub pewność, że mama spożywała alkohol w okresie ciąży. Konieczna do przeprowadzenia procesu diagnostycznego jest pisemna

Ryc. 2. Struktura wiekowa dzieci objętych procesem diagnostycznym (%).



* 2018 – dane za okres od marca do grudnia.

**2023 – dane za okres od stycznia do października.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Punktu.

zgoda opiekuna prawnego lub opiekuna zastępczego, posiadającego rozszerzone uprawnienia do podejmowania decyzji w sprawach dziecka. Wystarczy telefoniczne bądź osobiste zgłoszenie dziecka na diagnozę, nie jest wymagane skierowanie lekarskie.

Pozytywnym aspektem, który dostrzegamy, jest większa świadomość dotycząca potrzeby i możliwości wykonania diagnozy w naszym Punkcie. W pierwszym okresie działalności ośrodka większość dzieci objętych konsultacjami diagnostycznymi, kierowana była do nas przez pracowników socjalnych, koordynatorów pieczy zastępczej czy asystentów rodziny (dotyczy to głównie dzieci umieszczonych w pieczy, których najwięcej zgłaszanych jest do Punktu). Obecnie dostrzegamy, że coraz więcej dzieci zgłaszanych jest przez lekarzy różnych specjalizacji (neonatologów, pediatrów, neurologów), nauczycieli, psychologów i pedagogów. To pozwala na wyłonienie osób z grupy ryzyka i skierowanie ich na właściwą diagnostykę w kierunku FASD. Jest to niezmiernie ważny element procesu diagnostycznego, który decyduje o tym, jak wcześnie zostaje postawione prawidłowe rozpoznanie, a co za tym idzie, kiedy zostaną podjęte odpowiednie działania terapeutyczne.

Na przestrzeni sześciu lat pracy Punktu zmieniała się nieznacznie struktura wiekowa diagnozowanych dzieci. W pierwszym roku działalności największą grupę stanowiły osoby między 7. a 10. rokiem życia (30%) oraz dzieci najmłodsze – od 0 do 3 lat (28%). W kolejnych latach zwiększał się udział dzieci między 4. a 6. rokiem życia, natomiast malała populacja zarówno dzieci najmłodszych (0-3 lata), jak i dzieci między 7. a 10. rokiem życia. Najmniej liczną grupą poddawaną diagnozie niezmiennie od 2018 roku, pozostaje młodzież między 15. a 18. rokiem życia – ich udział w diagnozowanej populacji wahał się w latach 2018–2023 od 3 do 8%. Od trzech lat dzieci między 4. a 6. rokiem życia dominują w populacji wszystkich diagnozowanych osób, jednak udział poszczególnych grup wiekowych wydaje się dążyć do równowagi. Wyłączając wspomnianą populację młodzieży (15-18 lat), udział pozostałych grup wiekowych w gronie diagnozowanych w Punkcie dzieci w 2023 roku rozkłada się najbardziej równomiernie od sześciu lat³.

Plany na przyszłość

Przed nami stoi wiele wyzwań w obszarze pomocy i wsparcia dzieci z FASD. W najbliższych planach mamy

zaproszenie do grona specjalistów Punktu logopedy/neurologopedy, który dołączy do zespołu diagnostyczno-terapeutycznego. Planujemy poszerzyć naszą ofertę terapeutyczną o indywidualną terapię psychologiczną dziecka oraz zajęcia grupowe w postaci Treningu Umiejętności Społecznych (TUS). Rodzicom/opiekunom chcemy zaproponować możliwość indywidualnych konsultacji psychologicznych, które, obok spotkań psychoedukacyjnych i grup wsparcia, uzupełnią repertuar oferowanych przez nas form pomocy.

Ogromną wartością są dla nas słowa rodziców/opiekunów kierowane podczas spotkań, szkoleń, konsultacji, obozów, mówiące o tym, jak możliwość skorzystania z oferty naszego Punktu, okazane zrozumienie i konkretna pomoc wpłynęły na zmianę ich życia. Wiele rodzin do czasu nawiązania współpracy z naszym ośrodkiem nie otrzymywała adekwatnego wsparcia lub, co można usłyszeć najczęściej, była narażona na ogromne niezrozumienie problemu, z jakim borykają się na co dzień. Naszym celem pomocowym jest nie tylko usprawnienie funkcjonowania dziecka, ale także poprawa relacji w rodzinie, szczególnie na linii dziecko – opiekun. Przeplatane w informacjach zwrotnych słowa *nareszcie, tutaj, zrozumienie, ratunek* – dają dużo satysfakcji, która nie pozwala, by nasze przekonanie w słuszność podejmowanych działań słabło.

Wzruszyła nas i głęboko zapadła w pamięć również wypowiedź dzieci uczestniczących w obozie: „My tutaj mogliśmy latać i być sobą”. Po początkowym braku zaufania z ich strony, zamknięciu w sobie – usłyszeć na koniec takie słowa – było najlepszą nagrodą.

Takie chwile sprawiają, że pracujemy ze zdwojoną siłą, aby jak najwięcej naszych podopiecznych mogło rozwinąć skrzydła. To przesłanie kierujemy do wszystkich dorosłych: pomóżmy dzieciom wyjść z ukrycia, akceptując je takie, jakie są. Nadaje to sens naszej pracy i motywuje do dalszego rozwoju.

Przypisy

- ¹ Badanie „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa łódzkiego”, raport z badań wykonanych na zlecenie RCPS w Łodzi, 2015 rok.
- ² Okulicz-Kozaryn K., Borkowska M., Brzózka, K., „Diagnoza FASD dla celów edukacyjnych i wychowawczych”, PARPA, Warszawa, 2015.
- ³ Dane dotyczące 2023 roku obejmują okres od stycznia do października, co oznacza, że podane proporcje mogą ulec zmianie.

W artykule zaprezentowano wyniki najnowszej, dziewiątej edycji badań ankietowych przeprowadzonych w Polsce w roku szkolnym 2021/22 w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC. Oprócz pytań o picie alkoholu i upijanie się, palenie papierosów i e-papierosów oraz używanie marihuany w polskich badaniach po raz pierwszy zadano młodzieży pytanie o picie napojów energetyzujących.

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I PICIE NAPOJÓW ENERGETYZUJĄCYCH PRZEZ MŁODZIEŻ W WIEKU 11-15 LAT. WYNIKI BADAŃ HBSC 2021/2022

Anna Dzielska, Katarzyna Okulicz-Kozaryn
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka

Wprowadzenie

Spożywanie alkoholu jest główną przyczyną zgonów i niepełnosprawności na całym świecie. Wysokie spożycie alkoholu jest głównym czynnikiem ryzyka chorób serca i udarów mózgu, marskości wątroby i niektórych nowotworów, i nawet umiarkowane spożycie alkoholu zwiększa długoterminowe ryzyko tych chorób. Alkohol przyczynia się także do większej liczby wypadków samochodowych i obrażeń, przemocy, zabójstw, samobójstw i zaburzeń zdrowia psychicznego niż jakakolwiek inna substancja psychoaktywna, szczególnie wśród młodych ludzi¹.

Konsekwencje zdrowotne palenia tytoniu obejmują wyższą zapadalność na choroby nowotworowe, zawał serca, udar mózgu i choroby układu oddechowego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2020)² szacuje, że palenie tytoniu zabija co roku 8 mln ludzi na świecie. W tym, bierne palenie jest przyczyną ponad 1,2 mln zgonów, włączając w to 65 tys. dzieci. I chociaż globalnie coraz mniej osób pali tradycyjne papierosy, to wzrasta regularne używanie e-papierosów, zwłaszcza wśród młodych ludzi: w 2021 roku średnio 6,1% osób w wieku 15-24 lata korzystało z produktów waporyzujących³.

Rozpowszechnienie używania konopi indyjskich (przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku) wśród mieszkańców UE w wieku od 15 do 24 lat szacuje się na 19,1%, a zażywania w ciągu ostatniego miesiąca na 10,4%. Przez wielu konsumentów marihuana jest postrzegana jako „lekki”, czyli mało szkodliwy narkotyk. Jednak okazuje

się, że dla 45% nowych pacjentów leczenia odwykowego była ona głównym problemem i była obecna (zazwyczaj wraz z innymi substancjami) w 23% przypadków ostrego zatrucia narkotykami⁴.

Spożywanie napojów energetyzujących może prowadzić do odurzenia kofeiną i występowania syndromów jej odstawienia, problemów sercowo-naczyniowych, zaburzeń snu i bezsenności, zachowań destrukcyjnych, nadpobudliwych i ryzykownych, problemów ze zdrowiem psychicznym, a także długoterminowych konsekwencji zdrowotnych związanych z nadmiernym spożyciem cukru, takich jak nadwaga i otyłość⁵.

Badania ujawniły także, że młodzież, która sięga po napoje energetyzujące, prawdopodobnie sięga również po tytoń, alkohol i nielegalne narkotyki. Istnieją znaczące dowody wskazujące, że napoje energetyzujące stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i nie powinny być spożywane przez dzieci i młodzież⁶. Wzrost popularności napojów energetyzujących wśród nastolatków nie został jeszcze określony ilościowo. Jednak rosnący marketing tych napojów energetyzujących i ograniczone regulacje prawne doprowadziły do sytuacji, w której napoje energetyzujące mogą stanowić istotny problem dla zdrowia publicznego.

