

NR 2

2025

SERWIS INFORMACYJNY
UZAŁEŻNIENIA



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



KCPU
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

BIEŻĄCE WYZWANIA: JAK REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE DOSTĘPNOŚCI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WPŁYWAJĄ NA SPOŁECZEŃSTWO POLSKIE I CO W USTAWACH O WYCHOWANIU W TRZEŻWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII POWINNO SIĘ ZMIEŃCIĆ?

Wywiad z Bogusławą Bukowską – Zastępcą Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, wykonującą zadania Dyrektora KCPU 1

Współpraca międzynarodowa

POLSKA PREZYDENCJA W OBSZARZE NARKOTYKÓW – WYZWANIA I OSIĄGNIĘCIA

Artur Malczewski, Joanna Szmidt 6

Prawo

ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Katarzyna Syroka-Marczewska 11

Profilaktyka

STANDARDY JAKOŚCI W PROGRAMACH ADRESOWANYCH DO MŁODYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW, KTÓRZY WESZLI W KONFLIKT Z PRAWEM

Agnieszka Pisarska 17

Badania, raporty

ALKOHOL W CZASIE CIĄŻY – TEMAT TABU

Katarzyna Okulicz-Kozaryn 22

NARKOTYKI A MŁODZIEŻ. CZEGO DOWIADUJEMY SIĘ Z NAJNOWSZEJ EDYCJI ESPAD 2024

Janusz Sierosławski 28

PROGRAM OGRANICZANIA GRANIA W GRY HAZARDOWE – JEGO OGRANICZENIA I BARIERY WE WPROWADZANIU PROGRAMU DO OFERTY TERAPEUTYCZNEJ

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 36

Analiza

PSYCHODELIKI NAD WISŁĄ: KONTEKST, CELE I METODA OGÓLNOPOLSKIEGO PROJEKTU NAUKOWEGO

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski 42

Internet

PORADNIA ON-LINE W NOWEJ ODSŁONIE okładka III i IV



BIEŻĄCE WYZWANIA: JAK REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE DOSTĘPNOŚCI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WPŁYWAJĄ NA SPOŁECZEŃSTWO POLSKIE I CO W USTAWACH O WYCHOWANIU W TRZEŻWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII POWINNO SIĘ ZMIEŃCIĆ?

Z dr n. med. Bogusławą Bukowską – Zastępcą Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, wykonującą zadania Dyrektora KCPU, rozmawia Maja Ruszpel.

– Po aferze z „alkotubkami” wiele środowisk podniosło kwestię zmian w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – m.in. zakazu lub ograniczenia reklamy i promocji alkoholu. Jak aktualnie wygląda sytuacja? Czy możemy spodziewać się ograniczeń w promocji alkoholu?

– Afera z „alkotubkami” spowodowała mobilizację społeczną oraz ostry sprzeciw znacznej części ekspertów wobec wprowadzania na rynek napojów spirytusowych w opakowaniach podobnych do opakowań musów owocowych dla dzieci. Afera uruchomiła także debatę na temat potrzeby wprowadzenia zmian w przepisach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przypomniano, i słusznie, że ustawa ta została uchwalona w 1982 roku, w innym kontekście społeczno-ustrojowym i aktualnie nie odpowiada współczesnym wyzwaniom.

– Choć była kilkukrotnie nowelizowana...

– Tak, ale regulacje te raczej osłabiały regulacyjne mechanizmy ustawy, niż je wzmacniały. Stanowcza reakcja mediów oraz społeczeństwa na problem „alkotubek” niewątpliwie miały wpływ na decyzję Ministerstwa Zdrowia o podjęciu prac nad nowelizacją „ustawy alkoholowej” oraz decyzję ministra rolnictwa i rozwoju wsi w sprawie nowelizacji rozporządzenia dotyczącego szczegółowych wymagań w zakresie jakości handlowej opakowań niektórych napojów spirytusowych. Wejście w życie w lutym 2025 roku znowelizowanego rozporządzenia oznacza w praktyce całkowity zakaz wprowadzenia do obrotu napojów

spirytusowych w opakowaniach typu pouch, czyli tzw. alkotubek. Obecnie napoje spirytusowe o pojemności do 200 ml mogą być sprzedawane tylko w butelkach albo puszkach.

– Pierwsze zapowiedzi wskazywały także na wolę wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy napojów alkoholowych.

– Tak, istotnie. W praktyce oznaczałoby to, że obecnie dopuszczona prawnie, po spełnieniu określonych ustawowych wymagań, reklama piwa zniknie z przestrzeni publicznej. Tak się jednak nie stało. W skierowanym przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji społecznych projekcie nowelizowanej ustawy zabrakło takich przepisów. Zaproponowano natomiast przepisy mówiące o zakazie promocji napojów alkoholowych.

To oczywiście nie jest to samo, choć niewątpliwie zakaz promocji napojów alkoholowych jest także ważny. W toku wspomnianych konsultacji społecznych wpłynęło wiele uwag, w których wskazywano na potrzebę powrotu do idei wprowadzenia całkowitego zakazu reklamy jakichkolwiek napojów alkoholowych. Obecnie Ministerstwo Zdrowia analizuje zgłoszone uwagi i niebawem dowiemy się, jaki projekt ostatecznie zostanie przedstawiony.

– Jakie jest Pani zdanie na ten temat?

– W interesie zdrowia publicznego jest wprowadzenie zakazu reklamy jakichkolwiek napojów alkoholowych. Alkohol to trzeci najważniejszy czynnik ryzyka dla życia i zdrowia ludzi.

– Czy jest możliwe, by ograniczyć liczbę miejsc, w których sprzedaje się alkohol? Jak wiemy z badań, Polacy piją bardzo dużo, a sklepów z alkoholem czynnych całą dobę jest tysiące.

– Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych wydaje odpowiednio wójt, burmistrz, prezydent miasta, po uzyskaniu pozytywnej opinii gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Ramami prawnymi wydania zezwolenia jest określony limit liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz zasady ich usytuowania, ustalane przez radę gminy. Uchwała rady gminy w tej kwestii powinna być zawsze podporządkowana realizacji celu ustawy, czyli ograniczaniu dostępności napojów alkoholowych.

Z danych KCPU wynika, że w 2023 roku mieliśmy w Polsce 119 tys. miejsc sprzedaży napojów alkoholowych, co oznacza, że na jeden punkt sprzedaży przypada średnio około 300 osób. Tak nie powinno być. Obecnie nie ma innych możliwości ograniczania liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych, jak odwoływanie się do odpowiedzialności członków rady gminy. Ustawa nie formułuje bowiem żadnych wiążących reguł, poza wskazanym powyżej nadrzędnym celem ustawy i np. nie zawiera ustawowo określonych limitów liczby miejsc sprzedaży napojów alkoholowych przypadających na określoną liczbę mieszkańców. Być może wskazanie w ustawie takich limitów przyczyniłoby się do zmniejszenia liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych.

– Pierwszą jaskółką były zakazy nocnej sprzedaży alkoholu – na przykład w Krakowie, który po roku pochwalił się, że dzięki tej zmianie policja podejmowała mniej interwencji, a do izby wytrzeźwień trafiało mniej osób.

– Obecnie ograniczenia w nocnej sprzedaży wprowadziło 176 samorządów m.in. Piotrków Trybunalski, Katowice, Kraków, Gdańsk, Olsztyn. We wszystkich miejscowościach, w których takie ograniczenia wprowadzono, zaobserwowano poprawę porządku publicznego oraz zmniejszenie liczby interwencji straży miejskiej i policji w godzinach zakazu sprzedaży napojów alkoholowych. Niewątpliwie samorządy i lokalne społeczności

powinny wzmocnić swoje działania na rzecz ograniczania liczby punktów sprzedaży. Niemała w tym rola społeczeństwa obywatelskiego, które swoimi działaniami może zainicjować dyskusję nad ograniczeniem liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych w swojej miejscowości czy ograniczeniem godzin sprzedaży tychże napojów w godzinach nocnych i lobbować, by takie uchwały były podejmowane.

– Co dla Pani jest ważne w tym temacie? Co Pani chciałaby, żeby zostało zmienione w ustawie?

– Uważam, że ograniczenie poziomu spożycia napojów alkoholowych, a tym samym redukcja szkód, to jeden z najważniejszych priorytetów zdrowia publicznego w Polsce.

Nasz kraj jest w czołówce rankingu krajów UE o największym wskaźniku zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania związanymi z używaniem alkoholu. Współczynnik zgonów z tego powodu wyniósł w Polsce w 2021 roku 7,4 na 100 tys. mieszkańców, w grupie wiekowej poniżej 65 r.ż., co daje nam trzecie miejsce w UE po Łotwie i Słowenii. Średnia dla UE wynosi 3,6 zgonów na 100 tys. mieszkańców.

Obserwujemy systematyczny wzrost liczby zgonów z powodu chorób somatycznych spowodowanych piciem alkoholu. W 2021 roku liczba zgonów z powodu chorób wątroby osiągnęła rekordową wartość – 9230 zgonów. Zgony z powodu zatrucia alkoholem osiągnęły także najwyższą z dotychczasowych wartości, tj. 1594 zgony.

– Alkohol jest kluczowym czynnikiem sprzyjającym przemocy, wypadkom drogowym i problemom w funkcjonowaniu społecznym. Dzieci do 18. roku życia, z rodzin z problemem alkoholowym, wymagające wsparcia, to według szacunków ok. 943 tys. osób. Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Lista szkód i ludzkich dramatów jest znacznie dłuższa.

– Dlatego tak ważne jest, abyśmy obecną debatę wykorzystali do zmiany przepisów na korzystne dla zdrowia publicznego. W debacie tej warto uwzględnić także temat tzw. małych, których sprzedaż przybrała ogromne rozmiary. Co gorsza, znaczna część alkoholu w tych małych opakowaniach sprzedawana jest i zapewne konsumowana w godzinach porannych.

– *Strategie, które temu służą, są dobrze zdefiniowane, a ich skuteczność naukowo dowiedziona.*

– Tak. Są to: ograniczenie dostępności fizycznej napojów alkoholowych poprzez zmniejszenie liczby punktów ich sprzedaży oraz ograniczenie godzin, w których można dokonywać zakupu napojów alkoholowych, ograniczenie dostępności ekonomicznej poprzez odpowiednią politykę cenową, wprowadzenie zakazu reklamy i promocji napojów alkoholowych, włączając w to media społecznościowe. Nota bene taki właśnie zakaz skutecznie wprowadziła Litwa. I kwestia, o której często zapominamy, czyli włączenie w profilaktykę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w celu wczesnego wykrywania osób, u których występują pierwsze niepokojące symptomy wskazujące na możliwość rozwinięcia problemowego wzoru picia alkoholu. Kompleksowe wdrożenie wymienionych strategii przyczyniłoby się do poprawy zdrowia wielu Polek i Polaków i oszczędziłoby cierpienia wielu ludziom, w tym dzieciom i młodzieży.

– *A propos młodzieży. Przez wiele lat toczyła się dyskusja na temat określenia gramatury substancji psychoaktywnej, tak by prawo odróżniało użytkownika od diler. Pierwszy Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych mówił o tym, że profil tzw. przestępcy narkotykowego, to osoba około 25-letnia – zazwyczaj mężczyzna, zatrzymany przez policję z 1 gramem marihuany lub amfetaminy. Jasne było, że jest to użytkownik, nie sprzedawca. I temu rozróżnieniu miała służyć tabela wartości granicznych, tworzona przez PSPN we współpracy z prof. Krzysztofem Krajewskim. I tam – przykładowo – proponowano, by posiadanie 1 grama marihuany nie było karane, rekomendowano bowiem dekryminalizację. Wynikało to z faktu, że co roku w Polsce do zakładu karnego trafia ok. 3 tys. osób z powodu posiadania tzw. nieznacznych ilości. Czy zgodzi się Pani, że wobec części tych osób prawdopodobnie lepiej zadziałałyby interwencje pomocowe, psychologiczne, a nie kara więzienia.*

– Tak, zgadzam się. Dlatego od dawna KBPN, a od 2022 roku KCPU, wspiera ideę rozwiązań alternatywnych dla kary pozbawienia wolności wobec osób, które popełniły przestępstwo w związku z używaniem narkotyków. Wedle obecnego stanu prawnego, takie przestępstwo, zagrożone karą pozbawienia wolności

nieprzekraczającą 5 lat, podlegać może probacji. Jeśli sprawca podda się leczeniu, rehabilitacji lub weźmie udział w programie edukacyjno-profilaktycznym, można wobec niego zawiesić postępowanie do czasu ich zakończenia.

W szczególności byliśmy zwolennikami wprowadzenia rozwiązań depenalizacyjnych określonych w art. 62a w odniesieniu do posiadania nieznacznych ilości narkotyku na własny użytek, którego założenia opracował między innymi wspomniany prof. Krzysztof Krajewski, jako członek zespołu działającego przy ministrze sprawiedliwości. Analizując dane dotyczące stosowania art. 62a, zauważalny jest wzrost liczby przypadków, w których prokuratorzy i sędziowie decydują się na odstąpienie od karania i umorzenie postępowania w przypadku posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek, natomiast w dalszym ciągu nie jest to praktyka powszechna. Może już czas na wprowadzenie obligatoryjnego, a nie woluntarnego stosowania rozwiązań zawartych w 62a przez prokuratorów i sędziów.

Zwracam także uwagę, że do Sejmowej Komisji ds. Petycji wpłynęły postulaty depenalizacji posiadania nieznacznej ilości marihuany. Podobne wnioski znajdują się w raporcie Sejmowej Komisji ds. Depenalizacji Marihuany. Choć do tej pory Sejm nie proceduje nad żadnym konkretnym projektem ustawy depenalizującej posiadanie marihuany na własny użytek, to temat ten na pewno jest aktualny i wymaga dyskusji.

– *A czy planowane są prace nad tym, by określić, jaka ilość narkotyku jest ilością znaczną, a jaka nieznaczna? Czy nadal taka zmiana jest potrzebna, by jasno określić, co różni diler od uzależnionego lub okazjonalnego użytkownika?*

– Wartości graniczne wydają się użyteczne. Powinny one zostać wypracowane przez zespoły ekspertów i funkcjonować na zasadzie wytycznych dla sędziów i prokuratorów. W ten sposób wzrosłaby szansa na zapewnienie równego traktowania obywateli przez system wymiaru sprawiedliwości. Wartości graniczne były przedmiotem prac w przeszłości, może warto wrócić do tego dorobku.

– *Zrobię dygresję – przy okazji rozmowy o pracach nad dekryminalizacją. Czy nie sądzi Pani, że zalegali-*

zowanie medycznej marihuany było de facto krokiem w kierunku legalizacji tej substancji jako takiej?

– Dopuszczenie marihuany w celach medycznych uznaję za zasadne, ale uważam, że fakt ten nie powinien być odczytywany przez społeczeństwo jako krok w kierunku legalizacji marihuany. Przetwory konopi mogą być skuteczne jako terapia wspomagająca przy niektórych schorzeniach i dobrze, że pacjenci mają możliwość stosowania tych preparatów.