Ze względu na tak poważne zagrożenia dla zdrowia monitorowanie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych przez młodzież jest niezwykle ważne. Dzięki niemu możliwe jest zaplanowanie odpowiednich działań profilaktycznych i interwencyjnych, a tym sa-

mym – ograniczenie negatywnych skutków i kosztów społecznych związanych z używaniem substancji.

Opis próby

W artykule zaprezentowano wyniki najnowszej, dziewiętej rundy badań ankietowych przeprowadzonych w Polsce w roku szkolnym 2021/22 w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)⁷. Badania HBSC realizowane są od 1982 roku cyklicznie co cztery lata we wzrastającej liczbie krajów. Obecnie członkami sieci badawczej jest 51 krajów lub regionów Europy i Azji oraz Kanada. Polska jest członkiem sieci HBSC od 1989 roku.

Przedmiotem analizy są dane uzyskane od reprezentatywnej próby polskich nastolatków (N=5395) w wieku 11, 13 i 15 lat, uczniów odpowiednio piątych i siódmych klas szkół podstawowych i pierwszych klas szkół ponadpodstawowych, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, prowadzonym metodą audytoryjną w klasie szkolnej w okresie od marca do czerwca 2022 roku na terenie wszystkich województw w Polsce.

Analizowane zmienne

Palenie papierosów i e-papierosów

W kwestionariuszu polskich badań HBSC 2021/22 pytano między innymi o częstość palenia papierosów tradycyjnych i e-papierosów w ostatnich 30 dniach przed badaniem. Pytanie dotyczące palenia tradycyjnych papierosów było w tej rundzie badań obowiązkową częścią protokołu badań i zadawano je uczniom we wszystkich grupach wiekowych (11, 13 i 15 lat). W badaniach HBSC 2017/18 pytanie o e-papierosy wchodziło w skład pakietu do wyboru i zadawane było tylko uczniom w wieku 13 i 15 lat. W badaniach HBSC 2021/22 pytanie to weszło do pakietu obowiązkowego i zadawane jest we wszystkich grupach wiekowych.

Młodzież była pytana:

- *W ilu dniach (jeśli w ogóle) paliłeś papierosy (lub używałeś elektronicznych papierosów e-papierosów), nie uwzględniaj, proszę, produktów tytoniowych opartych na podgrzewaniu (np. IQOS, Glo, TEEPS), w ciągu ostatnich 30 dni?*

- Można było udzielić odpowiedzi: *nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20-29 dni, 30 dni lub więcej.*

Picie alkoholu i upijanie się

W obecnej rundzie w pakiecie pytań obowiązkowych znalazły się pytania dotyczące częstości picia i częstości upijania się. Analizowano pytania dotyczące perspektywy ostatnich 30 dni. Badanych pytano:

- *W ilu dniach (jeśli w ogóle) piłeś alkohol w ciągu ostatnich 30 dni?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20-29 dni, 30 dni i więcej.*
- *Czy wypileś w ciągu ostatnich 30 dni tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?* Kategorie odpowiedzi: *nie nigdy; tak, jeden raz; tak, 2-3 razy; tak, 4-10 razy; tak, więcej niż 10 razy.*

Palenie marihuany

W pakiecie pytań obowiązkowych znalazło się również pytanie na temat używania marihuany czy haszyszu. Podobnie jak to miało miejsce w przypadku częstości używania papierosów i alkoholu, dotyczyło ono używania pochodnych konopi indyjskich w ciągu ostatnich 30 dni. Pytanie to zadawane było wyłącznie w najstarszej grupie wiekowej, tj. 15-latkom.

Młodzież odpowiadała na pytanie:

- *Czy kiedykolwiek używałeś marihuany („trawy”, „skuna”) lub haszyszu?* Kategorie odpowiedzi: *nigdy, 1-2 dni, 3-5 dni, 6-9 dni, 10-19 dni, 20-29 dni, 30 dni lub więcej.*

Picie napojów energetyzujących

Pytanie o picie napojów energetyzujących pochodzi z protokołu pytań dodatkowych HBSC, z kwestionariusza częstości spożywania wybranych produktów spożywczych i zadawane jest uczniom z każdej grupy wiekowej. W Polsce tego pytania po raz pierwszy użyto w obecnej rundzie badań.

Młodzież odpowiadała na pytanie:

- *Ile razy w tygodniu zwykle zjadasz lub pijesz niżej wymienione produkty? – Napoje energetyczne (np. Red Bull, Tiger, Monster), i mogła wybrać odpowiedź z następujących kategorii: nigdy; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; 1 raz w tygodniu; 2-4 dni w tygodniu; 5-6 dni w tygodniu; codziennie, 1 raz; codziennie częściej niż 1 raz.*

Zakres analiz

Odpowiedzi na pytania o picie alkoholu i upijanie się, palenie papierosów tradycyjnych i e-papierosów, używanie marihuany testowano statystycznie dla wskaźników dychotomicznych (używanie którejkolwiek substancji psychoaktywnej co najmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach w stosunku do pozostałych odpowiedzi). W przypadku picia napojów energetyzujących przedstawiono pełen rozkład odpowiedzi na pytanie, jak również analizowano wskaźnik codziennego picia tego typu napojów.

Analizowano różnice między grupami młodzieży wg płci (dla wszystkich substancji) i wieku (z wyjątkiem pytania o używanie marihuany).

Ponadto przedstawiono zmiany w zakresie częstości używania substancji psychoaktywnych w latach 2018–2021. Analiza częstości zmian we wspomnianych okresach badania w przypadku pytania o e-papierosy obejmuje tylko dane dotyczące 13- i 15-latków. Analiza zmian w latach nie obejmowała pytania o napoje, ponieważ

pytanie to po raz pierwszy znalazło się w polskich badaniach HBSC dopiero w ich najnowszej rundzie (2021/22). Pozostałe warianty pytań – o używanie substancji psychoaktywnych w innych przedziałach czasowych, jak również pełne rozkłady odpowiedzi będą przedstawione w raporcie krajowym z badań HBSC (informacji o raporcie można szukać na stronie www.hbsc-polska.org).

Wyniki

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież

W ostatnich 30 dniach przed badaniem więcej niż jeden na dziesięciu nastolatków w wieku 11-15 lat co najmniej jeden raz palił papierosy tradycyjne (13,4%), ale większą popularnością cieszyły się papierosy elektroniczne, których palenie w tym okresie deklarowało 17,4% nastolatków. Częstość palenia tytoniu i papierosów elektronicznych zwiększała się wraz z wiekiem badanych

Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 11-15 lat co najmniej jeden raz w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem według wieku i płci (%)^{*}.

Wskaźnik		Ogółem	11-latki	13-latki	15-latki	Chłopcy	Dziewczęta
Palenie tytoniu	N	637	56	143	438	307	330
	%	13,4	3,9	10,2	22,8	13,9	12,9
<i>p</i>			<0,001			=0,284	
Palenie e-papierosów	N	832	68	171	593	408	424
	%	17,4	4,7	12,3	31,0	18,5	16,5
<i>p</i>			<0,001			=0,067	
Picie alkoholu	N	977	83	197	697	469	508
	%	20,5	5,7	14,1	36,4	21,3	19,8
<i>p</i>			<0,001			=0,215	
Upijanie się	N	501	52	103	346	265	236
	%	10,5	3,6	7,4	18,1	12,1	9,2
<i>p</i>			<0,001			<0,001	
Używanie marihuany	N	-	-	-	222	137	85
	%	-	-	-	11,6	16,9	7,7
<i>p</i>			-			<0,001	

^{*} W tabeli podano wyniki testu χ^2 dla pełnego rozkładu odpowiedzi; wyniki testu dla wskaźnika dychotomicznego są następujące: 1. Palenie tytoniu: wiek: $\chi^2=1,150$, $df=1$, $p=0,284$; płeć: $\chi^2=273,148$, $df=2$, $p<0,001$; 2. Palenie e-papierosów: wiek: $\chi^2=434,710$, $df=2$, $p<0,001$; płeć: $\chi^2=3,356$, $df=1$, $p=0,067$; 3. Picie alkoholu: wiek: $\chi^2=529,420$, $df=2$, $p<0,001$; płeć: $\chi^2=1,539$, $df=1$, $p=0,215$; 4. Upijanie się: wiek: $\chi^2=207,043$, $df=2$, $p<0,001$; płeć: $\chi^2=10,167$, $df=1$, $p=0,001$; 5. Używanie marihuany: płeć: $\chi^2=38,065$, $df=1$, $p<0,001$.