– ***Jednak w Polsce na stronach internetowych tych poradni, które reklamowały się jako leczące medyczną marihuaną, można było przeczytać, że jest dobra niemal na wszystkie choroby... Nie mówiąc już o receptomatach, które były naprawdę problemem.***

– Dowody na skuteczność marihuany są dostępne w przypadku kilku schorzeń, i to raczej jako terapia wspomagająca. Zastosowanie ich poza takimi wskazaniami wymaga szczególnego uzasadnienia. Leki zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe powinny być stosowane pod ścisłym nadzorem lekarza, a receptomaty tego nie zapewniają. Dlatego Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o zmianie rozporządzenia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje. Zmienione przepisy obowiązują od 4 listopada 2024 roku. Wskazują one, że w przypadku substancji wymienionych w załączniku do rozporządzenia wystawienie recepty musi być poprzedzone osobistym zbadaniem pacjenta przez lekarza wystawiającego receptę, z wyjątkiem przypadków, gdy dotyczy to kontynuacji leczenia, a osobą wystawiającą receptę jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

– ***Jakich substancji dotyczy ten wymóg?***

– Wymogiem tym zdecydowano się objąć leki opioidowe, takie jak fentanyl, oksykodon i morfinę. W ocenie ekspertów stosowanie tych substancji w najwyższym stopniu wiąże się z ryzykiem nadmiernej i nieuzasadnionej medycznie preskrypcji, m.in. przez tzw. receptomaty, co skutkuje uzależnieniami lekowymi i związanymi z tym hospitalizacjami lub koniecznością dalszego leczenia farmakologicznego. Dodatkowo

przepisem tym objęto także ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywicę konopi. Efekty działania wprowadzonych zmian są już widoczne, w szczególności w odniesieniu do ziela konopi innych niż włókniste, którego preskrypcja znacząco się zmniejszyła.

– ***Trwa też dyskusja nad używaniem psychodelików w leczeniu depresji lub/i uzależnienia. Czy widzi Pani w tym szansę na przyszłość? Na ile możliwe jest wprowadzenie do leczenia tych substancji?***

– Temat wykorzystania psychodelików – takich jak psylocybina – w leczeniu depresji czy uzależnień budzi w ostatnich latach coraz większe zainteresowanie, także w środowiskach naukowych. Kierunek ten wydaje się obiecujący, a wyniki niektórych badań – m.in. zespołu M.P. Bogenschutza oraz innych ośrodków prowadzących badania w USA i Wielkiej Brytanii – wskazują na potencjalną skuteczność terapii z ich wykorzystaniem, zwłaszcza jako wsparcia w leczeniu depresji lekoopornej czy uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Trzeba jednak podkreślić, że badania te wciąż znajdują się na stosunkowo wczesnym etapie. Dopiero prowadzone obecnie badania kliniczne II i III fazy mogą dostarczyć odpowiedzi zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa długoterminowego tego typu terapii. Konieczne są także dalsze obserwacje na większych i bardziej zróżnicowanych populacjach pacjentów.

Badania te zapewne będą kontynuowane i po ich zakończeniu możliwe będzie określenie, czy i w jakim zakresie psychodeliki mogą stać się bezpiecznym i skutecznym elementem terapii dostępnej dla pacjentów.

– ***Jakie zatem na ten moment zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii są Pani zdaniem potrzebne?***

– Aktualnie jednym z priorytetów pozostaje sfinalizowanie prac legislacyjnych dotyczących zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego. Projekt nowelizacji ustawy w tym zakresie został opracowany już kilka lat temu, ale nie został przyjęty. Obecnie wznowiono prace. Zakłada on, że lekarz, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdro-

wotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień lub lekarz zatrudniony u takiego świadczeniodawcy mógłby przepisywać pacjentowi produkt leczniczy zawierający buprenorfinę w ramach ordynacji lekarskiej, czyli wypisać receptę pacjentowi na lek poza programem leczenia substytucyjnego. Podobne rozwiązania, zapewniające możliwość uzyskania recepty na lek substytucyjny na receptę, funkcjonują w większości krajów, w których prowadzona jest ta forma leczenia.

Co do statusu prawnego marihuany to KCPU będzie uczestniczyć w dyskusji na ten temat, natomiast nie do KCPU należy inicjatywa ustawodawcza w tym względzie, dlatego czekać wypada na decyzje odpowiednich gremiów.

– Na koniec chciałabym zapytać o status prawny dotyczący wykonywania zawodu psychoterapeuty uzależnień. Liczba osób uzależnionych, które potrzebują wyspecjalizowanej pomocy rośnie – dlatego tak ważna jest projektowana ustawa poświęcona temu zawodowi. Jakie obszary mają być w niej poruszone? Kto nad nią pracuje?

– Ustawa o wykonywaniu zawodu specjalisty psychoterapii ma regulować zasady i warunki wykonywania zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień, zasady i organizację doskonalenia zawodowego, organizację i zakres działania samorządu zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień oraz zasady odpowiedzialności zawodowej specjalisty psychoterapii uzależnień.

Wszystkie te obszary są kompleksowo regulowane w projekcie ustawy, który został przygotowany przez KCPU we współpracy z prawnikami. Równocześnie nad projektem pracuje powołany przeze mnie w listopadzie 2024 roku zespół doradczo-konsultacyjny składający się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii uzależnień oraz wskazanych konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Od listopada zeszłego roku zespół spotyka się systematycznie i dyskutuje nad poszczególnymi zapisami projektu ustawy. Tym samym ma bardzo duży wkład w opracowanie finalnego dokumentu.

– Czy zapisy ustawy opierają się na dobrych praktykach z innych krajów?

– Projekt ustawy nawiązuje przede wszystkim do polskich doświadczeń legislacyjnych w tym zakresie. Proszę zwrócić uwagę, że w Polsce mamy bardzo długą tradycję funkcjonowania samorządów zawodowych, poczynając od samorządu lekarzy, pielęgniarek, poprzez farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, do ratowników medycznych, i zapewne wszystkich nie wymieniałam. Przygotowując projekt ustawy, KCPU zwróciło uwagę, aby proponowane zapisy uwzględniały doświadczenia wynikające z implementacji innych podobnych ustaw, po to, by niejako ucząc się na doświadczeniu innych grup zawodowych, przygotować projekt, który wyeliminuje potencjalne niedostatki.

– Kiedy ustawa miałaby wejść w życie?

– Na to pytanie nie znam odpowiedzi. Projekt ustawy zostanie przesłany do Ministerstwa Zdrowia i to tam zapadną kolejne decyzje. Natomiast KCPU będzie lobbować, aby projektowi tej ustawy nadać jak najszybciej dalszy bieg.

– Rozumiem, że regulacje te miałyby być podobne do tego, co już się zadziało w przypadku instruktorów – że miałyby to być zawód medyczny, a każda osoba go wykonująca, rejestrowałaby się w specjalnym Centralnym Rejestrze?

– Właściwszym punktem odniesienia są inne ustawy regulujące wykonywanie zawodu. W przypadku instruktorów ustawa regulująca ich zawód, tj. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych obejmuje zasady wykonywania zawodu instruktora terapii uzależnień, zasady kształcenia ustawicznego oraz zasady odpowiedzialności zawodowej. Ustawa odnosi się do kilkunastu zawodów medycznych, w tym instruktora terapii uzależnień. Ustawa ta nie obejmuje kwestii organizacji i zakresu działania samorządu zawodowego. Projektowana przez nas ustawa o zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień szczegółowo reguluje wszystkie te kwestie, które są w ustawie o niektórych zawodach medycznych, ale dodatkowo reguluje także kwestie samorządu zawodowego specjalistów psychoterapii uzależnień, w szczególności jego zadania, strukturę oraz sposób wyboru do organów samorządu zawodowego. W tym

sensie ustawa o zawodzie specjalisty psychoterapii uzależnień jest bardziej kompleksowa.

– *Czy i na jakie dofinansowanie mogą liczyć osoby uczące się aktualnie w szkołach psychoterapii uzależnień?*

– W 2024 roku KCPU dofinansowało szkolenia specjalizacyjne w wysokości blisko 1 mln zł. Dofinansowanie otrzymało 125 osób. Dla jednego uczestnika szkolenia dofinansowanie mogło wynieść maksymalnie 8000 zł. Dofinansowanie KCPU obejmuje zajęcia prowadzone w okresie od 1 czerwca do 31 grudnia 2025 roku.

W kolejnych latach otwierają się nowe możliwości pozyskania dofinansowania szkoleń specjalizacyjnych, w tym szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Mam na myśli Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (IP FERS).

Nabór wniosków do tego programu planowany jest na lipiec 2025 roku, a dofinansowanie rozpocznie się najwcześniej w czwartym kwartale br. lub od początku następnego roku. Wnioskodawcą może być podmiot posiadający akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o której mowa w Ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzy-

skiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Planowana alokacja środków finansowych na program IP FERS to 24 mln zł. To dofinansowanie istotnie wpłynie na obniżenie kosztów szkolenia specjalizacyjnego i tym samym więcej osób zainteresuje się szkoleniami w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

– *To bardzo ważne zmiany. Dane bowiem jednoznacznie wskazują na zwiększające się zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę w dziedzinie psychoterapii uzależnień odpowiednio przygotowaną do udzielania wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.*

– Tak. Wystarczy wspomnieć, że tylko liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem F10 lub rozpoznaniem bezpośrednio związanym z uzależnieniem od alkoholu w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia wzrosła z 327 625 osób w 2020 roku do 387 372 osób w 2023 roku, tj. o 18%. Specjaliści są bardzo potrzebni i wierzę, że zarówno ustawa, jak i projektowane zmiany będą wspierać tych, którzy zechcą kształcić się w tej dziedzinie.

– *Dziękuję za rozmowę.*

W styczniu 2025 roku Polska objęła prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W obszarze narkotyków prace polskiej prezydencji koncentrowały się przede wszystkim na koordynowaniu działań Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (Horizontal Working Party on Drugs – HDG), która co miesiąc spotykała się w Brukseli. W niniejszym artykule przedstawiamy wybrane działania polskiej prezydencji, które miały miejsce w kwietniu i maju tego roku.

POLSKA PREZYDENCJA W OBSZARZE NARKOTYKÓW – WYZWANIA I OSIĄGNIĘCIA

Artur Malczewski, Joanna Szmidt
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Grupa Robocza ds. Narkotyków w Brukseli

Na kwietniowym spotkaniu Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków¹ (HDG) przedstawione zostały postępy w realizacji priorytetów prezydencji w oparciu

o mapę drogową Komisji Europejskiej. Akcent położono na skuteczne narzędzia egzekwowania prawa, współpracę transgraniczną i wykorzystanie nowych mechanizmów zarządzania bezpieczeństwem wewnętrznym w UE. W trakcie tego spotkania omawiano także zagadnienie związane z przyszłą strategią narkotykową UE. Komisja

Europejska przedstawiła strategię dotyczące bezpieczeństwa wewnętrznego oraz odporności UE na problem narkotyków. Przewidują one skuteczniejszą wymianę danych wywiadowczych, zwalczanie zagrożeń hybrydowych i zorganizowanej przestępczości oraz wzmocnienie roli UE jako partnera bezpieczeństwa na arenie międzynarodowej. Prezydencja polska zaprezentowała szczegółowy plan prac nad nową strategią narkotykową. W ramach kilku spotkań przygotowawczych wypracowano wraz sekretariatem Rady oraz przyszłą duńską prezydencją harmonogram prac nad nową europejską strategią, która ma być przygotowana do września 2025 roku. W planie pracy przewidziano cykl warsztatów tematycznych (kwiecień–wrzesień), wspólne prace KE i państw członkowskich oraz publikację raportu ewaluacyjnego obecnej strategii w czerwcu 2025 roku. Państwa członkowskie podkreśliły potrzebę utrzymania zrównoważonego podejścia (*balanced approach*), uwzględnienia unijnych wartości, które podkreślają, że w ramach przeciwdziałania problemowi narkotykowemu ważne są zarówno działania z zakresu redukcji podaży (zwalczanie przestępczości narkotykowej), jak również redukcji popytu (profilaktyka, leczenie oraz postrehabilitacja) oraz redukcji szkód. Wstępne wyniki ewaluacji obecnej strategii narkotykowej wskazują m.in. na: skuteczność działań w ograniczaniu podaży, narastający problem korupcji, kluczową rolę

portów w przemyśle kokainy oraz potrzebę poprawy mierzalności danych.

Spotkanie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków w maju skupiło się na pracach nad nową strategią narkotykową UE. Przedstawiciele państw członkowskich, Komisji Europejskiej i agencji unijnych prowadzili dyskusje dotyczące kierunków rozwoju unijnej polityki narkotykowej. Państwa członkowskie pozytywnie oceniły dotychczasową strategię, wskazując jednak na potrzebę jej dostosowania do nowych wyzwań – w tym związanych z cyfryzacją, syntetycznymi substancjami i bezpieczeństwem geopolitycznym.

Wśród głównych postulatów znalazły się:

- potrzeba utrzymania obecnych filarów (redukcja popytu, redukcja podaży, redukcja szkód),
- lepsza koordynacja i spójność działań na poziomie UE,
- opracowanie mierzalnych, realistycznych wskaźników i celów,
- większe uwzględnienie zdrowia psychicznego, perspektywy gender, ochrony środowiska oraz współpracy międzynarodowej,
- rozważenie utworzenia nowego Planu Działania w obszarze redukcji popytu lub bardziej szczegółowej strategii,
- konieczność bardziej systemowego podejścia do terapii dla użytkowników stymulantów.



Zespół polskiej prezydencji w Brukseli.

W trakcie spotkania HDG prezydencja przedstawiała sprawozdanie z 68. sesji Komisji ds. Narkotyków ONZ (CND). Tegoroczna sesja ONZ miała burzliwy przebieg, głównie z powodu nowego stanowiska USA, które sprzeciwiły się m.in. włączaniu Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDG) ONZ do debat i rezolucji. Jednakże UE zachowała spójność i odegrała kluczową rolę w przyjmowaniu rezolucji, które odnosiły się do SDG. Zwrócono uwagę, że wybrano nowych członków z Europy Wschodniej do CND (m.in. Polskę, Litwę, Ukrainę). W trakcie kwietniowego i majowego spotkania trwały także intensywne prace nad przyjęciem dokumentu pt. „Pakt dotyczący narkotyków syntetycznych”. Zapowiedziano dalsze prace nad jego finalizacją.

Omawiano również dialogi międzynarodowe, które zostały zorganizowane przez polską prezydencję. Reprezentowała ona UE w następujących wydarzeniach z innymi krajami:

- **Dialog UE–Brazylia:** na spotkaniu w Wiedniu omówiono kwestie zwalczania produkcji i handlu narkotykami, nowe przepisy dotyczące profilaktyki i wykorzystania skonfiskowanych środków oraz działania w ramach wdrażania Europejskiego Programu Profilaktyki (EUPC).
- **Dialog UE–Azja Centralna:** spotkanie odbyło się w Brukseli (16 kwietnia). Dyskusja dotyczyła m.in. przemytu narkotyków i prekursorów, wyzwań związanych z nowymi substancjami psychoaktywnymi i syntetykami oraz możliwości pogłębiania współpracy międzyregionalnej.

Podczas dialogu UE–USA przedstawiono aktualne dane na temat sytuacji narkotykowej w USA (wzrost używania marihuany i opioidów, fentanyl i prekursorzy z Azji). Amerykańscy przedstawiciele zwrócili uwagę na konieczność dalszej współpracy z UE, zwłaszcza w zakresie zwalczania zagrożeń związanych z substancjami syntetycznymi i przemytu prekursorów chemicznych.

Standardy jakości w Europie

Jednym z celów polskiej prezydencji było promowanie standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki. Polska aktywnie brała udział w ich opracowaniu, dlatego też ten temat został ujęty w programie prac. W zakresie tych działań odbyła się na ten temat debata w ramach HDG. Od kilku dekad państwa członkowskie UE wdrażają różnorodne działania mające na celu przeciwdziałanie

uzależnieniom – poprzez profilaktykę, leczenie oraz ograniczanie szkód. W tym kontekście ważne miejsce zajmują standardy jakości, które mają zapewnić skuteczność i spójność podejmowanych działań. Państwa członkowskie tworzyły własne podejścia i wytyczne, jednak pojawiła się potrzeba stworzenia wspólnych, europejskich standardów. Idea minimalnych standardów UE zyskała na znaczeniu w trakcie prac nad unijnym Planem Działań 2009–2012. Kolejne plany (2013–2016 oraz 2021–2025) rozwijały tę koncepcję, promując jej wdrażanie w takich obszarach, jak:

- profilaktyka uniwersalna, selektywna i środowiskowa,
- wczesna interwencja,
- leczenie i rehabilitacja,
- integracja społeczna oraz działania redukujące szkody.

W 2014 roku podczas prezydencji włoskiej powstała grupa ekspertów, która zaproponowała 20 minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki (5 dla profilaktyki, 5 dla redukcji szkód i 10 dla leczenia). Ich przyjęcie poprzedziły intensywne prace w ramach HDG oraz liczne konsultacje, które ujawniły różnice między państwami (m.in. obawy o możliwość utraty istniejących programów niedostosowanych do nowych wytycznych). Mimo to Rada UE przyjęła w 2015 roku konkluzje w sprawie wdrażania minimalnych standardów jakości. Od 2010 roku wdrażane są także Europejskie Standardy Jakości Profilaktyki Narkotykowej (EDPQS), które były podstawą do stworzenia minimalnych standardów dla profilaktyki. EDPQS jest kluczowym projektem wspierającym wdrażanie jakości w profilaktyce. EDPQS powstały w wyniku dwóch dużych międzynarodowych projektów, w których udział brała Polska:

1. **European Standards in Evidence for Drug Prevention (2008–2010)** – celem było stworzenie ram jakości profilaktyki w oparciu o badania naukowe, przy wykorzystaniu metody Delphiego, grup fokusowych i testów terenowych. W projekcie uczestniczyło sześć krajów.
2. **Promoting Excellence in Drug Prevention – Phase II** – skoncentrowano się na praktycznej implementacji poprzez m.in. narzędzia wspierające, szkolenia, wskaźniki i specjalistyczne publikacje.

EDPQS zostały opracowane w formie cyklicznego modelu składającego się z ośmiu etapów i czterech zagadnień przekrojowych, stanowiąc strukturę planowania, wdrażania i oceny działań profilaktycznych. EDPQS są również częścią Europejskiego Programu Profilaktyki (EUPC) i były

wykorzystywane w wielu krajach UE. Polska prezydencja kontynuowała prace belgijskiej prezydencji. W 2024 roku belgijska prezydencja zainicjowała ocenę wdrażania konkluzji Rady z 2015 roku i zaproponowała dalsze kroki, w tym:

- zwiększenie zaangażowania i świadomości na temat znaczenia standardów,
- stworzenie mapy drogowej dalszych działań,
- udostępnienie praktycznych narzędzi wdrażania (ED-PQS Toolkit, FENIQS-EU),
- szkolenia dla praktyków i decydentów,
- uwzględnienie głosu użytkowników i społeczeństwa obywatelskiego,
- stałe monitorowanie i aktualizowanie standardów,
- rozpoczęcie debaty nad tzw. idealnymi standardami jakości,
- uwzględnienie tematu standardów w krajowych i unijnych programach badawczych.

Unijna inicjatywa na rzecz minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki ma na celu poprawę jakości opieki i działań profilaktycznych, zbliżenie praktyki do nauki i wzmocnienie spójności polityk krajowych i unijnych. Dalszy rozwój i skuteczna implementacja tych standardów zależy od zaangażowania państw członkowskich, współpracy międzynarodowej, edukacji, monitorowania oraz uwzględniania głosu praktyków i użytkowników systemów wsparcia. W trakcie dyskusji na HDG podkreślono znaczenie działań profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, jak również europejskich i międzynarodowych standardów (EDPQS, UNODC/WHO), które służą podnoszeniu jakości usług i skuteczności programów m.in. w edukacji zdrowotnej i wspierania kompetencji życiowych. UNODC, EUDA i państwa członkowskie (m.in. Belgia, Czechy, Cypr) zaprezentowały własne doświadczenia i dobre praktyki we wdrażaniu europejskich standardów.

Promocja Europejskiego Programu Profilaktyki (EUPC)

Podczas majowego HDG w Brukseli jednym z głównych tematów spotkania był Europejski Program Profilaktyki (European Universal Prevention Curriculum – EUPC²). Jest to kompleksowy program szkoleniowy, którego zadaniem jest wspieranie specjalistów w realizacji wysokiej jakości, opartych na dowodach naukowych działań profilaktycznych w całej Europie. Program powstał w ramach

szerszych działań na rzecz poprawy zdrowia publicznego i sytuacji społecznej, a jego głównym celem jest wzmocnienie kompetencji osób zaangażowanych w profilaktykę. Grupą docelową szkoleń są m.in. koordynatorzy działań profilaktycznych, specjaliści ds. profilaktyki oraz decydenci, liderzy opinii i twórcy polityk (tzw. DOPs – decision-, opinion- and policy-makers), których zakres obowiązków obejmuje również odpowiedzialność za programy profilaktyczne. W niektórych krajach grupa ta może obejmować także doświadczonych praktyków, którzy mają wpływ na podejmowanie decyzji i rozwój zawodowy. Osoby te mogą działać na poziomie lokalnym, regionalnym lub krajowym. Mogą to być również: liderzy organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką, koordynatorzy w administracji regionalnej, urzędnicy samorządowi odpowiedzialni za strategię i zamawianie usług profilaktycznych, a także interesariusze i lokalne koalicje społeczne. EUPC jest ściśle powiązany z celami Strategii UE w zakresie narkotyków na lata 2021–2025, która uznaje profilaktykę za jeden z głównych filarów polityki narkotykowej. Strategia ta promuje wykorzystanie podejść opartych na dowodach naukowych oraz podkreśla znaczenie edukacji, szkoleń i budowania kompetencji wśród profesjonalistów. Program EUPC przyczynia się bezpośrednio do realizacji tych celów, dostarczając praktykom narzędzi i wiedzy niezbędnych do projektowania i realizacji skutecznych i etycznych programów profilaktycznych. EUPC może być realizowany na różne sposoby. Istnieje moduł przeznaczony do włączenia w szkolenia profilaktyczne prowadzone w środowisku akademickim oraz moduły szkoleniowe skierowane do decydentów, liderów opinii i twórców polityk (DOPs). W 2025 roku planowane jest wdrożenie wersji EUPC dla pracowników pierwszego kontaktu (*frontline*), w tym funkcjonariuszy organów ścigania (LEO), działających bezpośrednio w terenie.

Główne elementy programu EUPC to m.in.:

- Zrozumienie naukowych podstaw profilaktyki, w tym czynników ryzyka i ochronnych oraz zasad skutecznej profilaktyki.
- Planowanie i wdrażanie programów profilaktycznych w oparciu o dane, diagnozę potrzeb i kontekst kulturowy.
- Monitorowanie i ocena działań profilaktycznych w celu zapewnienia skuteczności, trwałości i ciągłego doskonalenia.

- Standardy etyczne i zawodowe zapewniające poszanowanie, równość i integralność naukową w działaniach profilaktycznych.

Program został opracowany przy wsparciu EMCDDA/EUDA i stanowi część szerszych, międzynarodowych działań na rzecz profesjonalizacji pracy profilaktycznej. Jest również zgodny z międzynarodowymi standardami opracowanymi m.in. przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC). Szkolenia oparte na programie EUPC są realizowane w wielu krajach europejskich i dostępne są w kilku językach. Zazwyczaj obejmują interaktywne warsztaty, analizy przypadków, dyskusje grupowe i ćwiczenia praktyczne, które pomagają uczestnikom wdrażać zdobytą wiedzę w praktyce.

W trakcie spotkania w Brukseli przedstawiciele prezydencji, EUDA oraz delegacje z Cypru, Łotwy oraz Irlandii zaprezentowali informacje na temat wdrażania programu EUPC. Polska prezydencja przedstawiła wdrażanie programu EUPC w 2025 roku, w którym KCPU we współpracy z samorządami województw zorganizowało pięć szkoleń oraz jedno spotkanie podsumowujące szkolenia w Lublinie, Wrocławiu, Szczecinie, Łasku, Poznaniu oraz Warszawie. W ramach wdrażania EUPC KCPU współpracuje z samorządami wojewódzkimi oraz ekspertami wojewódzkimi. Dzięki wspólnym działaniom w 2025 roku przeszkolono łącznie ponad 100 osób. W efekcie Polska była w tym roku wiodącym krajem we wdrażaniu EUPC.

Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w Warszawie

W dniach 23–24 kwietnia 2025 roku w Warszawie odbyło się spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków (National Drug Coordinators – NDC) pt. „Wyzwania i możliwości dla nowej strategii narkotykowej”, zorganizowane przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom we współpracy z EUDA. W spotkaniu wzięli udział Koordynatorzy Krajowi ds. Narkotyków z całej Europy. Pierwszy dzień poświęcono pracom związanym z opracowaniem nowych ram strategicznych UE w zakresie narkotyków w celu przygotowania nowej unijnej strategii dotyczącej narkotyków. Drugiego dnia uczestnicy odwiedzili Międzynarodowe Centrum Szkoleniowe do Walki z Nielegalnymi Laboratoriami w Legionowie, gdzie mieli okazję zapoznać się z metodami

skutecznego i bezpiecznego likwidowania nielegalnych laboratoriów syntetycznych substancji psychoaktywnych. Spotkanie oficjalnie otworzyli sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Wojciech Konieczny, oraz dr Bogusława Bukowska z Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. W pierwszej części wydarzenia eksperci reprezentujący m.in. Europejską Agencję ds. Narkotyków (EUDA – Maria Moreira), Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC – Camilla Contorni), Światową Organizację Zdrowia (WHO – Dévora Kestel), SCFD (Milutin Milošević) oraz Komisję Europejską (Jo de Cock) przedstawili prezentacje na temat aktualnych trendów i rozwoju sytuacji. Następnie odbyła się dyskusja panelowa z udziałem Laury d’Arrigo (Francja), Jörga Pietscha (Niemcy), Victora Sannesa (Niderlandy) oraz Jo de Cocka (Komisja Europejska) poprowadzona przez dr. Artura Malczewskiego.

Dyskusje podczas spotkania w Warszawie jasno pokazały, że nowa strategia UE w sprawie narkotyków musi w równym stopniu uwzględniać działania na rzecz ograniczenia zarówno podaży, jak i popytu. UE mierzy się także z nowymi wyzwaniami, takimi jak przestępczość wspomagana cyfryzacją, sprzedaż narkotyków na szyfrowanych platformach internetowych i mediach społecznościowych czy też usługi przestępcze oferowane „na zamówienie”. Zjawiska te wymagają opracowania i wdrożenia skutecznych, kompleksowych odpowiedzi, w tym wzmocnienia współpracy operacyjnej. Istotne jest, aby działania nie ograniczały się jedynie do redukcji podaży, ale obejmowały również m.in. profilaktykę opartą na dowodach naukowych.

W drugiej części spotkania przeprowadzono warsztaty foresightowe³, podczas których uczestnicy analizowali aktualne priorytety Strategii UE w sprawie narkotyków, rozważając ich dostosowanie do trzech przyszłościowych scenariuszy opracowanych przez EUDA. Uczestnicy zostali podzieleni na pięć warsztatowych grup roboczych, które były prowadzone przez ekspertów z EUDA, KCPU oraz 4CF. Zajęły się one następującymi zagadnieniami: analiza Strategii UE w sprawie narkotyków 2021–2025 w kontekście trzech scenariuszy „Uzależnienia 2040”, rozpoznanie wyzwań i możliwości polityki narkotykowej w obliczu tych scenariuszy i zapoznanie krajowych koordynatorów z narzędziami foresightu dla polityk publicznych. W efekcie warsztatów powstały pierwsze rekomendacje dotyczące nowej strategii narkotykowej, które zostały przedstawione na majowym spotkaniu grupy roboczej.

Przypisy

- ¹ Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (HDG) w Unii Europejskiej (UE) to kluczowa grupa, która koordynuje politykę narkotykową na poziomie UE. Jej zadaniem jest zarządzanie pracami Rady UE w zakresie narkotyków zarówno w obszarze ograniczenia podaży, jak i popytu. HDG współpracuje z różnymi podmiotami, w tym z agencjami UE (np. EUDA, Europol), organizacjami międzynarodowymi oraz państwami spoza UE. Grupa Robocza HDG w trakcie polskiej prezydencji prowadzona była przez ekspertów z KCPU oraz CBSP.
- ² Program EUPC został opracowany w ramach europejskiego projektu UPC-Adapt, współfinansowanego przez Komisję Europejską. W projekcie zaangażowanych było jedenastu partnerów z dziewięciu krajów

europejskich, którzy dostosowali Uniwersalny Program Profilaktyki (UPC) do kontekstu europejskiego. Oryginalny program UPC został stworzony przez Applied Prevention Science International (APSI) przy wsparciu Departamentu Stanu USA na potrzeby Programu Doradczego ds. Narkotyków Colombo Plan. Proces adaptacji opierał się na wytycznych partnerstwa ds. europejskich standardów profilaktyki (EDPQS Toolkit 4), które opisują, jak dostosować i rozpowszechniać standardy jakości w różnych kontekstach. Moduły e-learningowe programu EUPC powstały w ramach innego projektu finansowanego przez UE: ASAP, którego spuścizną jest platforma szkoleniowa PLATO. We wszystkich tych projektach brali udział eksperci z Polski.

³ EUDA od 2019 roku rozwija swoje kompetencje foresightowe, aby przewidywać przyszłe wyzwania związane z narkotykami i wspierać gotowość UE na zmieniającą się sytuację. Obejmuje to m.in. opracowywanie scenariuszy (jak te wykorzystane podczas spotkania krajowych koordynatorów).

Odpowiedzialność karna albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, sąd powinien całościowo uwzględnić dyrektywy sądowego wymiaru kary bez pomijania potrzeb w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa i indywidualnego oddziaływania kary.

ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE A ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne

Aktualne regulacje prawne przewidują w Polsce odpowiedzialność karną za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych. Kara jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych w kodeksie karnym, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu, okoliczności obciążające i okoliczności łagodzące, cele kary w zakresie społecznego oddziaływania, a także cele zapobiegawcze, które ma ona osiągnąć w stosunku do skazanego. Ponadto dolegliwość kary nie może przekraczać stopnia winy.

Sąd wymierza karę za popełnione przestępstwo, uwzględniając sankcję przewidzianą za dany czyn w Kodeksie karnym lub w ustawie szczególnej. Ustalając rodzaj i wysokość kary sąd kieruje się dyrektywami kary. Ponadto należy zauważyć, że jeżeli przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowią, że za dany czyn przewidziana jest kara grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności, to zasady wymiaru tych kar określone są w Kodeksie karnym.

Obowiązujący Kodeks karny zawiera katalog kar, który został sformułowany w art. 32 kk. Przepisy przewidują następujące kary: grzywnę, ograniczenie wolności, pozbawienie wolności, dożywotnie pozbawienie wolności.

Grzywna

Grzywnę wymierza się w stawkach dziennych, określając liczbę stawek oraz wysokość jednej stawki. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, najniższa liczba stawek wynosi 10, zaś najwyższa 540. Ponadto, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, a przestępstwo jest zagrożone zarówno grzywną, jak i karą pozbawienia wolności, grzywnę wymierza się w wysokości nie niższej od:

1. 50 stawek – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą roku;
2. 100 stawek – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 2 lat;
3. 150 stawek – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata.