Tabela 2. Picie napojów energetyzujących przez młodzież w wieku 11-15 lat według wieku i płci (%)*

Wskaźnik		Ogółem	11-latki	13-latki	15-latki	Chłopcy	Dziewczęta
Nigdy	N	2844	1246	866	732	1344	1498
	%	53,3	76,8%	55,1%	34,1%	52,5%	54,0%
Rzadziej niż raz w tygodniu	N	944	204	321	419	481	463
	%	17,7	12,6%	20,4%	19,5%	18,8%	16,7%
Raz w tygodniu	N	449	72	124	253	239	209
	%	8,4	4,4%	7,9%	11,8%	9,3%	7,5%
2-4 dni w tygodniu	N	524	45	110	369	251	273
	%	9,8	2,8%	7,0%	17,2%	9,8%	9,8%
5-6 dni w tygodniu	N	195	15	46	134	80	115
	%	3,7	0,9%	2,9%	6,2%	3,1%	4,1%
Codziennie co najmniej 1 raz	N	149	20	30	99	66	83
	%	2,8	1,2%	1,9%	4,6%	2,6%	3,0%
Codziennie częściej niż 1 raz	N	233	20	74	139	101	132
	%	4,4	1,2%	4,7%	6,5%	3,9%	4,8%
<i>p</i>			<0,001			=0,016	

* W tabeli podano wyniki testu χ^2 dla pełnego rozkładu odpowiedzi; wyniki testu dla wskaźnika dychotomicznego są następujące: wiek: $\chi^2=104,481$, $df=2$, $p<0,001$; płeć: $\chi^2=3055$, $df=1$, $p=0,080$.

nastolatków. W wieku 15 lat palenie tego pierwszego rodzaju papierosów w bliskiej perspektywie ostatnich 30 dni przed badaniem miała za sobą prawie 1/4 najstarszych nastolatków (22,8%), a e-papierosów już prawie jedna trzecia badanych (31,0%). Płeć nie różnicowała istotnie faktu palenia ani w przypadku papierosów tradycyjnych ani elektronicznych.

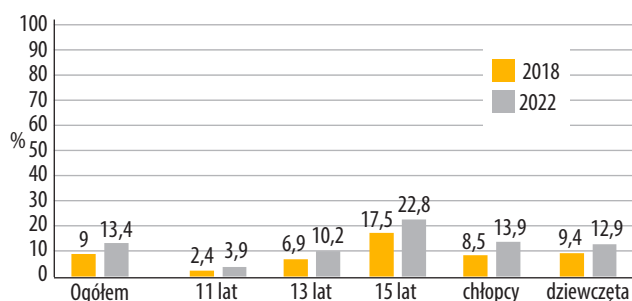
Co piąty nastolatek (20,5%) spożywał alkohol 30 dni przed badaniem. Wraz z wiekiem znacznie zwiększał się odsetek osób, które piły alkohol, a różnica między najmłodszymi a najstarszymi nastolatkami wynosiła ponad 30 punktów procentowych. Nie stwierdzono różnic w częstotliwości picia alkoholu ze względu na płeć. W okresie 30 dni przed badaniem co najmniej 1 raz upił się co dziesiąty nastolatek, przy czym rozpowszechnienie upijania się było pięć razy częstsze w najstarszej grupie wiekowej w porównaniu z najmłodszą. Upijanie się częściej dotyczyło chłopców niż dziewcząt.

Co najmniej jeden raz w ostatnich 30 dniach po marihuanę sięgał więcej niż jeden na dziesięciu 15-latków (11,6%). Ponad dwukrotnie częściej marihuanę używali chłopcy (16,9%) niż dziewczęta (7,7%).

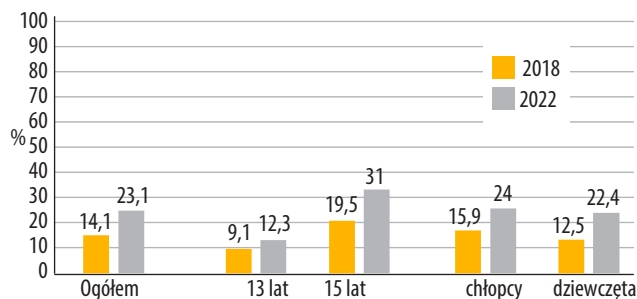
Picie napojów energetyzujących przez młodzież

Analizie poddano wskaźnik codziennego (co najmniej jeden raz dziennie i częściej) picia napojów energetyzujących przez młodzież w wieku 11-15 lat. Codzienne picie napojów energetyzujących dotyczyło 7,2% młodzieży w wieku 11-15 lat. Odsetek wzrastał istotnie z wiekiem, przyjmując wartości: 2,4% u 11-latków, 6,6% u 13-latków

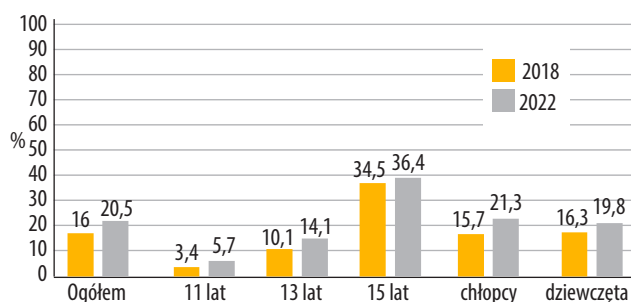
Ryc. 1. Palenie papierosów przez młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem w latach 2018–2022 ogółem, według płci i wieku (%).



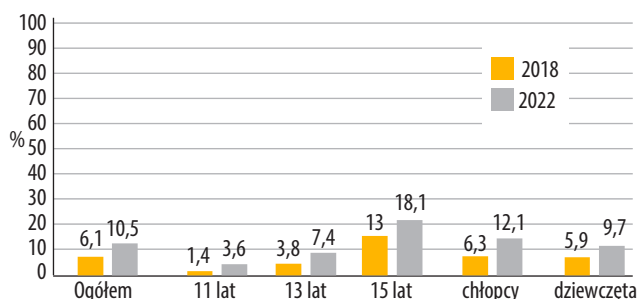
Ryc. 2. Używanie papierosów elektronicznych przez młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem w latach 2018–2022 ogółem, według płci i wieku (%).



Ryc. 3. Picie alkoholu przez młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem w latach 2018–2022 ogółem, według płci i wieku (%).



Ryc. 4. Upijanie się przez młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem w latach 2018–2022 ogółem, według płci i wieku (%).

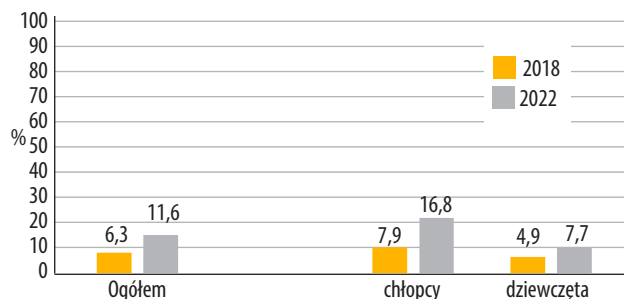


i 11,1% u 15-latków. Napoje energetyzujące codziennie piło 6,5% chłopców i 7,8% dziewcząt, ale różnica ta nie była istotna.

Zmiany częstości używania substancji psychoaktywnych przez młodzież

Co najmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach papierosy tradycyjne paliło więcej osób niż w 2018 roku (ryc. 1). Wzrost częstości palenia zaobserwowano w każdej gru-

Ryc. 5. Używanie marihuany przez młodzież w ostatnich 30 dniach przed badaniem w latach 2018–2022 ogółem i według płci (%).



pie wiekowej i u obu płci. Różnica odsetka osób, które paliły papierosy tradycyjne, zwiększała się między latami badania we wszystkich grupach wiekowych. Częstość palenia przez chłopców wzrosła o 5,4%, a u dziewcząt różnica między latami badania wynosiła 3,4%.

Częstość palenia e-papierosów w ostatnich 30 dniach przed badaniem wzrosła w 2022 roku o 9,4% w stosunku do roku 2018. Zmiany w latach były widoczne i u 13-, i u 15-latków, a różnica między 2018 a 2022 rokiem wynosiła odpowiednio 3,6 oraz 12,3 punktów procentowych. W 2022 roku do palenia e-papierosów w ostatnich 30 dniach przyznało się o 9,2% więcej chłopców i 9,7% więcej dziewcząt niż w poprzedniej rundzie badań.

Odsetek osób, które piły alkohol w ostatnich 30 dniach przed badaniem, wzrósł o 4,5 punktów procentowych między 2018 a 2022 rokiem. Istotne zmiany wystąpiły w młodszych grupach wiekowych oraz u obu płci (ryc. 3). Odsetki nastolatków, którzy upili się w ciągu minionego miesiąca, istotnie wzrosły między 2018 a 2022 rokiem (o 4,4%). Zmiany były widoczne we wszystkich grupach wiekowych, wśród dziewcząt i chłopców (ryc. 4).

W latach 2018–2022 nastąpił wzrost odsetka 15-lletniej młodzieży, która używała konopi indyjskich w perspektywie 30 dni przed badaniem. Niekorzystne zmiany wystąpiły zarówno u chłopców, jak i dziewcząt (ryc. 5).