Warto w tym kontekście zauważyć, że ustalając stawkę dzienną, sąd bierze pod uwagę dochody sprawcy, jego

warunki osobiste, rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe. Stawka dzienna nie może być niższa od 10 złotych, ani też przekraczać 2000 złotych.

Kara ograniczenia wolności

Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, kara ograniczenia wolności trwa najkrócej miesiąc, najdłużej 2 lata, a sąd wymierza ją w miesiącach i latach. Kara ograniczenia wolności polega na obowiązku wykonywania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne albo na potrąceniu od 10% do 25% wynagrodzenia za pracę w stosunku miesięcznym na cel społeczny wskazany przez sąd. W czasie odbywania kary ograniczenia wolności skazany:

- nie może bez zgody sądu zmieniać miejsca stałego pobytu;
- ma obowiązek udzielania wyjaśnień dotyczących przebiegu odbywania kary.

Nieodpłatna, kontrolowana praca na cele społeczne jest wykonywana w wymiarze od 20 do 40 godzin w stosunku miesięcznym. Potrącenie wynagrodzenia za pracę może być orzeczone wobec osoby zatrudnionej; w okresie, na jaki zostało orzeczone potrącenie, skazany nie może rozwiązać bez zgody sądu stosunku pracy.

Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, a przestępstwo jest zagrożone zarówno karą ograniczenia wolności, jak i karą pozbawienia wolności, karę ograniczenia wolności wymierza się w wysokości nie niższej od: 2 miesięcy – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą roku; 3 miesięcy – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 2 lat; 4 miesięcy – w przypadku czynu zagrożonego karą pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata.

Kara pozbawienia wolności

Kara pozbawienia wolności trwa najkrócej miesiąc, najdłużej 30 lat. Sąd wymierza ją w miesiącach i latach. Do dnia 1 października 2023 roku Kodeks karny przewidywał karę pozbawienia wolności do lat 15 oraz karę 25 lat pozbawienia wolności. W obecnie obowiązującym stanie prawnym kara pozbawienia wolności może trwać najdłużej 30 lat. Ponadto, jak już wspomniano, istnieje możliwość wymierzenia dożywotnio pozbawienia wolności. Warto zwrócić uwagę, że wobec sprawcy, który w czasie popełnienia przestępstwa nie ukończył 18 lat, nie orzeka się kary dożywotniego pozbawienia wolności.

Dyrektywy wymiaru kary

Jak już wspomniano, sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych w Kodeksie karnym, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu, okoliczności obciążające i okoliczności łagodzące, cele kary w zakresie społecznego oddziaływania, a także cele zapobiegawcze, które ma ona osiągnąć w stosunku do skazanego. Ponadto dolegliwość kary nie może przekraczać stopnia winy.

Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy (posiadanie narkotyku na własny użytek, a także wpływ tego posiadania na sprawcę i jego otoczenie – czy narkotyk odgrywał w życiu sprawcy istotną rolę, czy posiadanie przez sprawcę narkotyku jakkolwiek negatywnie wpłynęło na jego otoczenie), rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.

Wymierzając karę, sąd uwzględnia w szczególności motywację i sposób zachowania się sprawcy, zwłaszcza w razie popełnienia przestępstwa na szkodę osoby nieporadnej ze względu na wiek lub stan zdrowia, popełnienie przestępstwa wspólnie z nieletnim, rodzaj i stopień naruszenia cięższych na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu, a zwłaszcza staranie o naprawienie szkody lub zadośćuczynienie w innej formie społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a także zachowanie się pokrzywdzonego (art. 53 Kodeksu karnego, dalej: kk). Wymierzając karę nieletniemu albo młodocianemu, sąd kieruje się przede wszystkim tym, aby sprawcę wychować. Ponadto, jak już wspomniano, wobec sprawcy, który w czasie popełnienia przestępstwa nie ukończył 18 lat, nie orzeka się kary dożywotniego pozbawienia wolności. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, nie oznacza to, że obowiązkiem sądu jest pobłażliwe traktowanie takiego sprawcy¹. Przepis ten, formułując szczególną dyrektywę wymiaru kary dotyczącą nieletnich i młodocianych, nie eliminuje zasad wymiaru kary określonych w art. 53 kk, jedynie na pierwszym miejscu stawia względy wychowawcze. Nie mają one bytu samodzielnego, stanowią tylko punkt wyjściowy i winny być zestawione z pozostałymi okolicznościami znaczącymi przy wymiarze kary. Z art. 54 kk nie wynika

nakaz łagodzenia kar wymierzanych młodocianym ani też nakaz łagodnego bądź pobłażliwego traktowania takich sprawców wbrew zwykłym zasadom wymiaru kary.

Warto w tym kontekście zauważyć, że okoliczności wpływające na wymiar kary uwzględnia się tylko co do osoby, której dotyczą.

Odpowiedzialność karna za posiadanie środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych

Zgodnie z art. 62 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej: ustawa)², kto posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega odpowiedzialności karnej³. Kara jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Decyzja w tym zakresie należy do sądu. Zasadniczo przepisy przewidują karę pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli mamy do czynienia ze znaczną ilością środków odurzających lub substancji psychotropowych, wówczas sprawca podlega wyższej karze, tj. karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. Oczywiście „znaczna ilość” stanowi kryterium obiektywne i jest mierzona ilością porcji konsumpcyjnych (różnych wagowo w zależności od rodzaju narkotyku, a konkretnie jego mocy odurzającej), niezależne od tego, czy środek odurzający lub substancja psychotropowa przeznaczone są do zaspokojenia własnych potrzeb sprawcy, czy też sprawca ma względem nich inne zamiary⁴. W świetle utrwalonego orzecznictwa znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych – w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – jest to taka ilość, która mogłaby jednorazowo zaspokoić potrzeby co najmniej kilkudziesięciu osób uzależnionych⁵. W uchwale składu siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 27 stycznia 2011 r., sygn. akt I KZP 24/10, stwierdzono, że każde władztwo, każde faktyczne dysponowanie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową będzie wypełniało znamię czasownikowe „ma” typu przestępstwa określonego w tym przepisie. Analogicznie w wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu – II Wydział Karny z dnia 30 listopada 2017 r., sygn. akt II AKa 299/17 sąd przyjął, że „dla przyjęcia »posiadania« nie ma znaczenia również to, jak długo oskarżony władał środkiem odurzającym, może to być choćby krótkotrwale, faktyczne władztwo nad rzeczą”. Jak już wspomniano, kara jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. Jednocześnie

ustawodawca wskazał, że w wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Dla penalizacji posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej znaczenie ma ilość narkotyku pozwalająca na choćby jednorazowe użycie w dawce przyjętej za typową dla danego środka czy substancji⁶.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę także na art. 62b ustawy, zgodnie z którym, kto, wbrew przepisom ustawy, posiada nowe substancje psychoaktywne, podlega grzywnie. Jeżeli przedmiotem czynu jest znaczna ilość nowych substancji psychoaktywnych, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3. W sytuacji, w której przedmiotem czynu jest nowa substancja psychoaktywna w ilości nieznacznej, przeznaczonej na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Przepis art. 62b ustawy został dodany przez art. 1 pkt 36 Ustawy z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i obowiązuje od 21 sierpnia 2018 r. Celem tego przepisu było spenalizowanie zachowania polegającego na posiadaniu nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy.

W myśl art. 4 pkt 11a ustawy nową substancją psychoaktywną jest każda substancja lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 ustawy.

Jednocześnie warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że przepis art. 33⁷ ustawy dopuszcza używanie środków odurzających grup I-N i II-N oraz substancji psychotropowych grup II-P, III-P i IV-P wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań, a substancji psychotropowych grupy I-P – jedynie w celu

prowadzenia badań. Posiadane bez uprawnienia środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne, lub ich preparaty, oraz prekursorzy kategorii 1, podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne.

Umorzenie postępowania karnego

Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 ustawy, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Przepis art. 62a ustawy obowiązuje od 9 grudnia 2011 roku. Stanowi on samodzielną (tzn. niewymagającą już powoływania którejkolwiek z przesłanek określonych w art. 17 § 1 kodeksu postępowania karnego) podstawę prawną umorzenia dochodzenia lub śledztwa w sytuacji, gdy przedmiotem czynu są: środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej⁸, przeznaczone są one na własny użytek sprawcy, orzeczenie wobec sprawcy kary za ich posiadanie byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień społecznej szkodliwości⁹. Dla podjęcia decyzji o umorzeniu konieczne jest łączne spełnienie wszystkich wymienionych przesłanek.

Okoliczności obciążające

Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych w kodeksie karnym, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu, okoliczności obciążające i okoliczności łagodzące, cele kary w zakresie społecznego oddziaływania, a także cele zapobiegawcze, które ma ona osiągnąć w stosunku do skazanego. Jedną z okoliczności obciążających jest popełnienie przestępstwa w stanie po spożyciu alkoholu lub środka odurzającego, jeżeli ten stan był czynnikiem prowadzącym do popełnienia przestępstwa lub istotnego zwiększenia jego skutków. Poniżej znajduje się lista okoliczności obciążających, które są brane przed sąd pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wyborze kary. Warto w tym kontekście zauważyć, że okoliczności wpływające na wymiar kary uwzględnia się tylko co do osoby, której dotyczą.

Okoliczności obciążające:

- uprzednia karalność za przestępstwo umyślne lub podobne przestępstwo nieumyślne;
- wykorzystanie bezradności, niepełnosprawności, choroby lub podeszłego wieku pokrzywdzonego;
- sposób działania prowadzący do poniżenia lub udręczenia pokrzywdzonego;
- popełnienie przestępstwa z premedytacją;
- popełnienie przestępstwa w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie¹⁰;
- popełnienie przestępstwa motywowanego nienawiścią z powodu przynależności narodowej, etnicznej, rasowej, politycznej lub wyznaniowej ofiary albo z powodu jej bezwyznaniowości;
- działanie ze szczególnym okrucieństwem;
- **popełnienie przestępstwa w stanie po spożyciu alkoholu lub środka odurzającego, jeżeli ten stan był czynnikiem prowadzącym do popełnienia przestępstwa lub istotnego zwiększenia jego skutków;**
- popełnienie przestępstwa we współdziałaniu z nieletnim lub z wykorzystaniem jego udziału.

Jak już wspomniano, zdaniem ustawodawcy okolicznością, która może wpłynąć na surowszą odpowiedzialność sprawcy, jest popełnienie przestępstwa w stanie po spożyciu alkoholu lub środka odurzającego, pod warunkiem, że stan ten był czynnikiem prowadzącym do popełnienia przestępstwa lub istotnego zwiększenia jego skutków. Przepis ten w pewnym sensie koresponduje z treścią przepisu art. 31 § 3 kk, wyłączającego możliwość zastosowania instytucji niepoczytalności lub poczytalności ograniczonej w stosunku do sprawców, którzy sami wprawili się w stan nietrzeźwości lub odurzenia, które przewidywali albo mogli przewidzieć¹¹. Art. 31 § 3 kk uzależnia odpowiedzialność od zawinionego upojenia się alkoholem lub odurzenia innym środkiem, polegającego na tym, że sprawca przewidywał, iż doprowadzi się do takiego stopnia upojenia, albo przynajmniej mógł to przewidzieć. Sprawca, który nadużywa alkoholu oraz środków odurzających i wprowadza się dobrowolnie w stan upojenia prostego, znając skutki spożywania alkoholu czy narkotyków, działa na własne ryzyko poniesienia odpowiedzialności karnej¹². Stanowi to niewątpliwie wyłom od zasady winy, gdyż przyjmuje się fikcję umyślności, a to dlatego, że chodzi tu o obronę społeczeństwa przed osobami nadużywającymi alkoholu, zażywającymi narkotyki i dlatego zachowanie takiego sprawcy ocenia się porównując dany przypadek z hipotetycznym przestępstwem sprawcy trzeźwego, o podobnych

właściwościach inteligencji czy doświadczenia życiowego¹³. W praktyce przyjmuje się, że dorosły i w pełni poczytalny człowiek, konsumując w dużych ilościach alkohol i/lub zażywając środki odurzające, ma możliwość i powinność przewidywania takich następstw swojego zachowania.

Okoliczności łagodzące

Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych w kodeksie karnym, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu, okoliczności obciążające i okoliczności łagodzące, cele kary w zakresie społecznego oddziaływania, a także cele zapobiegawcze, które ma ona osiągnąć w stosunku do skazanego. Poniżej znajduje się lista okoliczności łagodzących, które są brane przez sąd pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wyborze kary. Jak już wspomniano, okoliczności wpływające na wymiar kary uwzględnia się tylko co do osoby, której dotyczą.

Okoliczności łagodzące:

- popełnienie przestępstwa w wyniku motywacji zasługującej na uwzględnienie;
- popełnienie przestępstwa pod wpływem gniewu, strachu lub wzburzenia, usprawiedliwionych okolicznościami zdarzenia;
- popełnienie przestępstwa w reakcji na nagłą sytuację, której prawidłowa ocena była istotnie utrudniona z uwagi na okoliczności osobiste, zakres wiedzy lub doświadczenia życiowego sprawcy;
- podjęcie działań zmierzających do zapobieżenia szkodzie lub krzywdzie, wynikającej z przestępstwa, albo do ograniczenia jej rozmiaru;
- pojednanie się z pokrzywdzonym;
- naprawienie szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienie za krzywdę wynikłą z przestępstwa;
- popełnienie przestępstwa ze znacznym przyczynieniem się pokrzywdzonego;
- dobrowolne ujawnienie popełnionego przez siebie przestępstwa organowi powołanemu do ścigania przestępstw.

Dla przykładu zdaniem Sądu Okręgowego w Warszawie orzeczenie kary wobec oskarżonego, który posiadał przy sobie środki odurzające w postaci heroiny o łącznej wadze 0,27 grama netto (przy czym czynu tego dopuścił się w ciągu 5 lat po odbyciu co najmniej 6 miesięcy kary pozbawienia wolności orzeczonej za umyślne przestępstwo podobne) jest celowe, ponieważ wymagają tego względy wychowawcze oraz zapobiegawcze, a w szczególności pożądane jest ukształtowanie

u oskarżonego postawy akceptowanej społecznie, czemu nie służyłoby umorzenie postępowania. Zgodnie z treścią art. 37a Kodeksu karnego można orzec karę grzywny albo karę ograniczenia wolności, zamiast kary pozbawienia wolności, jeżeli ustawa przewiduje zagrożenie karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat. W tej sytuacji biorąc pod uwagę okoliczności łagodzące występujące w niniejszej sprawie, czyli młody wiek oskarżonego oraz to, że aktualnie oskarżony zadeklarował chęć poddania się terapii leczenia uzależnień, sąd postanowił wymierzyć oskarżonemu karę przy zastosowaniu art. 37a § 1 kk w zw. z art. 34 § 1a pkt 1 kk. Zatem chcąc dać oskarżonemu szansę, a mając jednocześnie na uwadze okoliczności obciążające w tej sprawie, sąd doszedł do przekonania, że karą właściwą będzie kara ograniczenia wolności w wysokości 4 miesięcy, polegająca na wykonywaniu nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cel społeczny w wymiarze 30 godzin w stosunku miesięcznym. W ocenie sądu kara w takim wymiarze spełni cele prewencji ogólnej i szczególnej¹⁴. Do rozważenia, czy w Państwa ocenie, jest to kara adekwatna?

Uwagi końcowe

Odpowiedzialność karna albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, sąd powinien całościowo uwzględniać dyrektywy sądowego wymiaru kary bez pomijania potrzeb w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa i indywidualnego oddziaływania kary¹⁵.

A. Marek, wymieniając wśród funkcji prawa karnego funkcję sprawiedliwościową, podkreślał, że jej treścią jest kształtowanie społecznego poczucia sprawiedliwości przez sprawiedliwe stosowanie norm prawa karnego¹⁶. Wskazywał, że wiąże się ono ze współmiernym do winy i szkodliwości popełnionego czynu karaniem sprawców przestępstw, które utwierdza autorytet prawa i oddziałuje pozytywnie zarówno na sprawcę, jak i na społeczeństwo¹⁷. Funkcji sprawiedliwościowej przypisywał także zadanie racjonalnego uzasadniania sprawiedliwości orzekanych kar, przez odwołanie się do zasady proporcjonalności i systemu wartości, który tkwi u podstaw prawa karnego¹⁸. Niekiedy bywa tak, że samo prowadzenie przeciwko oskarżonemu postępowania karnego i postawienie go w stan oskarżenia jest dla niego pewną dolegliwością, która sprawia, że nie popełni on ponownie podobnego przestępstwa. Warto w tym miejscu nadmienić, że (zgodnie z nazwą) jednym

z głównych celów uchwalenia ustawy o przeciwdziałaniu narkomani była eliminacja bądź ograniczenie negatywnych skutków uzależnienia od środków odurzających i substancji psychotropowych. W sytuacji, gdy sprawca przestępstwa polegającego na posiadaniu środków odurzających, będąc osobą uzależnioną, podejmie działania zamierzające do walki ze swoim nałogiem, okoliczność ta powinna zostać uwzględniona ona przez sąd przy wymiarze kary.

Przypisy

- ¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie - II Wydział Karny z dnia 22 czerwca 2023 r., II AKA 39/23.
- ² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.
- ³ Interpretacja art. 62 ustawy nie jest jednoznaczna, o czym świadczą przywołane poniżej rozstrzygnięcia sądów: 1) z wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 7.12.2006 r., II AKA 249/06, wynika, że: „przedmiotem czynu polegającego na bezprawnym posiadaniu środków odurzających musi być co najmniej taka ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, która wystarczy przynajmniej na jednorazowe ich użycie przez jedną osobę w celach innych niż medyczne w dawce przyjętej czy uznawanej jako typowa dla danego środka odurzającego lub substancji psychotropowej”; 2) z wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 20.12.2006 r., II AKA 241/06, wynika, że „art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zabrania posiadania środków odurzających bądź substancji psychotropowych, zatem posiadania przynajmniej jednej porcji takiego środka pozwalającej na odurzenie człowieka. Przepis ten nie ma zastosowania do sytuacji powstałej po „posiadaniu środka odurzającego”, a to – jak w tej sprawie – woreczka ze śladowymi ilościami białego proszku. «Ilość śladowa», nikielne resztki, pozostałości po substancji psychotropowej nie spełnia cyt. znamienia posiadania owej substancji”; 3) z wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 13.03.2007 r., II AKA 28/07, wynika, że „kryterium limitującym karalność posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych z całą pewnością nie jest długotrwałość ich dzierżenia”; 4) w wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 23.12.2008 r., II AKA 380/08, czytamy, że „o posiadaniu narkotyku można mówić tylko wtedy, gdy sprawca dysponuje co najmniej jedną działką narkotyku. Tak więc bez wątpienia kryterium tego nie spełnia osad marihuany na szklanej lufce”; 5) z wyroku Sądu Najwyższego z 21.01.2009 r., II KK 197/08 wynika, że „posiadanie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową związane z ich zażywaniem albo z zamiarem niezwłocznego zażycia przez osobę dysponującą nimi, nie jest ich posiadaniem w rozumieniu art. 62 ust. 1 ustawy”; 6) z wyroku Sądu Najwyższego z 16.04.2009 r., IV KK 418/08, wynika, że „środki odurzające lub substancje psychotropowe, o których mowa w art. 62 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii [...], muszą spełniać nie tylko kryterium przynależności grupowej do związków wymienionych w załącznikach do tego aktu prawnego, ale również kryterium ilościowe, pozwalające na co najmniej jednorazowe użycie w celu osiągnięcia efektu odurzenia lub innego, charakterystycznego dla działania substancji psychotropowej”; 7) z postanowienia Sądu Najwyższego z 28.10.2009 r., I KZP 22/09, wynika, że „na podstawie art. 62 ustawy karalny jest każdy wypadek posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej «wbrew przepisom ustawy», a więc w celu dalszej sprzedaży lub udzielenia ich innej osobie, jak i w celu samodzielnego zażycia – czy to za jakiś czas, czy niezwłocznie, jeżeli sprawca posiada środek odurzający lub substancję psychotropową w ilości pozwalającej na co najmniej jednorazowe użycie, w dawce dla nich charakterystycznej, zdolnej wywołać u człowieka inny niż medyczny skutek”.
- ⁴ Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 sierpnia 2017 r., II AKA 168/17.
- ⁵ Zob. wyrok SA w Lublinie z dnia 24 maja 2017 r., II AKA 93/17; wyrok SA w Lublinie z dnia 18 października 2012 r., II AKA 224/12; wyrok SA

w Warszawie z dnia 21 marca 2016 r., II AKA 247/15, LEX nr 2061769, wyrok SA we Wrocławiu z dnia 20 lutego 2008 r., II AKA 10/18; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II AKA 413/11; postanowienie SN z dnia 23 września 2009 r., I KZP 10/09, OSNKW 2009/10/84; wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r., IV KK 127/11).

- ⁶ A. Muszyńska, Problematyka granic odpowiedzialności karnej za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych w praktyce sądowej, Pal. 2010/7–8, s. 119–120.
- ⁷ Jak słusznie zauważa B. Kurzępa, substancje psychoaktywne mają dwojakie działanie: z jednej strony mogą być wykorzystywane – z pozytywnym skutkiem – w medycynie, nauce i przemyśle, z drugiej zaś mają właściwości uzależniające, co rodzi wiele poważnych, a często i dramatycznych problemów natury zdrowotnej, społecznej itp. W celu ustanowienia oraz efektywnego sprawowania kontroli nad nimi, zarówno krajowej, jak i międzynarodowej, dokonano podziału środków odurzających oraz substancji psychotropowych na grupy, kierując się przede wszystkim ich właściwościami uzależniającymi w przypadku stosowania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresem ich zastosowania w celach medycznych (B. Kurzępa w: A. Ważny (red.), Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2019). Dokonany został następujący podział środków odurzających i substancji psychotropowych, które mogą być używane wyłącznie w celach: a) medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań – I-N, II-N, II-P, III-P, IV-P, b) prowadzenia badań – I-P, c) prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt – IV-N. Wytwarzanie, przetwarzanie lub przerabianie, w celu prowadzenia badań naukowych, środków odurzających grup I-N, II-N i IV-N oraz substancji psychotropowych grup I-P, II-P, III-P i IV-P jest dozwolone wyłącznie jednostkom naukowym. Muszą one jednak wcześniej uzyskać zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego (art. 35 ust. 1 i ust. 4 pkt 1 ustawy). Podobne zezwolenie wymagane jest w przypadku stosowania środków odurzających grupy IV-N oraz substancji psychotropowych grupy I-P w celu prowadzenia badań naukowych. Czynności tego rodzaju powinny się mieścić w zakresie działalności statutowej danej jednostki naukowej. Przepis art. 41 ust. 4 ustawy dopuszcza wydawanie z apteki preparatów zawierających środki odurzające grupy II-N lub substancje psychotropowe grup III-P i IV-P na podstawie recept innych niż specjalnie oznakowane recepty lub zapotrzebowania. Preparaty z zawartością środków odurzających grupy III-N mogą być wydawane z apteki bez recepty. Natomiast preparaty z zawartością pozostałych grup środków odurzających i substancji psychotropowych mogą być wydawane z apteki wyłącznie na podstawie specjalnie oznakowanych recept albo zapotrzebowania. Posiadanie w celach medycznych oraz do badań klinicznych preparatów zawierających środki odurzające grup I-N, II-N, III-N i IV-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P jest dopuszczalne po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Takim posiadaczem może być zakład opieki zdrowotnej niemający apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej, zakład leczniczy dla zwierząt, lekarz, lekarz dentyista i lekarz weterynarii, prowadzący praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów. Szczegóły z tym związane określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.10.2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (Dz.U. poz. 1819). Wykonując delegację zawartą w art. 44f ustawy, Minister Zdrowia wydał 17.08.2018 r. rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. W załączniku nr 1 znajduje się wykaz substancji psychotropowych z podziałem na grupy, o których mowa w art. 32 ustawy. W załączniku nr 2 znajduje się wykaz środków odurzających z podziałem na grupy, o których mowa w art. 31 ustawy, oraz ze wskazaniem środków odurzających grupy IV-N dopuszczonych do stosowania w lecznictwie zwierząt zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych umieszczony jest w załączniku nr 3.
- ⁸ Ustawodawca nie zdefiniował tego pojęcia. Sposób rozumienia nieznaczej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych jako przesłanki instytucji uregulowanej w art. 62a ustawy powinno uwzględniać nie tylko kryterium ilościowe odwołujące się do wagi tych substancji, ale również kryterium jakościowe. Przy interpretacji wyrażenia „nieznaczej ilości” nie należy ograniczać się tylko do wagi środków odurzających i substancji psychotropowych, gdyż należy również uwzględnić stężenie zabezpieczonej substancji pozwalające ocenić, ile można z niej zrobić jednorazowych dawek tej substancji. W celu ustalenia znaczenia pojęcia nieznaczej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych należy uwzględnić również – oprócz wymienionych kryteriów ilościowego i jakościowego – kryterium proporcji ilości zabezpieczonych substancji do potrzeb sprawcy. Przykładowo wskazuje się, że chodzi o ilość odpowiadającą

doraźnym potrzebom uzależnionego, tj. 1-2 porcje. W wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29 września 2005 r., III AKa 217/05, sąd orzekł natomiast, że środki odurzające w ilości nie większej niż 5 gramów (...) niewątpliwie można zaliczyć do ilości nieznacznej, skoro ustawodawca w pierwotnej treści załącznika do projektu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wskazał jako ilości nieznaczne do 10 gram marihuany, do 3 gram haszyszu i do 0,25 gram amfetaminy. Sąd Apelacyjny w Poznaniu w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 lutego 2017 r., II AKa 247/16 również uznał za „nieznaczną ilość” kilka gramów. W praktyce to biegły z zakresu fizykochemii poddaje analizie narkotyk i weryfikuje ile „porcji” narkotyków można pozyskać z suszu. Istotne, aby już na tym etapie zweryfikować opinię biegłego – aby ocenić czy w sprawie występuje faktycznie „nieznaczna” ilość narkotyku należy poddać badaniu zawartość THC w suszu – im jest niższa, tym większa ilość suszu będzie potrzebna do jednorazowego zużycia. W opiniach biegłych przeważnie pojawia się konkluzja, że jedna porcja w przypadku suszu konopi wynosi od 0,3 do 1 grama, choć pojawiają się także odmienne opinie.

⁹ A. Ważny (red.), Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2019.

¹⁰ Przez motywację zasługującą na szczególne potępienie rozumie się takie motywy postępowania sprawcy, które w powszechnym rozumieniu są jaskrawo naganne i wywołują silne reakcje repulsywne w społeczeństwie, wymagające silnego napiętnowania (wyr. SA w War-

szawie z 15.2.2013 r., II AKa 367/12, Legalis; wyr. SA w Krakowie z 11.5.2000 r., II AKa 58/00, KZS 2000, Nr 5, poz. 39, s. 23). W orzecznictwie przyjmuje się, że nie musi ona być znamienna, aby wpływać obciążająco przy wymiarze kary za inne przestępstwo. Z uwagi na to, że charakteryzuje ona proces motywacyjny sprawcy i wiąże się ze szczególnym potępieniem w stosunku do jego postępowania ze strony społeczeństwa, wymagane jest w jej przypadku zaostrzenie wymiaru kary (wyr. SA w Krakowie z 8.11.2006 r., II AKa 157/06, KZS 2006, Nr 12, poz. 21; wyr. SA w Warszawie z 15.2.2013 r., II AKa 367/12, Legalis).

¹¹ Kodeks karny. Komentarz, red. Grześkowiak/Wiak 2024, wyd. 8/ Gądzik.

¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - II Wydział Karny z dnia 8 listopada 2022 r., II AKa 492/21.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Wyrok Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie z dnia 5 sierpnia 2019 r. VI Ka 1508/18.

¹⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - II Wydział Karny z dnia 5 maja 2023 r., II AKa 78/23.

¹⁶ <https://www.press.uni.lodz.pl/index.php/wul/catalog/download/947/4706/2615?inline=1>, dostęp z dnia 08.03.2025 r.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ A. Marek [w:] A. Marek (red.), System prawa karnego. Tom 1. Zagadnienia ogólne, Warszawa 2010, s. 13-21.

Zadaniem artykułu jest przybliżenie czytelnikom zestawu standardów jakości w pracy profilaktycznej i terapeutycznej z młodymi użytkownikami narkotyków, poddawanymi oddziaływaniom wymiaru sprawiedliwości. Standardy opracowano w ramach niedawno zrealizowanego projektu pt. „Wymiana wiedzy na temat dobrych praktyk w zakresie profilaktyki narkomanii wśród młodzieży, która weszła w konflikt z prawem” (Exchanging Prevention practices on Polydrug use among youth In Criminal justice systems – EPPIC). W projekcie wzięli udział przedstawiciele Austrii, Danii, Niemiec, Polski, Wielkiej Brytanii oraz Włoch. Standardy zostały opracowane przez zespół z Niemiec: Nielsa Grafa, Babaka Moazena oraz Heino Stövera z Frankfurt University of Applied Sciences, przy udziale wszystkich uczestników projektu, z uwzględnieniem opinii ekspertów krajowych¹.

STANDARDY JAKOŚCI W PROGRAMACH ADRESOWANYCH DO MŁODYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW, KTÓRZY WESZLI W KONFLIKT Z PRAWEM

Agnieszka Pisarska
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Rozwój wiedzy z zakresu przeciwdziałania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych znajduje swoje odzwierciedlenie w kolejnych publikacjach na temat standardów działań profilaktycznych i terapeutycznych. Szczegółowych wskazań dotyczących opracowywania programów profilaktycznych dostarczają „Europejskie standardy jakości w profilaktyce

uzależnień od narkotyków” (EDPQS), przygotowane i upowszechniane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Innym przykładem z tego zakresu są „Międzynarodowe standardy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”, opracowane przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC). Obie publikacje można znaleźć na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) [<https://kcpu.gov.pl/>

profilaktyka-i-edukacja/publikacje-i-edukacja-publiczna/dorosli/].

W Polsce źródłem wiedzy o standardach w profilaktyce jest także System Rekomendacji Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia Psychicznego. Uzyskanie rekomendacji dla programu profilaktycznego wymaga bowiem spełnienia określonych standardów, tj. wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości oraz poszczególnych etapów jego realizacji [<https://programyrekomendowane.pl/>].