Podsumowanie

Częstotliwość używania substancji psychoaktywnych w ostatnim miesiącu jest wskaźnikiem ich bieżącego używania. Obejmuje zarówno użytkowników okazjonalnych (lub tych, którzy spróbowali ich po raz pierwszy akurat w okresie bezpośrednio poprzedzającym badanie), jak i osoby regularnie sięgające po takie substancje. Dlatego

też jest często uznawany za wskaźnik ryzyka rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w przyszłości. Z tej perspektywy musi niepokoić obserwowany w 2022 roku wzrost rozpowszechnienia picia alkoholu, palenia papierosów, używania e-papierosów i przetworów konopi indyjskich wśród polskich nastolatków.

Warto przy tym zwrócić uwagę, że zaprezentowane tu badania HBSC były pierwszymi w Polsce pokazującymi sytuację po pandemii COVID-19. Natomiast ogólnopolskie badania ESPAD zrealizowane jeszcze przed pandemią, w 2019 roku, pokazywały stabilizację trendów⁸, a badania warszawskich 15-16-latków zrealizowane w 2020 roku – istotne spadki rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych⁹. Zmiany uchwycone w tych ostatnich badaniach były prawdopodobnie związane z doraźnym ograniczeniem życia towarzyskiego nastolatków (możliwości spędzania czasu z rówieśnikami) i zwiększonym czasem spędzonym w domu, a więc pod kontrolą rodzicielską. Wzrost rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych odnotowany w badaniach z 2022 roku, może również być efektem popandemicznym i odzwierciedlać pewne „zachłystnienie się wolnością” przez młodzież po okresie ograniczeń. Może też być sygnałem bardziej długofalowego trendu zwiększonego zainteresowania używaniem substancji psychoaktywnych. Wyniki dotyczące bieżącego używania substancji psychoaktywnych w 2022 roku można podsumować następująco:

- Papierosy elektroniczne są popularniejsze od papierosów tradycyjnych w każdej grupie wiekowej i u obu płci.
- Częstość palenia papierosów, papierosów elektronicznych, picia alkoholu i upijania się zwiększa się z wiekiem.
- Różnice zależne od płci w zakresie używania substancji psychoaktywnych występują tylko w przypadku upijania się oraz używania marihuany.
- Wraz z wiekiem wzrasta częstość codziennego picia napojów energetyzujących. W wieku 15 lat napoje te pije więcej niż co dziesiąty nastolatek.

Oznacza to, że w większości potwierdzają się znane od lat tendencje dotyczące zmian rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wraz z wiekiem i tego, że problem w podobnym stopniu dotyczy i dziewcząt, i chłopców. Nowe wskazania dla

profilaktyki, jakie wynikają z tych badań, dotyczą przede wszystkim e-papierosów, o których wiele osób (w tym też rodziców!) myśli, że są mniej szkodliwe dla zdrowia niż papierosy tradycyjne. Tymczasem aerozol do e-papierosów również może zawierać szkodliwe składniki, a prawie zawsze zawiera nikotynę. A używanie e-papierosów zwiększa ryzyko palenia papierosów tradycyjnych. Dlatego zarówno rodzice, jak i wychowawcy młodzieży powinni poszerzać swoją wiedzę o zagrożeniach związanych z wszelkimi formami używania e-papierosów i nauczyć się rozpoznawać ich różne typy i formy; rozmawiać ze swoimi dziećmi o zagrożeniach związanych z używaniem e-papierosów i jasno wyrażać oczekiwania, że dzieci nie będą ich używać; oraz dawać pozytywny przykład, nie sięgając po takie wyroby¹⁰. Ponadto w związku ze zmianami legislacyjnymi dotyczącymi sprzedaży napojów energetyzujących osobom poniżej 18. roku życia¹¹, kontynuowanie monitorowania wskaźnika częstości spożywania tych napojów przez młodzież i obserwowanie zmian, jakie będą następowały w tym zakresie, stanowi ważny element informowania o skuteczności podjętych interwencji i korygowania polityki publicznej.

Przypisy

- ¹ OECD (2023), „Alcohol consumption”, in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/eeb99a6b-en>
- ² WHO (2020), *Tobacco*, World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- ³ OECD (2023), „Smoking”, in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/1f-f286c9-en>
- ⁴ Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022), „Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- ⁵ WHO Regional Office for Europe (2022), „WHO European Regional Obesity Report 2022”, World Health Organization Regional Office for Europe, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>.
- ⁶ Ruiz L.D. & Scherr R.E. (2018), „Risk of Energy Drink Consumption to Adolescent Health”, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(1), 22–25. <https://doi.org/10.1177/1559827618803069>
- ⁷ www.hbsc.org; www.hbsc-polska.pl
- ⁸ Sierosławski J. (2020), „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.”, Instytut Psychiatrii Neurologii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ⁹ Ostaszewski K. (2022), „Zachowania ryzykowne polskich nastolatków” W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), „Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce” (s. 180-197). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- ¹⁰ https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/
- ¹¹ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, opublikowana 28 sierpnia 2023.

Celem artykułu jest zaprezentowanie rekomendacji dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi, wypracowanych przez zespół ekspertów.

REKOMENDACJE DLA LECZENIA WSPÓŁWYSTĘPUJĄCYCH ZABURZEŃ HAZARDOWYCH Z INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

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

Wprowadzenie

Z literatury naukowej wynika, że często obserwuje się jednocześnie współwystępowanie problemów z hazardem i nadużywania substancji psychoaktywnych (Petry, 2006; Potenza i współ., 2006). Podobne obserwacje odnotowano w przypadku współchorobowości zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi (Black i współ., 2021; Grant i Chamberlain, 2020).

Rozpowszechnienie współwystępujących zaburzeń hazardowych z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych

Przegląd badań Lorains i kolegów (2011) pokazuje, że średnio 28,1% osób z problemami hazardowymi nadużywa alkoholu. Badania prowadzone od lat 60. do 90. pokazują, że między 9 a 33% pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu miało też problemy z hazardem. Porównując te wartości do rozpowszechnienia hazardu w populacji na poziomie 1–6%, stanowi to znaczny wzrost ryzyka występowania patologicznego hazardu wśród pacjentów lecznictwa odwykowego. Równie wysokie odsetki zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (między 19 a 35%) odnotowano wśród pacjentów podejmujących leczenie zaburzeń hazardowych. Ryzyko występowania zaburzeń używania alkoholu jest od dwóch do czterech razy większe wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń hazardowych w porównaniu z osobami z populacji generalnej nieprzejawiającymi objawów charakterystycznych dla patologicznego hazardu (Raylu, Oei, 2002).

Jak pokazują powyższe badania, rozpowszechnienie współwystępowania zaburzeń hazardowych i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu znacznie przekracza oszacowania dla rozpowszechnienia nadużywania alkoholu i zaburzeń hazardowych w populacji generalnej jako istniejących samodzielnie. Związek między nadużywaniem alkoholu a problemowym hazardem nie jest dość dobrze poznany zarówno w grupie osób, które podejmują leczenie odwykowe, jak i w populacji generalnej.

Tematyka relacji pomiędzy używaniem narkotyków a zaburzeniami hazardowymi również nie jest dostatecznie rozpoznana w badaniach, a dotychczasowe doniesienia pochodzą z prób obejmujących pacjentów lecznictwa uzależnień (Ferentzy i współ., 2013). Badania pokazują, że problem patologicznego i problemowego hazardu wśród pacjentów placówek uzależnień jest znaczący, w niektórych przypadkach współwystępowanie dotyczy 50% pacjentów (Weinstock i współ., 2006). Współwystępowanie zaburzeń obserwuje się w przypadkach bardziej nasilonego pierwotnego problemu (Angst i współ., 2002) i częściej w grupie osób leczonych stacjonarnie niż osób leczonych ambulatoryjnie, które nie doświadczają jeszcze tak poważnych konsekwencji (Finney i współ., 1996).

Cowlshaw i współ. (2012) przeprowadzili systematyczny przegląd literatury dotyczącej problemu rozpowszechnienia zaburzeń hazardowych w lecznictwie uzależnień. Wyniki uzyskane w poszczególnych badaniach zawierały się w przedziale od 14% (współwystępowanie używania narkotyków i patologicznego hazardu) do 23%, jeśli wziąć pod uwagę również hazard problemowy. Dane te sugerują, że problemowy i patologiczny hazard są dość

powszechnymi, choć nierozpoznawanymi zaburzeniami w leczeniu, gdyż pacjenci nie demonstrują objawów zaburzeń hazardowych, pozostając w placówkach nastawionych na leczenie uzależnień (Séguin i in., 2010).

Rozpowszechnienie współchorobowości zaburzeń hazardowych z innymi zaburzeniami psychicznymi

Osoby z zaburzeniami hazardowymi częściej doświadczają współwystępujących zaburzeń, takich jak zaburzenia osobowości (47,9%), zaburzenia nastroju (23,1%), w tym wielka depresja (29,9%), zaburzenia lękowe (17,6%), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (9,3%), zaburzenia afektywne dwubiegunowe (8,8%) i zaburzenia dystymiczne (6,7%). Zaburzenia wynikające z używania alkoholu odnotowuje się u co piątej (21,2%) osoby z zaburzeniami hazardowymi (Dowling i współ., 2015).

Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Desai i Potenza (2009) pokazało, że 19,3% spośród 337 klientów dwóch poradni zdrowia psychicznego, którzy mieli postawioną diagnozę schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych, zdiagnozowano również problemowy hazard (jest to około 4 razy więcej niż w populacji generalnej). Wśród zmiennych towarzyszących problemowi współwystępowania hazardu i psychoz znalazły się: używanie substancji psychoaktywnych, objawy depresji, problemy z prawem oraz korzystanie z opieki specjalistycznej. Opisane badanie było jednak niereprezentatywne. Badania wskazują również na związek pomiędzy występowaniem patologicznego hazardu i stresu pourazowego. Kessler i inni (2008) w badaniu prowadzonym w populacji generalnej odkryli, że 14,8% osób, u których zdiagnozowano patologiczny hazard występujący na przestrzeni całego życia spełniało również kryteria stresu pourazowego ujmowanego w tej samej perspektywie czasowej. W badaniu Levensa i innych (2005) spośród 843 przebadanych dorosłych 11% zostało zdiagnozowanych jako uprawiający hazard ryzykowanie („*at risk*” *gamblers*), a jednym z najsilniejszych predyktorów tej diagnozy było stwierdzenie występowania stresu pourazowego. Odsetki współwystępowania zaburzeń hazardowych i stresu pourazowego są jeszcze wyższe wśród respondentów, którzy poszukują leczenia z powodu zaburzeń hazardowych i wahają się od 12 do 29% (Ledgerwood, Petry, 2006).

Trudności z leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi

Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i zaburzeniami psychicznymi mają gorsze wyniki leczenia. W tej grupie pacjentów odnotowuje się wyższe odsetki hospitalizacji, niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych i leczniczych, słabszą reakcję na leczenie farmakologiczne w porównaniu z osobami z jednym zaburzeniem (Green i współ., 2007). Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami nastrocza dodatkowych trudności, ponieważ zaburzenia współwystępujące często nie są wykrywane, co może komplikować ich leczenie. Dodatkowo nasilenie dwóch różnych zaburzeń psychicznych jest trudniejsze do opanowania, często brakuje zasobów indywidualnych, na których specjalista może się oprzeć. Osobom, u których współwystępują zaburzenia hazardowe, trudniej jest utrzymywać abstynencję. Leczenie komplikuje dodatkowo heterogeniczność grupy osób z zaburzeniami hazardowymi, co oznacza, że określone typy graczy mogą preferencyjnie reagować na określone leczenie (Błaszczynski i Nower, 2002; Dannon i współ., 2006; Rodda i współ., 2015; Wieczorek i Dąbrowska, 2020).

Ogólne wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń hazardowych współwystępujących z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych i z innymi zaburzeniami psychicznymi

Jest niewiele badań próbujących wyjaśnić, czy zaburzenia hazardowe i współwystępujące z nimi zaburzenia psychiczne powinny być leczone równocześnie czy sekwencyjnie. Jeśli zaburzenia mają być leczone sekwencyjnie, nie jest jasne, czy kolejność leczenia powinna być ustalana w zależności od nasilenia zaburzeń, czy też funkcjonalnego związku między zachowaniem hazardowym a współwystępującymi objawami (Winters i Kushner, 2003).

Winters i Kushner (2003) przygotowali szereg rekomendacji dla leczenia współistniejących zaburzeń:

1. Przeprowadzanie testów przesiewowych występowania różnych zaburzeń psychicznych w momencie rozpoczęcia leczenia zaburzeń hazardowych.

2. Obserwowanie, czy u pacjenta nie występują symptomy innych zaburzeń psychicznych.
3. Ponowna ocena występowania zaburzeń psychicznych przeprowadzona już w okresie bezobjawowym dla zaburzeń hazardowych.
4. Zastosowanie specyficznego leczenia dla współwystępującego zaburzenia psychicznego, jeśli utrzymuje się ono przy braku zachowań związanych z hazardem.

Badania naukowe pokazują, że programy terapeutyczne, które łączą farmakoterapię i terapie psychospołeczne w jeden kompleksowy pakiet, przynoszą dobre wyniki leczenia, zapobiegając przedwczesnemu kończeniu terapii (Echeburúa i współ., 2011).

Zintegrowane programy leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą powinny:

- obejmować etapowe interwencje dostosowane do motywacji pacjenta do zmiany (np. dialogu motywującego w celu zwiększenia motywacji do pracy nad zaburzeniem hazardowym);
- oferować kompleksowe wsparcie, np. w zakresie przypomnienia o regularnym przyjmowaniu leków, działań z obszaru rehabilitacji oraz wsparcia społecznego;
- obejmować pacjentów opieką długoterminową, ponieważ nawrót, szczególnie w leczeniu zaburzeń współwystępujących, jest częstym zjawiskiem (Green i współ., 2007).

Metodologia

Proces uzgadniania rekomendacji przebiegał dwustopniowo. W pierwszym etapie, na podstawie przeglądu literatury i wywiadów indywidualnych, przygotowano zestaw rekomendacji dla leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Przegląd literatury obejmował analizę publikacji pochodzących z bazy artykułów EBSCO. Poszukiwano w niej publikacji, które omawiały doświadczenia z leczeniem osób z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami używania substancji i we współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Badania terenowe prowadzono w dwóch grupach: wśród osób z zaburzeniami hazardowymi, u których współwystępowały inne zaburzenia psychiczne (N=40), oraz wśród profesjonalistów (N=22).

Grupę pacjentów stanowili:

- Pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i z innymi zaburzeniami psychicznymi (N=20):
 - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
 - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).
- Pacjenci z zaburzeniami hazardowymi współwystępującymi z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (N=20):
 - leczący się w placówkach ambulatoryjnych (N=10),
 - leczący się w placówkach stacjonarnych (N=10).

Grupę profesjonalistów stanowili:

- decydenci odpowiedzialni za lecnictwo hazardowe (N=2),
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w lecnictwie ambulatoryjnym (N=5),
- specjaliści psychoterapii uzależnień zajmujący się leczeniem osób ze współwystępującymi zaburzeniami w lecnictwie stacjonarnym (N=5),
- specjaliści psychoterapii uzależnień z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5),
- lekarze psychiatrzy z doświadczeniem leczenia współchorobowości (N=5).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Udział w badaniu był dobrowolny. Następnie powołano zespół ekspertów, w którym brali udział profesjonaliści zajmujący się pomocą osobom z zaburzeniami hazardowymi i innymi uzależnieniami i chorobami psychicznymi oraz pracownicy naukowcy. Podczas spotkania zespołu dyskutowano wersję rekomendacji przygotowaną na podstawie przeglądu literatury i badań terenowych. Na podstawie postulatów, które pojawiły się podczas spotkania – przygotowano ostateczną wersję wytycznych.

Rekomendacje dotyczące leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi

Rekomendacje obejmują trzy obszary: diagnozy, organizacji leczenia oraz podejść do terapii.

Diagnoza

W ramach diagnozy zaburzeń hazardowych i współwystępujących zaburzeń psychicznych sugeruje się włączenie testów przesiewowych zaburzeń hazardowych do praktyki klinicznej. Dodatkowo należy zwracać większą uwagę na

diagnozowanie zaburzeń hazardowych i innych zaburzeń psychicznych w leczeniu uzależnień, natomiast w placówkach leczenia zaburzeń psychiatrycznych położyć większy nacisk na diagnozę używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych. W przypadku podejrzenia występowania współwystępujących zaburzeń proces diagnostyczny powinien wydłużyć się do 3 sesji. Wśród postulatów pojawił się również jeden odnoszący się do procesu kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień. Powinien on uwzględniać standardy diagnozy współwystępujących zaburzeń.

1. Stworzenie standardów przeprowadzania diagnozy zaburzeń hazardowych współwystępujących z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz innymi zaburzeniami, w tym nasilonymi zaburzeniami psychicznymi ze szczególnym uwzględnieniem roli testów przesiewowych (np. Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych CPGI lub składający się z dwóch pytań Lie/Bet w polskiej adaptacji). Włączenie testów przesiewowych zaburzeń pozwala na ich wychwycenie na wcześniejszym etapie leczenia.
2. W leczeniu uzależnień należy położyć nacisk na diagnozowanie zaburzeń hazardowych oraz innych zaburzeń psychicznych, zaś w leczeniu psychiatrycznym na diagnozę zaburzeń używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń hazardowych.
3. W przypadku podejrzenia możliwości współwystępowania zaburzeń hazardowych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i innych, w tym nasilonych zaburzeń psychicznych konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczonego na diagnozę do 2-3 sesji. W proces diagnostyczny powinni być zaangażowani specjaliści mający między innymi doświadczenia z konsultowaniem osób, u których występują zaburzenia hazardowe.
4. Położenie nacisku w programach kształcenia specjalistów psychoterapii uzależnień na standardy diagnozy, konieczność jej pogłębiania oraz przekazywanie informacji o rekomendowanych (zaadaptowanych do polskich warunków) testach przesiewowych zaburzeń hazardowych, używania substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych.