W przypadku działań terapeutycznych źródłem wskazań są „Międzynarodowe standardy leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych”, przygotowane przez UNODC i Światową Organizację Zdrowia (WHO). Dostępne jest ponadto polskie opracowanie pt. „Standardy dobrej praktyki w opiece i leczeniu pacjentów uzależnionych od narkotyków w placówkach stacjonarnych”. Publikacje te również znajdują się na stronie KCPU [<https://kcpu.gov.pl/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienia/leczenie-osob-uzaleznionych-od-substancji-psychoaktywnych-oraz-ich-bliskich/poprawa-jakosci-uslug-leczniczych-standardy-akredytacja-i-ewaluacja/>].

Można by więc uznać, że dysponujemy dostatecznymi zasobami wiedzy na temat standardów w profilaktyce i terapii problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, brakuje jednak standardów adresowanych do specyficznych grup użytkowników tych substancji. W odpowiedzi, w ramach projektu badawczego EPPIC, opracowane zostały standardy odnoszące się do młodych ludzi, którzy używają narkotyków, a zarazem weszli w konflikt z prawem [<https://www.eppic-project.eu/wp-content/uploads/2020/01/Handbook-on-Quality-Standards-2.pdf>]. Celem tych standardów jest poprawa oferty profilaktycznej i terapeutycznej dla tej grupy użytkowników substancji psychoaktywnych. Należy tu jednak zaznaczyć, że w projekcie EPPIC profilaktyka nie odnosiła się jedynie do używania narkotyków, ale także do innych problemów, których mogą doświadczać młodzi ludzie na poszczególnych etapach sięgania po te substancje. Definicja profilaktyki obejmowała zatem oddziaływanie z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, zarówno te, adresowane do poszczególnych osób, jak i do środowiska, w którym te osoby funkcjonują, oraz programy redukcji szkód, w tym działania ukierunkowane na zapobieganie problemowym wzorom używania narkotyków.

Charakterystyka standardów w programach adresowanych do młodych użytkowników narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem

I. Pierwszy standard odnosi się do podstaw naukowych oraz ewaluacji programów profilaktycznych i terapeutycznych. Zgodnie z tym standardem należy upowszechniać programy oparte na wiedzy naukowej, dobrych praktykach oraz sprawdzone pod względem skuteczności. Opracowanie programu powinna poprzedzać ocena potrzeb oraz zapoznanie się ze stosowanymi już wcześniej skutecznymi podejściami i/lub metodami profilaktycznymi i terapeutycznymi. Tworzeniu programu powinna zaś towarzyszyć ewaluacja, która pozwoli odpowiedzieć na pytania dotyczące skuteczności oddziaływań. Przy czym definicja skuteczności lub sukcesu może być różna w zależności od tego, kto ustala tę definicję, inna jest bowiem perspektywa ochrony zdrowia, inna opieki społecznej, a inna wymiaru sprawiedliwości. Należy jednak zadbać o uwzględnienie potrzeb oraz celów różnych instytucji i grup zawodowych, a przede wszystkim adresatów programów, czyli użytkowników narkotyków. Może to wymagać pogodzenia sprzecznych celów, zwłaszcza w przypadku wdrażania programów, które nie zakładają dążenia do całkowitej abstynencji.

Oczekiwane rezultaty wdrożenia tego standardu odnoszą się zarówno do młodych użytkowników narkotyków, placówek i instytucji pomocowych, jak i całego społeczeństwa. W przypadku młodych ludzi oczekiwanym rezultatem jest poprawa dostępu do skutecznych programów i ograniczenie ryzyka udziału w nieskutecznych bądź wręcz szkodliwych oddziaływaniach, w przypadku placówek są to oszczędności oraz trwałość uzyskanych efektów, natomiast dla społeczeństwa jest to ograniczenie szkód związanych z używaniem narkotyków oraz przestępczości.

II. Drugi standard dotyczy struktur organizacyjnych oraz mechanizmów zarządzania programami. Zgodnie z tym standardem struktury organizacyjne oraz mechanizmy zarządzania w placówkach przeznaczonych dla użytkowników narkotyków powinny sprzyjać realizacji programów opartych na dowodach naukowych, a także stałemu monitorowaniu prowadzonych oddziaływań pod względem skuteczności i bezpieczeństwa. Wymaga to ustalenia oraz jasnego przedstawienia zainteresowanym tychże struktur i mechanizmów zarządzania, co pozwoli dokumentować działania i sprawdzać ich związek przyczynowo-skutkowy z rezultatami programu. Klarowny zapis przyjętych

rozwiązań jest także pomocny w przypadku konieczności modyfikacji programu, wtedy gdy pojawią się wyniki nowych badań naukowych bądź nastąpią zmiany w systemie opieki lub charakterystyce odbiorców. Utrzymanie standardów jakości prowadzonych programów wymaga takich działań z zakresu organizacji i zarządzania, jak:

- zapewnienie stałego dostępu do usług/programów;
- monitoring ich przebiegu oraz szybkie reagowanie w przypadku obniżenia jakości i/lub naruszania kodeksów zawodowych czy etycznych;
- jasne ustalenie pełnionych ról, zakresu odpowiedzialności i oczekiwań, zarówno wobec osób prowadzących, jak i odbiorców oddziaływań oraz udostępnienie przyjętych ustaleń wszystkim zainteresowanym;
- systematyczne zbieranie danych potrzebnych do oceny skuteczności programu;
- wspieranie profilaktyków, terapeutów i innych profesjonalistów w stałym podnoszeniu umiejętności zawodowych.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia drugiego standardu jest wysoka jakość programów profilaktycznych i terapeutycznych.

III. Trzeci standard odnosi się do kompleksowości diagnozy. Młodzi ludzie, którzy weszli w konflikt z prawem, są szczególnie narażeni na rozwój problemów związanych z używaniem narkotyków, a ponadto doświadczają wielu innych, złożonych i poważnych trudności. Osoby te powinny być więc wszechstronnie diagnozowane. Kompleksowa diagnoza umożliwia określenie stopnia zaawansowania w używanie narkotyków, ale również ustalenie innych potrzeb odbiorców oddziaływań profilaktycznych czy terapeutycznych. Proces diagnostyczny wymaga spełnienia określonych wymogów, należą do nich:

- szacunek – diagnoza oraz stosowane metody diagnostyczne (np. testy przesiewowe czy testy na obecność narkotyków) powinny być prowadzone z poszanowaniem praw młodych ludzi, bez osądzania oraz w zgodzie z deklarowanymi przez nich potrzebami;
- poufność – należy poinformować osoby diagnozowane, kto będzie miał dostęp do ich wyników oraz diagnozy, a także w jaki sposób wykorzystywane będą te dane;
- dobrowolność – udział w badaniach diagnostycznych, a następnie w programie, powinien być dobrowolny i poprzedzony uzyskaniem tzw. świadomej zgody uczestnika;
- jasność (przejrzystość) zasad – reguły prawne dotyczące narkotyków powinny być jasne, tak by nie wpływały negatywnie na gotowość użytkowników do przyznania, że sięgają po te substancje;

- kompleksowość – diagnoza powinna dotyczyć zróżnicowanych potrzeb, w tym potrzeb odnoszących się do: zdrowia psychicznego, fizycznego, seksualnego, edukacji i przygotowania zawodowego, sytuacji mieszkaniowej, opieki socjalnej oraz relacji interpersonalnych.

Oczekiwanym rezultatem upowszechnienia tego standardu jest poprawa dostępności do adekwatnych form wsparcia, które nie tylko sprzyjają ograniczeniu używania narkotyków, ale również skutecznemu radzeniu sobie z innymi problemami, a ponadto poprawie dobrostanu psychicznego i fizycznego użytkowników narkotyków. Warto tu podkreślić, że młodzi użytkownicy narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem to osoby, które wymagają przede wszystkim wsparcia, a nie kar. Tak więc w miejsce postępowania sądowego lub sankcji prawnych należy oferować im oddziaływania profilaktyczne lub terapeutyczne.

IV. Czwarty standard dotyczy wszechstronności oferty profilaktycznej i terapeutycznej. Zgodnie z tym standardem pomoc oferowana młodym użytkownikom narkotyków powinna być wszechstronna, odpowiadać na potrzeby, ale zarazem być ukierunkowana na identyfikację i wzmacnianie mocnych stron i pozytywnej adaptacji. Odbiorcy programów powinni być traktowani jak partnerzy, co oznacza włączanie ich w podejmowanie decyzji dotyczących prowadzonych wobec nich działań, a także wspieranie w samostanowieniu i samodzielnym dbaniu o własne zdrowie oraz dobrostan psychiczny i fizyczny.

Należy pamiętać, że użytkownicy narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem, borykają się z licznymi problemami prawnymi, finansowymi, zdrowotnymi czy rodzinnymi. Przy czym z ich perspektywy używanie narkotyków może nie być najbardziej palącym problemem. Pomoc tym osobom wymaga więc podejścia holistycznego, na które składa się:

- zapewnienie dostępu do opieki i poradnictwa w obszarze zdrowia psychicznego, fizycznego, seksualnego, leczenie w przypadku chorób zakaźnych;
- zapewnienie możliwości dalszej edukacji oraz samorozwoju poprzez udział w sporcie, działalności charytatywnej, praktykach religijnych rozwijających duchowość itp.;
- pomoc w nawiązywaniu i podtrzymywaniu konstruktywnych relacji z innymi, tzn. w budowaniu kapitału społecznego, który pozwoli uniknąć izolacji i wykluczenia, a w dalszej perspektywie sprzyja rozwojowi osobistemu i społecznemu;
- zapewnienie możliwości wyboru konkretnej oferty, w przypadku, gdy młodzi ludzie są zobowiązani przez

wymiar sprawiedliwości do udziału w programie profilaktycznym czy terapeutycznym.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia tego standardu jest wzmocnienie poczucia własnej wartości, pozytywna adaptacja oraz zyskanie przez odbiorców oddziaływań kontroli nad swoim życiem (ang. *empowerment*).

V. Piąty standard nawiązuje do standardu czwartego i dotyczy zapewnienia odpowiedniego pakietu alternatywnych programów. Pomoc młodym osobom, które używają narkotyków i zarazem weszły w konflikt z prawem, może wymagać działań ze strony różnych specjalistów i instytucji. Warunkiem skuteczności podjętych oddziaływań jest ustanowienie partnerskich relacji i współpraca oraz umożliwienie młodemu człowiekowi wyboru innego programu, jeśli ten, który został zaproponowany, okazuje się nieskuteczny lub nieadekwatny do potrzeb.

Autorzy zwracają tu uwagę na standardy przedstawione w dokumencie ONZ pn. „The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners”, nazywane Zasadami Nelsona Mandeli, w których podkreślono konieczność dostosowania oddziaływań do potrzeb odbiorców, w tym przypadku osób przebywających w więzieniach².

W zależności od wzoru używania oraz rodzaju i nasilenia problemów związanych z narkotykami, a także innych problemów doświadczanych przez odbiorców, programy mogą obejmować:

- działania edukacyjne oraz informacyjne (w tym edukację dotyczącą zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych);
- działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej;
- poradnictwo i terapię;
- zapobieganie, diagnozę i leczenie chorób zakaźnych (np. HIV/AIDS, WZW, gruźlica);
- wsparcie praktyczne w rozmaitych aspektach codziennego funkcjonowania.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia tego standardu jest poprawa koordynacji usług oraz poprawa współpracy pomiędzy służbami penitencjarnymi a służbami działającymi w społecznościach lokalnych, a ponadto umożliwienie młodym ludziom wyboru programów najlepiej dostosowanych do ich potrzeb.

VI. Standard szósty odnosi się do ciągłości opieki w ramach oraz pomiędzy różnymi służbami i programami. Pozyskanie i zaangażowanie młodych użytkowników narkotyków w programy profilaktyczne, terapeutyczne czy inne formy pomocy zależy w dużej mierze od koordynacji tych

oddziaływań. Zapewnienie ciągłości opieki w takich obszarach, jak: opieka zdrowotna, edukacja, zatrudnienie, pomoc finansowa, mieszkaniowa, czy inne formy pomocy daje większe szanse na reintegrację społeczną oraz poradzenie sobie z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym trwałe utrzymanie abstynencji. Wymaga to jednak skutecznej koordynacji działań, ponieważ ryzyko „zagubienia się pacjenta” zwiększa się szczególnie w trakcie przechodzenia pomiędzy sektorami, w ramach których działają placówki i instytucje pomocowe. Z tego względu system kierowania pacjentów/klientów do kolejnych placówek w ramach jednego sektora usług oraz między różnymi sektorami powinien być odpowiednio regulowany, warto również rozważyć porozumienia o współpracy pomiędzy różnymi placówkami/sektorami, które zajmują się osobami sięgającymi po narkotyki.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia standardu jest poprawa współpracy pomiędzy różnymi sektorami: ochroną zdrowia, wymiarem sprawiedliwości, opieką społeczną, a tym samym poprawa ciągłości opieki i wsparcia dla młodych użytkowników narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem.

VII. Standard siódmy dotyczy partycypacji użytkowników narkotyków podczas tworzenia i realizacji programów profilaktycznych i terapeutycznych. Istotnym warunkiem powodzenia działań profilaktycznych czy terapeutycznych jest włączanie odbiorców w proces opracowywania i/lub modyfikowania tych oddziaływań. Sposobem angażowania młodych ludzi może być także włączenie ich do programów w roli edukatorów, którzy dzielą się z innymi własnym doświadczeniem, co sprzyja wzmocnieniu ich podmiotowości. Podmiotowe traktowanie ma fundamentalne znaczenie dla młodych użytkowników narkotyków, szczególnie tych, których poddano oddziaływaniom wymiaru sprawiedliwości, ponieważ osoby te bywają nierzadko pozbawione wpływu na decyzje dotyczące ich losów.

Kluczowe metody zwiększania zaangażowania odbiorców oddziaływań to:

- dialog i empatia,
- życzliwość, autentyczność, zaufanie i szacunek,
- zrozumienie młodej osoby oraz jej sytuacji,
- ustalenie jasnych zasad oraz otwarte podejście do celów i uzasadnienia programu,
- aktywny, partycypacyjny styl interakcji pomiędzy osobami udzielającymi pomocy i odbiorcami tej pomocy.

Istotne jest także, na tyle, na ile to możliwe, włączanie do programów rodzin młodych użytkowników narkotyków oraz udzielanie bliskim wsparcia.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia siódmego standardu jest zwiększenie zaangażowania oraz współodpowiedzialności młodych ludzi za podejmowane wobec nich działania profilaktyczne i terapeutyczne.

VIII. Standard ósmy wskazuje na znaczenie przestrzegania zasady równych szans i niedyskryminacji. Zgodnie z tym standardem wszyscy młodzi użytkownicy narkotyków, niezależnie od płci, przynależności etnicznej, orientacji seksualnej czy sytuacji materialnej powinni mieć prawo do korzystania z pomocy. Wiadomo z badań, że z powodu słabszej widoczności społecznej, marginalizacji, stygmatyzacji lub braku rzeczników niektóre grupy młodzieży nie otrzymują potrzebnego wsparcia, dotyczy to szczególnie młodych ludzi, którzy weszli w konflikt z prawem. Co więcej, ze względu na dyskryminację osoby te nie poszukują pomocy, ukrywają używanie narkotyków oraz inne doświadczane problemy i ostatecznie nie otrzymują satysfakcjonujących usług.

Uniwersalne zasady etyczne nakładają na instytucje pomocowe konieczność czuwania, by podejmowane działania nie były dyskryminujące bądź stygmatyzujące, a jednocześnie, aby uwzględniano w nich indywidualną charakterystykę i pochodzenie społeczne czy narodowe odbiorców. To ostatnie może wymagać zatrudnienia tłumaczy bądź przedstawicieli mniejszości, w polskich warunkach osób pochodzących z Ukrainy, ale także innych krajów, których obywatele coraz liczniej osiedlają się w naszym kraju.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia tego standardu jest ograniczenie marginalizacji i stygmatyzacji określonych grup użytkowników substancji psychoaktywnych, w tym młodych ludzi, którzy weszli w konflikt z prawem.

IX. Standard dziewiąty odnosi się do kompetencji i profesjonalizmu realizatorów działań. Zgodnie z tym standardem realizatorzy programów profilaktycznych i terapeutycznych adresowanych do młodych użytkowników narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem, powinni dysponować odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem zawodowym w takich obszarach, jak:

- profilaktyka, w tym rozmaite formy wczesnej interwencji ukierunkowane na przeciwdziałanie rozwojowi problemowego używania substancji psychoaktywnych;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem fizycznym, psychicznym, edukacją, opieką socjalną;

- komunikacja oraz budowanie i podtrzymywanie kontaktów z młodymi ludźmi.

Użytkownicy narkotyków, którzy znaleźli się w obszarze oddziaływań wymiaru sprawiedliwości stanowią szczególne wyzwanie. Z tego powodu, poza wykształceniem i doświadczeniem, niezbędne jest także regularne aktualizowanie wiedzy i kompetencji zawodowych, zgodnie z rozwojem nauki, zmianami w charakterystyce potencjalnych odbiorców oraz zmianami w uwarunkowaniach lokalnych i krajowych, w tym zmianami w regulacjach prawnych.

Oczekiwanym rezultatem wdrożenia tego standardu jest stały rozwój i poprawa kwalifikacji profesjonalistów, a także adekwatna odpowiedź na potrzeby młodych użytkowników narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem.

X. Dziesiąty standard dotyczy przestrzegania przez realizatorów programów profilaktycznych i terapeutycznych zasad etyki oraz kodeksów zawodowych. Oczywiście jest, że kodeksy etyczne, prawne i zawodowe mają służyć jakości pracy profesjonalistów, którzy pomagają innym osobom oraz bezpieczeństwu i dobrostanowi ich pacjentów/klientów. Ze względu na to, że użytkownicy narkotyków, którzy weszli w konflikt z prawem, są szczególnie narażeni na stygmatyzację, dbałość o przestrzeganie zasad etycznych, zawodowych i prawnych ma w ich przypadku wyjątkowe znaczenie. Zgodnie ze standardem dziesiątym profesjonalści powinni znać zasady opisane z odpowiednich kodeksach, ale zasady te powinny być również znane odbiorcom oddziaływań. Należy więc zadbać, by zapisy tych kodeksów były łatwo dostępne.

Wszystkie osoby, które pracują z młodymi użytkownikami narkotyków, powinni:

- chronić prawo pacjentów/klientów do informacji, prywatności, poufności, szacunku;
- unikać dyskryminacji oraz osądzania ich zachowań w kategoriach moralnych.

Poza tym profesjonalści powinni dysponować wiedzą na temat regulacji prawnych odnoszących się do młodych ludzi w konflikcie z prawem.

Oczekiwanym rezultatem upowszechnienia standardu dziesiątego jest udzielanie pomocy młodym użytkownikom narkotyków, którzy weszli w konflikt z wymiarem sprawiedliwości z poszanowaniem ich praw, a zarazem obowiązujących norm prawnych.

Standardy EPPIC w Polsce

Obecnie realizowany jest w naszym kraju projekt, którego celem jest ewaluacja standardów jakości pod kątem przydatności w instytucjach/placówkach przeznaczonych dla użytkowników narkotyków. Elementem tego projektu są spotkania ze specjalistami pracującymi w placówkach profilaktycznych, terapeutycznych oraz wymiaru sprawiedliwości. Podczas tych spotkań dyskutowana jest możliwość wdrożenia standardów, korzyści i bariery z tym związane oraz wskaźniki, na których podstawie można by ocenić stopień realizacji danego standardu.

Projekt finansowany jest ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i zostanie zakończony w grudniu 2025 roku.

Międzynarodowy Projekt EPPIC, realizowany w latach 2017-2020, był finansowany z funduszy Programu Zdrowia Unii Europejskiej (2014–2020).

Realizatorami projektu byli: Niels Graf, Babak Moazen oraz Heino Stöver, Frankfurt University of Applied Sciences (Niemcy); Maria Dich Herold oraz Vibeke Asmussen Frank, Aarhus University (Dania); Franca Beccaria oraz Sara Roldano, Eclectica (Włochy); Jacek Moskalewicz, Katarzyna Dąbrowska oraz Agnieszka Pisarska, IPiN (Polska); Helen Gleeson, Karen Duke, Rachel Herring oraz Betsy Thom, Middlesex University (UK); Günter Stummvoll i Rahel Kahlert, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Austria).

Przypisy

¹ Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems (EPPIC) | www.euda.europa.eu

² https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-E-ebook.pdf

Według deklaracji lekarzy 56% spośród nich rozmawia o spożywaniu alkoholu w ciąży z każdą pacjentką, 22% jedynie w konkretnych przypadkach, a 11% porusza ten temat tylko wtedy, gdy zostaną zapytani o to przez pacjentkę. 10% ginekologów deklaruje, że w ogóle nie prowadzi takich rozmów. Częściej z pacjentkami na temat alkoholu rozmawiają lekarze kobiety (60% w porównaniu z 52% mężczyzn).

ALKOHOL W CZASIE CIĄŻY – TEMAT TABU

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

Wprowadzenie

Epidemiologia czyli „nauka o rozpowszechnieniu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz jako dyscyplina służąca do kontroli problemów zdrowotnych”¹ jest podstawą planowania działań, wydatków oraz oceny skuteczności interwencji w ochronie zdrowia². W tym też w obszarze używania substancji psychoaktywnych, gdzie oceny epidemiologiczne bazują przeważnie na danych samoopisowych³. Jak wiadomo, takie pomiary są obciążone różnymi błędami, wynikającymi m.in. z niedokładnego

przypominania sobie pewnych zdarzeń, braku uwagi lub potrzeby pokazania się w sposób aprobowany społecznie⁴. O ile ryzyko błędów z dwóch pierwszych przyczyny można ograniczyć poprzez odpowiednie sformułowanie pytań⁵, to poradzenie sobie z potrzebą aprobaty społecznej jest znacznie trudniejsze.

Błąd związany z aprobatą społeczną może wynikać m.in. ze stopnia, w jakim temat badania i zadawane pytania odnoszą się do tematów obciążonych wartościami społecznymi, stopnia, w jakim respondent stara się przedstawić siebie w korzystnym świetle, oczekiwań respondentów dotyczących wykorzystania badań i ich indywidualnych

odpowiedzi, tego, na ile respondenci są w stanie odgadnąć, jakie odpowiedzi spodobały się osobie przeprowadzającej wywiad lub sponsorowi projektu⁶. Dlatego podejmowane są różne działania, by zminimalizować wpływ aprobaty społecznej na wynik badania, m.in. postuluje się kontrolę potrzeby aprobaty społecznej respondentów specjalnymi skalami, stosuje technikę „udawania” dodatkowej kontroli prawdziwości odpowiedzi, zbiera informacje z różnych źródeł, wprowadza sztuczny „szum informacyjny” lub podkreśla anonimizację wypowiedzi⁴. Jednak żadna z tych metod nie gwarantuje uzyskania prawdziwych odpowiedzi, zwłaszcza gdy temat badania jest drażliwy i może stawiać respondenta w złym świetle.

Respondenci generalnie mają tendencję do zaniżania własnego spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że badania kwestionariuszowe odzwierciedlają jedynie od 30% do 60% całego spożycia alkoholu rejestrowanego w statystykach sprzedaży⁷. Podobny poziom niedoszacowania (30-60%) jest obserwowany w samoocenach używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w porównaniu do ocen opartych na analizie biomarkera używania danej substancji⁸. Są to szacunki dotyczące zafałszowania wyników albo w ogólnej populacji dorosłych albo wśród młodych dorosłych, czyli w grupach, w których używanie substancji (zwłaszcza legalnych) jest kulturowo znormalizowane i, przynajmniej do pewnego stopnia, usankcjonowane. Jaki jest więc poziom niedoszacowania w przypadku picia alkoholu (lub używania innych substancji) w sytuacji, gdy jest to uznawane za coś zdecydowanie niewłaściwego przez większość społeczeństwa?

Badania pokazują, że około 80% respondentów negatywnie ocenia picie alkoholu przez kobiety w ciąży⁹. Matki dzieci ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) są gorzej oceniane i bardziej odrzucane niż kobiety z poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego, uzależnione od substancji psychoaktywnych lub skazane na karę więzienia¹⁰. Kobiety, które piją alkohol w czasie ciąży, są narażone na jeszcze silniejszą stygmatyzację niż biologiczne matki dzieci z FASD¹¹. Czy w tej sytuacji można oczekiwać, że kobiety,

które w czasie ciąży piły alkohol, szczerze o tym powiedzą w badaniach ankietowych lub w wywiadzie medycznym? Chociaż ogólnopolskie badania ankietowe wskazują, że w ciągu ostatnich 20 lat rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży znacząco zmalało z około 17% w 2005 roku¹² do 5% w 2017 roku¹³ i 7% w 2020 roku¹⁴, wydaje się, że warto to sprawdzić.

Badania Instytutu Matki i Dziecka

Celem badania zrealizowanego w Instytucie Matki i Dziecka (IMiD) była ocena rozpowszechnienia picia alkoholu w czasie ciąży na podstawie trzech źródeł¹⁵:

1. Danych z wywiadu medycznego zbieranego rutynowo przy przyjęciu pacjentki do porodu w klinice ginekologiczno-położniczej IMiD.
2. Danych z ustrukturyzowanego wywiadu kwestionariuszowego prowadzonego z pacjentką po porodzie.
3. Stężenia etyloglukuronidu (EtG) we włosach matki.

Glukuronid etylu (EtG) jest jednym z biomarkerów, czyli obiektywnie mierzalnych biologicznych wskaźników obecności w organizmie metabolitów alkoholu. Biomarkery alkoholowe można wykryć w wielu różnych materiałach pochodzących zarówno od matki, jak i noworodka. EtG ma tę przewagę nad innymi metabolitami, kumuluje się we włosach¹⁶ i dlatego jest używany do oceny zarówno abstynencji, jak i nadmiernego spożycia alkoholu w różnych dziedzinach, od medycyny sądowej po badania medyczne¹⁷. Inne biomarkery obecne np. w śmółce lub krwi pępowinowej dostarczają infor-

Jedynie 18% kobiet uważa, że edukacja na temat spożywania alkoholu w ciąży jest na razie wystarczającym poziomem. Zdaniem 42% raczej nie jest wystarczająca, a 38% ocenia ją zdecydowanie negatywnie. Jako źródła wiedzy na temat FASD kobiety najczęściej wskazują strony internetowe, media społecznościowe i własną intuicję. Informacje od lekarza czerpało 38-41% kobiet, a od położnej – 28-32%.

macje o znacznie krótszych przedziałach czasowych. Biorąc pod uwagę, że włosy rosną średnio około jednego centymetra na miesiąc, analiza obciętego, krótko po porodzie, przy głowie, pasemka włosów matki o długości 9 cm umożliwia ocenę picia alkoholu przez cały czas ciąży¹⁸.

Wyniki kilkunastu badań naukowych prowadzonych w różnych krajach pokazują, że EtG ma bardzo wysoką specyficzność (między 71 a 100%), co oznacza, że

wynik analiz EtG potwierdzający picie alkoholu jest trafny średnio w 87% przypadków, jednak jego czułość jest stosunkowo niska – w zależności od badania od 0 do 97%, z medianą 23%¹⁹. Oznacza to wysokie ryzyko, że analiza EtG nie wykryje umiarkowanego spożycia alkoholu.

Metoda

Badanie objęło losową próbę kobiet, które rodziły w Klinice Położnictwa i Ginekologii IMiD w okresie od czerwca 2022 roku do stycznia 2023 roku.

Standardowy wywiad medyczny przy przyjęciu pacjentki do porodu prowadzony był zgodnie z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej²⁰ i rekomendowanym sposobem zbierania wywiadu na temat ogólnego stanu zdrowia, zawierającym jedno pytanie o „nałogi/użytki”²¹ (papierosy, alkohol, narkotyki).

Po porodzie pacjentki były rekrutowane przez realizatorów projektu przeszkolonych w zakresie komunikacji w duchu dialogu motywującego²². Do udziału były zapraszane panie, których dziecko nie wymagało żadnej pilnej lub specjalnej interwencji medycznej. Wykluczone były pacjentki niepełnoletnie, niemogące udzielić wywiadu z powodu ograniczeń językowych, poznawczych lub złego samopoczucia oraz matki dzieci z chorobą genetyczną. Wszystkie uczestniczki potwierdziły pisemnie świadomą zgodę na udział w projekcie, w tym wywiad i dostarczenie próbki włosów do badania stężenia EtG. Kwestionariusz wywiadu zawierał m.in. test AUDIT-C²³ dotyczący picia alkoholu w okresie trzech miesięcy przed ciążą, podobne trzy pytania dotyczące picia w czasie ciąży oraz pytania oparte na metodzie Timeline Follow-back⁵.

W naszym badaniu stężenie etyloglukuronidu (EtG) we włosach matki mierzono metodą chromatografii gazowej z tandemową spektrometrią mas (GC-MS/MS), zgodnie z protokołem takich badań²⁴. Analizy były prowadzone w laboratorium Istituto Superiore di Sanità (ISS) w Rzymie (Włochy). Zgodnie z międzynarodowymi standardami przyjęto, że stężenie nieprzekraczające 5 pg na mg włosów oznacza abstynencję, wyniki między 5 a 30 pg/mg oznaczają picie okazjonalne/umiarkowane (średnio od 2 do 4 drinków dziennie przez kilka dni w tygodniu) a stężenie równe lub większe niż 30 pg/mg – spożycie w dużych ilościach (przynajmniej 4 drinki dziennie przez kilka dni w tygodniu) w czasie ciąży²⁵.

Charakterystyka próby

Wywiady i próbki włosów zebrano od 150 pacjentek spośród 217 zaproszonych do udziału w badaniu. Kilka pacjentek (n=5) opuściło szpital przed pobraniem próbki włosów, a 62 osoby odmówiły udziału. Najczęstszymi powodami odmowy było złe samopoczucie po porodzie i względy estetyczne (cienkie lub rzadkie włosy).

W badaniu wzięły udział panie w wieku od 21 do 46 lat (średnia wieku 32,7 lat). Większość (74%) miała wykształcenie wyższe i stałą pracę (93%), była zamężna (78%), mieszkała w Warszawie (71%) i oceniała swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą lub bardzo dobrą (79%). Prawie połowa (48%) uczestniczek miała już dzieci. Większość (74%) planowała ciążę i zorientowała się, że jest w ciąży nie później niż w piątym tygodniu ciąży (75%). Ginekolodzy odnotowali powikłania w 43% ciąż – najczęściej niedokrwistość, cukrzycę ciążową, niewydolność szyjki macicy lub krwawienie. Przedwcześnie (przed 37. tygodniem ciąży) urodziło się 9% dzieci. Urodzeniowa masa ciała była zbyt mała w stosunku do wieku (poniżej 10 centyla) u 9%, a zbyt mały obwód głowy (poniżej 3 centyla) miało 3% noworodków. U jednej trzeciej (32%) dzieci wystąpiły problemy zdrowotne, w tym poważne i/lub trwałe zaburzenia (np. spodziectwo, zespół zaburzeń oddechowych, problemy z sercem, słuchem lub nerkami) u 18%.