Organizacja leczenia współwystępujących zaburzeń hazardowych

Wśród rekomendacji odnoszących się do organizacji leczenia znalazł się postulat leczenia osób ze współwy-

stępującymi zaburzeniami w ramach jednej struktury organizacyjnej. W skład zespołu terapeutycznego powinny wchodzić osoby z różnym doświadczeniem i podejściami, co w większym stopniu indywidualizuje leczenie pacjentów. Istotne jest także zapewnienie pracownikom dostępu do superwizji. Placówki, w których podejmują leczenie osoby ze współwystępującymi zaburzeniami, muszą nawiązywać współpracę z innymi placówkami, których oferta pozwala zaspokoić najbardziej palące potrzeby pacjenta. Należałoby również stworzyć jednolite standardy i kryteria przyjęć do poszczególnych rodzajów placówek.

1. Leczenie osób ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i używania substancji psychoaktywnych oraz współchorobowości w jednej placówce (centrum zdrowia psychicznego, poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego lub poradnia leczenia uzależnień), tak aby pacjent mógł zaspokoić swoje potrzeby terapeutyczne w ramach jednej struktury organizacyjnej. Można to zapewnić poprzez zatrudnienie specjalisty psychoterapii uzależnień w centrach zdrowia psychicznego, w poradniach zdrowia psychicznego czy w zespołach leczenia środowiskowego lub przez zapewnienie ścisłej współpracy z lokalną placówką leczenia uzależnień.
2. Zespół terapeutyczny, reprezentujący różne przygotowanie, doświadczenie, podejścia terapeutyczne, działający w ramach zintegrowanego programu terapeutycznego, gwarantuje możliwość zindywidualizowanego podejścia do pacjenta. Zatrudnianie psychiatrów w placówkach leczenia uzależnień pozwala właściwie zdiagnozować pacjentów oraz zaproponować im leczenie adekwatne do ich zaburzenia bez potrzeby podejmowania leczenia w innych placówkach. Istotne jest, by wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego mieli pełną wiedzę na temat stanu pacjentów, co w razie kryzysu pozwala na podjęcie skutecznej interwencji.
3. Zespół terapeutyczny musi być poddawany systematycznie superwizjom. Pozwala to przepracowywać trudniejsze zagadnienia, zmniejsza stres i ryzyko wypalenia zawodowego.
4. Szczególnie w przypadku pacjentów z wieloma diagnozami istotne jest wypracowanie przez placówkę, w której pacjent się leczy, współpracy z innymi placówkami, których oferta pozwala zaspokoić potrzeby pacjenta. Niezależnie, czy jest to placówka leczenia

uzależnień, czy opieki psychiatrycznej, istotne jest dążenie, by rozpoznać i zaspokoić najbardziej palącą potrzeby pacjenta.

5. Stworzenie możliwości kontynuacji leczenia osobom z podwójną diagnozą w placówce zdrowia psychicznego poprzez wypracowanie w poradniach oferty i programów dla tej grupy osób.
6. Rekomendowane jest, by placówki w ramach współpracy mogły przekazywać sobie klientów. Zapewnienie klientowi miejsca zwiększałoby jego szanse na kontynuację terapii. Pozwalałoby również na monitorowanie sytuacji pacjenta. Placówka, w której pacjent się leczy, wiedząc gdzie trafił, miałaby szansę dowiedzieć się, jak sobie radzi.
7. Zwiększenie dostępności detoksykacji.
8. Stworzenie jednorodnych standardów i kryteriów przyjęć do poszczególnych rodzajów placówek.

Podejścia do terapii

Wśród rekomendacji odnoszących się do podejść do terapii, istotną kwestią, pojawiającą się przed podjęciem leczenia, jest forma terapii – ambulatoryjna czy stacjonarna. Decyzja ta powinna być zawsze zindywidualizowana i podejmowana we współpracy z pacjentem. Jest wiele czynników, które należy wziąć pod uwagę, wybierając formę leczenia. Rekomendowano również tworzenie minigrup dla osób, które łączy podobny problem, np. zaburzenia hazardowe, dzięki temu pacjenci mogą zajmować się swoimi specyficznymi problemami. Jeśli nie ma możliwości utworzenia takich grup, osoby z zaburzeniami hazardowymi powinny być w większym stopniu angażowane w pracę grupową, zwracając uwagę na wspólne mechanizmy uzależnienia. Praca terapeutyczna z osobami ze współwystępującymi zaburzeniami powinna opierać się na dialogu motywującym, pamiętając, że pacjenci ci wymagają większej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowań. Podczas terapii osób, u których współwystępują zaburzenia, dość szybko powinno się rozwiązywać ich najpilniejsze potrzeby, dzięki temu są one w stanie lepiej skupić się na leczeniu. Problem nieutrzymywania abstynencji przez pacjenta nie powinien być powodem zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Również nie powinien to być powód wydalania z programu. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i innymi zaburzeniami psychicznymi powinny być w stałym

kontakcie z pracownikami sektora medycznego, nawet po zakończonym leczeniu. Bardzo ważnym elementem terapii jest włączenie rodziny chorego w proces leczenia.

1. Decyzja o leczeniu w środowisku (w formie ambulatoryjnej) bądź w placówce stacjonarnej pacjentów z podwójną diagnozą powinna zawsze być podejmowana indywidualnie, we współpracy z pacjentem. Istotnymi czynnikami, które należy wziąć pod uwagę, są relacje rodzinne, głębokość uzależnienia, deficyty psychosomatyczne. W przypadku osób z bardziej złożonym obrazem zaburzeń, bardziej nasilonymi objawami należy proponować terapię stacjonarną. Osoby, u których zaburzenia nie utrudniają funkcjonowania, mogą uczestniczyć w terapii w formie ambulatoryjnej.
2. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami wymagają większego zaangażowania specjalistów różnych specjalności.
3. Tworzenie pacjentom z bardziej zaawansowanymi zaburzeniami możliwości uczestniczenia w grupie psychoterapeutycznej oraz możliwość integracji z pacjentami, których zaburzenia są mniej nasilone podczas pozostałych zajęć.
4. Tworzenie minigrup terapeutycznych dla osób, które łączy podobny problem, np. zaburzenia hazardowe, po to, by mogły zająć się swoimi specyficznymi problemami.
5. Jeśli nie ma możliwości utworzenia minigrupy, to należy poświęcić osobom z zaburzeniami hazardowymi więcej uwagi w trakcie terapii i odnosić się podczas terapii do problemów charakterystycznych dla zaburzeń hazardowych, a także zwracać uwagę na wspólne mechanizmy uzależnień.
6. Należy unikać konfrontacyjnego podejścia do terapii, prowadząc ją w duchu dialogu motywującego. Osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi wymagają więcej akceptacji i zrozumienia dla ich zachowania.
7. U osoby ze współchorobowością trudniej jest uzyskać motywację do leczenia, więc praca nad tym aspektem terapii musi być wzmożona.
8. Konieczne jest rozpoznanie podczas terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych problemów związanych z uprawianiem przez pacjenta hazardu, np. zadłużenie, wyroki sądowe. Pomoc w rozwiązaniu problemów finansowych i prawnych pozwala

- pacjentowi skupić się na leczeniu i motywuje go do kontynuowania terapii.
9. Istnieje uzasadniona potrzeba zajmowania się problemami pacjenta w sposób zintegrowany. W przypadku leczenia osób z zaburzeniami współwystępującymi istotną kwestią jest wyjaśnienie pacjentowi interakcji pomiędzy lekami i substancjami psychoaktywnymi i rekomendacja abstynencji. Jednak nieutrzymywanie przez pacjenta abstynencji nie może być powodem do zaniechania leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego.
 10. Nieutrzymywanie abstynencji przez pacjenta nie może być czynnikiem decydującym o jego pozostaniu w programie. Jeśli warunki pozwalają, to również nie powinno się od pacjenta wymagać utrzymania abstynencji przed przyjęciem do placówki stacjonarnej, szczególnie terapii długoterminowej. W przypadku przyjęć do oddziałów stacjonarnych i dziennych leczenia uzależnień zalecane jest przyjmowanie klientów niebędących pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Abstynencja nie może być jedynym bądź podstawowym kryterium oceny efektywności oddziaływań. W razie łamania abstynencji osoby ze współwystępującymi zaburzeniami hazardowymi i uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz z innymi, w tym ciężkimi zaburzeniami psychicznymi powinny zostać wypisane, ale objęte jednocześnie opieką zespołu leczenia środowiskowego lub poradni zdrowia psychicznego oraz możliwie szybko (np. po 2 tygodniach), po kwalifikacji, przyjęte ponownie.
 11. Chorzy powinni utrzymywać stały kontakt z pracownikami sektora medycznego po zakończeniu podstawowej terapii. Pozostawanie pod opieką lekarzy psychiatrów, terapeutów pozwala na bieżąco monitorować stan zdrowia i nasilenie objawów choroby.
 12. Zaangażowanie rodziny sprzyja osiągnięciu zmiany nie tylko w funkcjonowaniu pacjenta, ale i w jego otoczeniu, co jest kluczowe, kiedy kończy on już terapię. Rodzina powinna mieć możliwość poproszenia o wsparcie, wymiany doświadczeń. Istotne dla terapii jest przyjrzenie się, jak pacjent w niej funkcjonuje. Praca z rodziną powinna zawierać komponent edukacyjny, by jej członkowie lepiej rozumieli zaburzenie i podejmowali działania służące zdrowieniu pacjenta. Optymalnie praca z rodziną powinna być rozpoczęta na wczesnym etapie leczenia.

13. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, którym trudno będzie przejąć całkowitą kontrolę nad swoimi zachowaniami, włączenie rodziny odgrywa kluczową rolę. W takich przypadkach rodzina może wspierać osobę w załatwianiu spraw, nadzorować przyjmowanie leków itp.

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- Angst J., Sellaro R., Ries Merikangas K. (2002), Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 147-54.
- Black D.W., Allen J., Bormann N.L. (2021), Are comorbid disorders associated with changes in gambling activity? A longitudinal study of younger and older subjects with DSM-IV pathological gambling. *J Gambl Stud*; 37: 1219-1230.
- Błaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*; 97: 487-499.
- Cowlishaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012), Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 14;11:CD008937. doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
- Dannon P.N., Lowengrub K., Gonopolski Y. et al. (2006), Pathological gambling: a review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*; 8: 334-339.
- Desai R.A., Potenza M.N. (2008), Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 43(3):173-183. doi:10.1007/s00127-007-0283-z.
- Dowling N.A., Cowlishaw S., Jackson A.C. et al. (2015), Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*; 49: 519-539.
- Echeburúa E., Gómez M., Freixa M. (2011), Cognitive-behavioural treatment of pathological gambling in individuals with chronic schizophrenia: a pilot study. *Behav Res Ther*; 49: 808-814.
- Ferentzy P., Wayne Skinner W.J., Matheson F.I. (2013), Illicit drug use and problem gambling. *Addiction*, vol. 2013, Article ID 342392.
- Finney J.W., Hahn A.C., Moos R.H. (1996), The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773-96.
- Grant J.E., Chamberlain S.R. (2020), Gambling and substance use: comorbidity and treatment implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*; 99: 109852.
- Green A.I., Drake R.E., Brunette M.F. et al. (2007), Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*; 164: 402-408.
- Kessler R.C., Hwang I., LaBrie R. et al. (2008), DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*; 38: 1351-1360.
- Ledgerwood D.M., Petry N.M. (2006), Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 411-416.

Levens S., Dyer A.M., Zubritsky C., Knott K., Oslin D.W. (2005), Gambling among older, primary-care patients: an important public health concern. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 69-76.

Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A., (2011), Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106, 490-498.

Petry N.M. (2006), Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*;101 Suppl 1: 152-60.

Potenza M., Fiellin D., Heninger G., Rounsaville B., Mazure C. (2002), Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implementations. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 9, 721-732.

Raylu N. Oei T.P. (2002), Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 7, 1009-1061.

Rodda S.N., Lubman D.I., Iyer R. et al. (2025), Subtyping based on readiness and confidence: the identification of help-seeking profiles for gamblers accessing web-based counselling. *Addiction*; 110: 494-501.

Séguin M., Boyer R., Lesage A., McGirr A., Suissa A., Tousignant M., Turecki G. (2010), Suicide and gambling: psychopathology and treatment-seeking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 541-7.

Weinstock J., Blanco C., Petry N.M. (2006), Health correlates of pathological gambling in a methadone maintenance clinic. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14(1), 87-93.

Wieczorek Ł., Dąbrowska K. (2020), Difficulties in treatment of people with comorbid gambling and substance use disorders. *J Subst Use*; 25: 350-356.

Winters K.C., Kushner M.G. (2003), Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud*; 19: 261-277.

KAMPANIA „NA ZDROWIE”¹

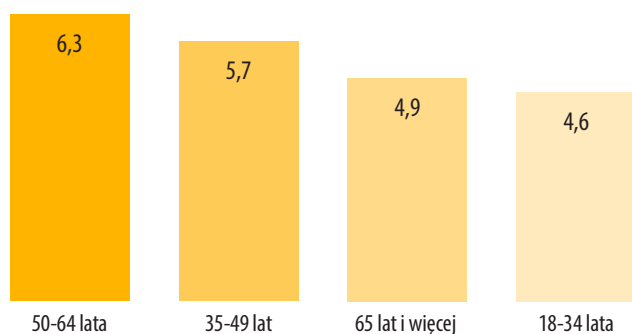
Bartosz Kehl

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Zdrowie

Życzenie „na zdrowie!” jest obecne w różnych kulturach świata i używa się je przeważnie, gdy ktoś kichnie. Choć aktualnie eksperci od dobrych manier odradzają taką reakcję na kichnięcie, to jest ona nadal stosowana, nieraz wręcz bezwarunkowo. W polskiej kulturze oprócz powyższego kontekstu oraz znanej fraszki Jana Kochanowskiego, wieszca z Czarnolasu, z życzeniem „na zdrowie” mamy do czynienia również podczas „wznoszenia toastu”. Rytuał ten jest ściśle związany z piciem alkoholu, które, jak wiemy, nie wpływa pozytywnie na stan zdrowia, a jednak skojarzenie jest bardzo silne i zwrot wciąż w użyciu. Wierzę, że silne zakorzenienie zwyczaju życzenia zdrowia w różnych kulturach świata i kontekstach wynika po prostu z życzliwości wobec drugiego człowieka. Dobrze zdrowie zawsze było i prawdopodobnie będzie wartością bardzo cenioną

Wykres 1. Średnia ilość wypitego alkoholu w litrach w poszczególnych grupach wiekowych.



Osoby w wieku średnim a używanie alkoholu.

i pożądaną we wszystkich społeczeństwach – jest definiowane jako osiągnięcie pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Zdrowie często postrzegamy jako dobro „uniwersalne”, dlatego pragniemy go dla siebie i innych. Jednak pragnienia, chęci, życzenia, postawy czy przekonania nie zawsze wpływają na pojawienie się trwałych i spójnych z nimi zachowań. Badania wskazują, że zachowania szkodzące zdrowiu są powszechne, a także nadal społecznie akceptowane i zakorzenione w naszej kulturze. Mowa tutaj o piciu alkoholu.

Picie alkoholu w Polsce

Wznoszeniu toastów sprzyjają okoliczności, w których najczęściej spożywany jest alkohol. Wyniki badań wskazują, że w około 90% sytuacji są to spotkania towarzyskie

w warunkach domowych z partnerami i rodziną, przyjaciółmi, znajomymi. Można śmiało stwierdzić, że spożywanie alkoholu jest powszechnym elementem życia społecznego. Postawa wobec alkoholu ma tutaj również bardzo duże znaczenie, ponieważ znaczna część badanych uważa, że alkohol poprawia atrakcyjność imprez i uroczystości (ponad 36% mężczyzn i 23% kobiet). Dane statystyczne za rok 2022 wskazują, że na jednego mieszkańca Polski przypada średnio ok. 9,3 litra wypitego czystego alkoholu. Niemal co trzeci konsument (31,6%) spożywa alkohol co najmniej raz na tydzień, 28,9% raz w miesiącu, a rzadziej robi to 30,2% osób.

Średnio najwięcej czystego alkoholu piły osoby z grupy wiekowej 50-64 lata (prawie 6,3 litra na osobę). Nieco mniej (5,7 litra) piły osoby w wieku 35-49 lat. Najmniejsze ilości alkoholu wypili osoby z najstarszej grupy wiekowej 65 lat i więcej (średnio 4,9 litra) oraz najmłodsi respondenci w wieku 18-34 lata (4,6 litra czystego alkoholu). Powyższe informacje wskazują, że statystycznie największe ilości alkoholu spożywane są przez osoby starsze. Z jednej strony pociesza fakt, że to nie młodzi ludzie piją najwięcej, z drugiej jednak strony bardzo niepokoi ryzyko łączenia alkoholu z lekami, bo, jak wiadomo, w starszym wieku przyjmowane są często różnego rodzaju leki, a łączenie ich z alkoholem może być bardzo niebezpieczne.

Kampania społeczna

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom to instytucja powołana przez Ministra Zdrowia, by reali-



Problemy wynikające z picia alkoholu mogą być odmienne w przypadku kobiet i mężczyzn.

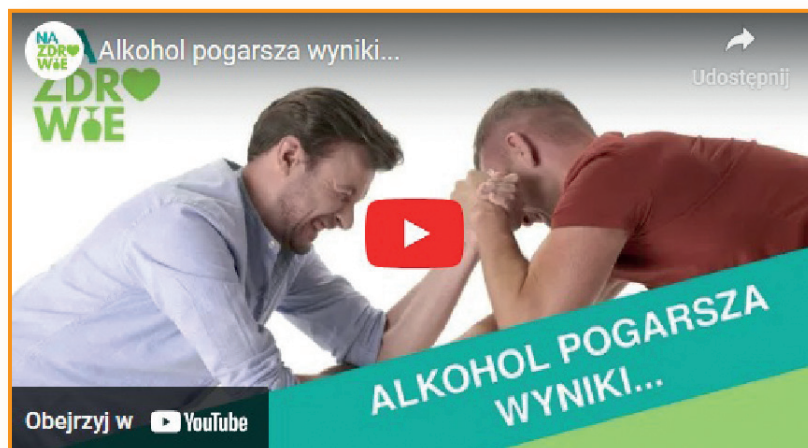
zować zadania w obszarze zdrowia publicznego. Misją Krajowego Centrum jest działanie na rzecz człowieka, dlatego zainicjowało ono ogólnopolską kampanię pn. *Na zdrowie – każdy dzień na moją korzyść*, którą realizuje Fundacja Poza Schematami. Kampania społeczna to działania mające na celu wpływanie na postawy oraz zachowania podejmowane w określonej grupie odbiorców – wzmocnienie zachowań pożądanых, prozdrowotnych oraz zmianę zachowań szkodliwych, niepożądanych. Jak wiemy, kampania społeczna nie należy do najskuteczniejszych narzędzi profilaktyki, jednak ważny problem społeczny, a także troska o zdrowie rodaków zaważyła na decyzji rozpoczęcia ogólnopolskich działań w przestrzeni publicznej. Kampania wystartowała we wrześniu 2023 roku i potrwa do końca roku, a grupę odbiorców stanowią pełnoletni mieszkańcy Polski, którzy należą do grona potencjalnych konsumentów alkoholu. Zdecydowaliśmy się na umiejętne podjęcie

bardzo ważnego problemu społecznego, jakim jest troska o zdrowie. Oczywiście kampania porusza problematykę picia alkoholu oraz jego oddziaływania na zdrowie, jednak główny nacisk i przekaz kampanii zawiera się w rozwinięciu nazwy: *każdy dzień na moją korzyść*. Treści skupione są głównie na korzyściach, jakie może przynieść rezygnacja lub ograniczenie picia alkoholu. Mowa jest tutaj o rezygnacji czasowej lub całkowitej abstynencji. Język korzyści dla zdrowia, wynikających z odstawienia alkoholu nawet na jakiś czas, ma zachęcić odbiorcę do tego, by sprawdził, czy w jego przypadku również uda się dostrzec/osiągnąć podobne efekty. Celem kampanii jest też podniesienie

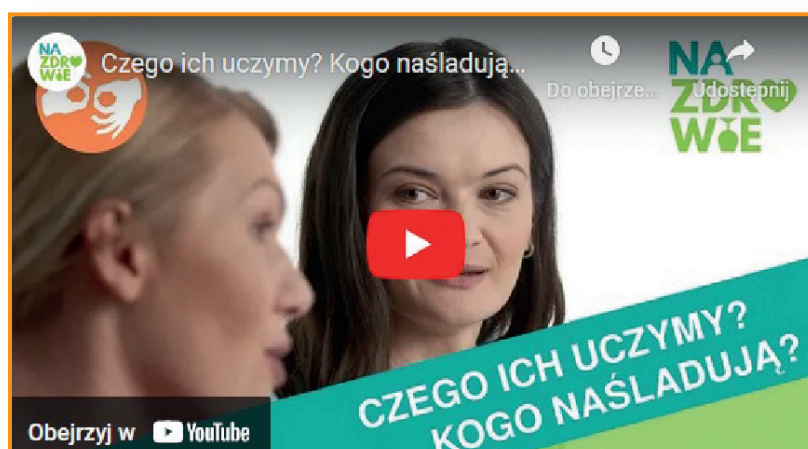


Żyjąc z osobą z problemem uzależnienia od alkoholu.

wiedzy o rzeczywistym wpływie alkoholu na organizm i życie człowieka, m.in. na wygląd, jakość snu, stany emocjonalne, wydolność, kontakty społeczne. Kampania podejmuje tematy ważne i bliskie każdemu człowiekowi oraz dostarcza przydatnych informacji. Na stronie internetowej kampanii www.kampania-na-zdrowie.pl można znaleźć treści w podziale na bloki: funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie, zdrowie fizyczne i psychiczne, fakty i mity o wpływie alkoholu na zdrowie. Seria krótkich filmów skierowana jest do różnych grup odbiorców: rodziców dzieci w wieku szkolnym/nastoletnim, młodych kobiet w ciąży/matek, młodych mężczyzn, a także seniorów. Spot kampanii w ciekawy, nieinwazyjny sposób pokazuje, jakich przykrych konsekwencji można doświadczyć po wypiciu alkoholu – nawet nie pijąc w sposób problemowy. Wśród dostępnych artykułów znajdziemy takie, jak np. alkohol a ciąża, przyczyny sięgania po alkohol, stosowanie przemocy, proces uzależnienia, alkohol a zdrowie. Treści kampanijne niosą głównie pozytywny przekaz, bez tonu moralizatorskiego czy pouczającego, a dawka wiedzy, to fakty przedstawione w prosty i przejrzysty sposób.



Alkohol pogarsza wyniki.



Czy tzw. szampan dla dzieci to dobry pomysł na wspólne świętowanie z dzieckiem?

Gdzie szukać pomocy?

♥ INFORMACJE DOTYCZĄCE FORM I MIEJSC UDZIELAJĄCYCH POMOCY

Osobom i rodzinom z problemem alkoholowym

Potrzebujesz

Porady i konsultacji, bo zastanawiasz się, czy sam/sama masz problem z alkoholem?

Potrzebujesz

Pomocy i porady, bo ktoś bliski ma problem z alkoholem?

Narzędzia

Kampania „Na zdrowie” przewiduje zaistnienie w przestrzeni publicznej przy użyciu mediów elektronicznych. Główną przestrzenią z zasobami merytorycznymi jest strona internetowa www.kampanianazdrowie.pl, głównymi nośnikami informacji i promocji są media społecznościowe (Facebook, Instagram), serwis YouTube czy Google Ads, podejmowane są szerokie działania z zakresu PR i produkcje audiowizualne (filmy, podcasty). Zaangażowane w kampanii zasoby (w tym osoby),

wpływają na pozytywny odbiór społeczny kampanii. Intrygujące i kojarzące się z toastem hasło kampanii „Na zdrowie” ma przyciągać uwagę, a z rozwinięciem: „Každy dzień na moją korzyść” stanowi przewrotne zestawienie. Atrakcyjna forma i przyjazne treści przekonują do siebie odbiorców. W ramach kampanii 13 października odbyła się konferencja

KAMPANIA „NA ZDROWIE”¹ cd ze str. 47

prasowa o charakterze informacyjnym, skierowana szczególnie do dziennikarzy i influencerów. Nagranie z konferencji, podobnie jak wszystkie materiały, dostępne są na stronie kampanii i pozostaną na niej do dyspozycji odbiorców, również po zakończeniu działań.

Obecnie skuteczność dotarcia kampanii do odbiorców mierzymy między innymi zasięgami, pojawieniem się reklamy na urządzeniu, liczbą odwiedzin i średnim czasem wyświetleń strony internetowej, podstron czy artykułów. Szczegółowe dane dotyczące zasięgu kampanii otrzymamy po zakończeniu projektu, jednak aktualne podsumowanie działania reklamy Google dla kampanii „Na zdrowie” wskazuje, że do tej pory kampania zainteresowała ponad 1 mln użytkowników. Kreacje związane z kampanią (reklama w dowolnej formie: tekstowej, graficznej, miniaturki filmu) pojawiły się na ekranach użytkowników ponad 37 mln razy, a średni czas wyświetlania tekstów zamieszczonych na stronie sugeruje, że artykuły są chętnie czytane.

Za fraszką Jana Kochanowskiego możemy zgodzić się, że często przekonujemy się, jak ważne jest bycie zdrowym dopiero wtedy, gdy dolegliwości czy choroba dotkną nas samych lub naszych bliskich, gdy zabraknie tego zdrowia. Ogólnopolską kampanią „Na zdrowie” pragniemy skupić uwagę odbiorców na wartości zdrowia, póki je mamy, zachęcić do refleksji oraz rozważenia zmiany zachowań mogących prowadzić do uszczerbku na zdrowiu. Zachęcić do tego, by podejmować codzienne decyzje i dokonywać wyborów tak, żebyśmy wszyscy mogli powiedzieć: *każdy dzień na moją korzyść!*

Więcej informacji o kampanii:

www.kampanianazdrowie.pl;

www.facebook.com/kampanianazdrowie;

www.youtube.com/@kampanianazdrowie;

www.instagram.com/kampania_na_zdrowie

kontakt@kampanianazdrowie.pl

Źródło danych:

M. Rowicka, S. Postek, M. Zin-Sędek, „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.”, PARPA, Warszawa 2021, https://www.parpa.pl/images/wzorykonsumpcji_2020.pdf

Przypisy

¹ Publikowane ilustracje pochodzą ze strony <https://kampanianazdrowie.pl>



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.kpcu.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl,
Katarzyna Łukowska, Artur Malczewski, Danuta Muszyńska,
Anna Radomska

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.