Wyniki

Standardowy wywiad medyczny nie wykazał żadnego przypadku spożywania alkoholu w czasie ciąży (ryc. 1). Co piąta (20%) uczestniczka w teście AUDIT-C dotyczącym picia alkoholu w ciągu 3 miesięcy przed ciążą uzyskała wynik 4 lub więcej punktów, co wskazuje na ryzykowne spożywanie alkoholu. Picie alkoholu w okresie między zapłodnieniem a dowiedzeniem się o ciąży potwierdziło 32% kobiet, a świadome picie w czasie ciąży 3%. Analiza stężenia etyloglukuronidu we włosach matki wykazała, że 50% piło alkohol w czasie ciąży, w tym 10% – w znacznych ilościach (stężenie EtG >30 pg/mg).

Porównania między grupami kobiet zróżnicowanymi pod względem stężenia EtG we włosach nie wykazały istotnych statystycznie różnic pod względem cech społeczno-demograficznych i przebiegu ciąży. Nie stwierdzono też statystycznie istotnego związku stężenia EtG z podawanymi w wywiadzie informacjami na temat picia alkoholu w ciąży lub przed ciążą.

Jedyna istotna statystycznie różnica między grupami dotyczyła masy urodzeniowej dzieci. Ryzyko niskiej masy urodzeniowej było sześciokrotnie większe w przypadku noworodków, których matki piły alkohol w czasie ciąży, niż wśród dzieci, których matki miały stężenie EtG poniżej 5 pg/mg, co wskazuje na abstynencję w czasie ciąży (iloraz szans = 6,008, $p=0,023$). Należy podkreślić, że niska masa urodzeniowa może być najwcześniejszym obserwowalnym objawem FASD²⁶.

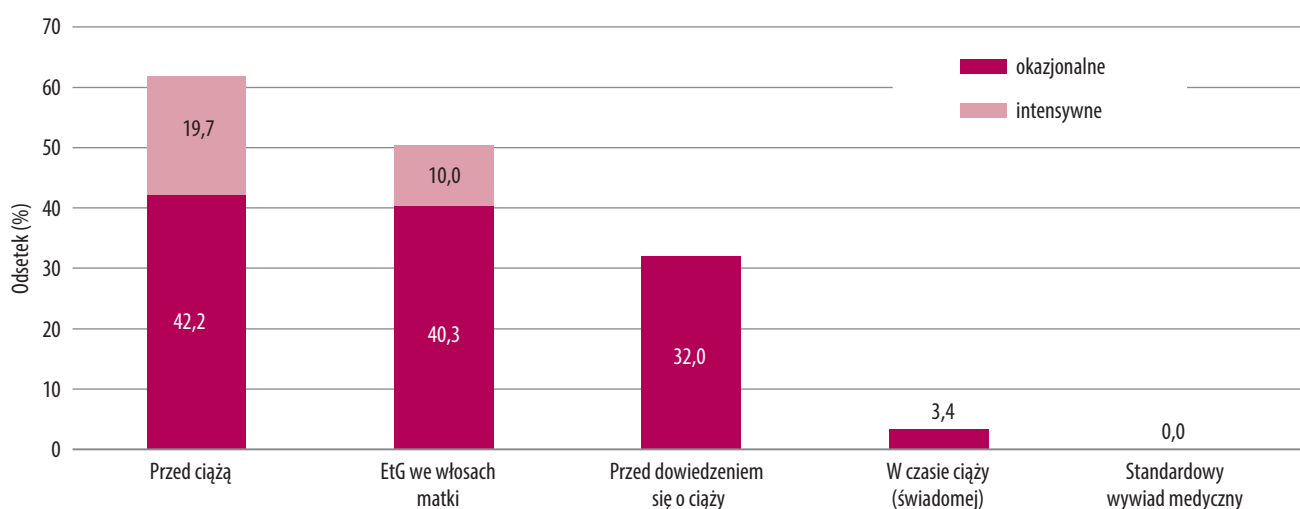
Dyskusja i wnioski

Wyniki badania opartego na obiektywnie mierzalnym wskaźniku spożycia alkoholu (EtG we włosach matki) wskazują na znacznie wyższe niż można by oczekiwać na podstawie badań kwestionariuszowych rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży. Ponieważ podobne były wyniki badań w innych krajach²⁷, nie jest to wynik zaskakujący. Bardziej zaskakujący jest brak statystycznie istotnego związku między zgłaszanym piciem alkoholu po poczęciu, ale przed dowiedzeniem się o ciąży (zadeklarowanym przez 32% uczestniczek) a stężeniem EtG w pierwszym trymestrze. Można przypuszczać, że picie alkoholu zgłaszały głównie kobiety, które piły alkohol w tak małych ilościach, że stężenie EtG pozostawało < 5 pg/mg, podczas gdy kobiety, które piły więcej, miały tendencję do ukrywania tego faktu. Wskazywałoby to na świadomość negatywnych postaw społecznych wobec picia alkoholu w czasie ciąży i obawę, że ujawnienie picia alkoholu może prowadzić do nieprzyjemności, np. ze strony personelu medycznego.

Wyniki naszego badania sugerują, że w Polsce rzeczywiste rozpowszechnienie picia alkoholu w czasie ciąży, wbrew przytoczonym we wstępie wynikom badań kwestionariuszowych, nie zmniejsza się na przestrzeni lat. Maleje natomiast gotowość jego ujawniania. Jest to prawdopodobnie efekt prowadzonej w Polsce edukacji publicznej, która podnosi poziom wiedzy²⁸, co jednak nie przekłada się na zmianę zachowań²⁹. Dlatego konieczne jest rozważenie innych sposobów zapobiegania PAE, aby kobiety nie tylko uzyskały informacje, ale także zmieniły swoje postawy i zachowania. Szczególnie obiecujące jest podejście oparte na wywiadzie motywującym, którego celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu i zwiększenie skuteczności antykoncepcji³⁰.

Kolejnym ważnym wnioskiem z przeprowadzonych badań jest to, że standardowy wywiad medyczny prowadzony w czasie ciąży zgodnie z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej^{15,16}, nie daje większych szans na rozpoznanie prenatalnej ekspozycji na alkohol (w naszym badaniu żadna z pacjentek nie potwierdziła w nim picia alkoholu). W efekcie, lekarze ginekolodzy, położnicy, pielęgniarki i położne nie mają świadomości, jaka jest rzeczywista skala problemu. Istnieje pilna potrzeba usprawnienia systemu opieki perinatalnej tak, by pracujący w nim specjaliści lepiej rozpoznawali ryzyko prenatalnej ekspozycji na alkohol i skutecznie działali, by je ograniczyć. Konieczna jest nie tylko zmiana procedur, rozwój wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki FASD, ale również wzmocnienie motywacji lekarzy, pielęgniarek i położnych do podejmowania tematu picia alkoholu w rozmowach z kobietami w wieku rozrodczym.

Ryc. 1. Rozpowszechnienie picia alkoholu wśród uczestniczek badania według danych samoopisowych i analizy EtG.



Według deklaracji samych lekarzy 56% spośród nich rozmawia o spożywaniu alkoholu w ciąży z każdą pacjentką, 22% jedynie w konkretnych przypadkach, a 11% porusza ten temat tylko wtedy, gdy zostaną zapytani o to przez pacjentkę. 10% ginekologów deklaruje, że w ogóle nie prowadzi takich rozmów. Częściej z pacjentkami na temat alkoholu rozmawiają lekarze kobiety (60% w porównaniu z 52% mężczyzn), lekarze z dłuższym stażem (>15 lat; 58% w stosunku do 54% i 48% w grupach o stażu 5–15 lat i <5 lat) i praktykujący w większych miastach (63% wskazań w tej grupie)³¹. Tymczasem zaledwie 35% kobiet odpowiadających na podobne pytania twierdzi, że lekarz/ginekolog w czasie wizyt nie poruszał tematu alkoholu, a jeżeli już ten temat się pojawił, to tylko część lekarzy (59% z tych, którzy o tym rozmawiali z pacjentką) zalecało niespożywanie alkoholu w czasie ciąży¹³. Kolejne badania pokazują, że jedynie 18% kobiet uważa, że edukacja na temat spożywania alkoholu w ciąży jest na raczej wystarczającym poziomie. Zdaniem 42% raczej nie jest wystarczająca, a 38% ocenia ją zdecydowanie negatywnie³². Jako źródła wiedzy na temat FASD kobiety najczęściej wskazują strony internetowe, media społecznościowe i własną intuicję. Informacje od lekarza czerpało 38–41% kobiet, a od położnej – 28–32%^{31, 33}.

Pewnym wskaźnikiem niskiej motywacji polskich lekarzy i pielęgniarek do zajmowania się profilaktyką FASD są doświadczenia projektu FAR SEAS, w którym do współpracy nie udało się zaangażować ani jednego lekarza i tylko jedną pielęgniarkę i jedną położną³⁴. Opisane w literaturze przedmiotu przyczyny oporu środowiska medycznego wynikają głównie z obawy przed negatywną reakcją pacjentki na poruszanie tematu alkoholu przez lekarza w czasie wizyty ciążowej, a także niepewności lekarzy i pielęgniarek co do dalszego postępowania, jeśli się okaże, że pacjentka pije alkohol w czasie ciąży³⁵. Dokładne rozpoznanie tych i innych czynników utrudniających prowadzenie screeningów i krótkich interwencji przez specjalistów opieki perinatalnej w Polsce jest konieczne, by zaplanować skuteczną strategię ich upowszechniania.

Doświadczenia brytyjskie wskazują, że rozwój umiejętności i wzmocnienie wsparcia ze strony kolegów i szerszego systemu położniczego może znacząco pomóc położnym w monitorowaniu picia alkoholu i edukacji na temat FASD podczas każdej wizyty przedporodowej³⁶. Kluczowe jest przy tym nawiązanie dobrej komunikacji między lekarzem/położną a pacjentką, w której ich wzajemna relacja oparta będzie na poszanowaniu, wsparciu i obustronnym zaufaniu³⁷. W Australii prowadzone na szeroką skalę szkolenia

i ułatwienia systemowe w monitorowaniu picia alkoholu przez pacjentki w czasie ciąży zaowocowały powszechnym prowadzeniem tego typu wywiadu (przez ponad 90% położnych), w większości z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi³⁸. Te dane pokazują, jak dalece można usprawnić system i zachęcić lekarzy i pielęgniarki/położne do profilaktyki FASD.

Kolejną kwestią wymagającą rozważenia, jest obecny sposób komunikacji na temat ryzyka związanego z piciem alkoholu w czasie ciąży. Dominujący przekaz, że „każda ilość alkoholu może zaszkodzić dziecku” lub zalecenie „zero alkoholu w czasie ciąży” – sprzyja stygmatyzacji kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży i etykietowaniu ich jako „złe” lub „nieodpowiedzialne”³⁹. Taka koncentracja na całkowitej abstynencji utrudnia kobietom zadawanie specjalistom konkretnych pytań na temat alkoholu w czasie ciąży. Może być też przez nie odbierana jako wyraz braku poszanowania dla ich autonomii i zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji⁴⁰. O ile więc sama idea niepicia alkoholu w czasie ciąży nie podlega dyskusji i powinna być zdecydowanie propagowana, to sposób jej formułowania powinien być może nieco zmodyfikowany. Warto podkreślić ryzyko dla zdrowia dziecka, jakie niesie ze sobą picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży i zachęcić kobiety, by tego ryzyka nie podejmowały. Jednak bez moralizowania i stygmatyzowania.

Przypisy

- 1 Last J. M. (1995), A dictionary of epidemiology. Wyd. 3, Oxford, Oxford University Press.
- 2 Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. (2002), Podstawy epidemiologii (Basic epidemiology, World Health Organization 1993) Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.
- 3 Murphy D.A., Hser Y.I., Huang D., Brecht M.L., Herbeck D.M., Self-report of Longitudinal Substance Use: A Comparison of the UCLA Natural History Interview and the Addiction Severity Index. J Drug Issues. 2010 Mar;40(2):495-516. doi: 10.1177/002204261004000210. PMID: 21212856; PMCID: PMC3013623.
- 4 Vergés A. On the Desirability of Social Desirability Measures in Substance Use Research. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2022 83:4, 582-587 <https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.582>
- 5 Sobell L.C. & Sobell M.B. (1992), Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In J. P. Allen & Litten R. Z. (red.), Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods (pp.41–72). Totowa, NJ: Humana Press.
- 6 Timothy R. Graeff, Response Bias, Editor(s): Kimberly Kempf-Leonard, Encyclopedia of Social Measurement, Elsevier, 2005, Pages 411–418, <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00037-2>.
- 7 Moskalewicz J., Room R. & Thom B. (red) (2016), Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. <http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Pages/details.aspx?itemId=36>
- 8 Steinhoff A., Shanahan L., Bechtiger L. et al (2023), When substance use is underreported: Comparing self-reports and hair toxicology in an urban cohort of young adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.011>

- ⁹ Peadon E., Payne J., Henley N., D'Antoine H., Bartu A., O'Leary C., Ava E., Elliott E. (2010), Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: A national survey. *BMC public health*. 10. 510. 10.1186/1471-2458-10-510.
- ¹⁰ Corrigan P.W., Lara J.L., Shah B.B., Mitchell K.T., Simmes D. and Jones K.L. (2017), The Public Stigma of Birth Mothers of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 41: 1166-1173. <https://doi.org/10.1111/acer.13381>
- ¹¹ Corrigan P.W., Shah B.B., Lara J.L., Mitchell K.T., Simmes D., Jones K.L. Addressing the public health concerns of fetal alcohol spectrum disorder: Impact of stigma and health literacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 185 (2018), pp. 266-270, 10.1016/j.drugalcdep.2017.12.027
- ¹² PARPA (2008). Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008, http://www.parpa.pl/download/wyniki%20badania%20wzory%20konsumpcji%202008_%2020metody_poprMFdoc.pdf
- ¹³ Główny Inspektor Sanitarny (2017) Raport Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży http://plock.psse.waw.pl/files/wsse/PSSE/PSSE_Plock/Oswiata/Profilaktyczny%20program%20w%20zakresie%20przeciwdziałania%20uzależnieniu%20od%20alkoholu,%20tytoniu%20i%20innych%20środków%20psychoaktywnych/Raport%20z%20badania%20pt%20zachowania%20zdrowotne%20kobiet%20w%20ciąży.pdf
- ¹⁴ Rowicka M., Postek S., Zin-Sędek M. (2021), Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r. PARPA.
- ¹⁵ Okulicz-Kozaryn K., Marchei E., Helwich E., Rutkowska M., Maciejewski T.M., Gumuła P., Januszaniec-Piotrowska A., Bójkó M., Radiukiewicz K., Dzielska A., Pichini S., The Prevalence and Changes in Alcohol Consumption across Three Trimesters of Pregnancy Assessed by Ethyl Glucuronide Concentration in Maternal Hair and Self-Reports: A Cross-Sectional Study. *Eur Addict Res*. 2024 Nov 21:1-12. doi: 10.1159/000542474. Epub ahead of print. PMID: 39571549.
- ¹⁶ Montag A.C., Fetal alcohol-spectrum disorders: Identifying at-risk mothers. *International Journal of Women's Health*. 2016; 8: e311-e323.
- ¹⁷ Biondi A., Freni F., Carelli C., Moretti M., Morini L., Ethyl glucuronide hair testing: A review. *Forensic Sci Int*. 2019; 300: e106-e119.
- ¹⁸ Marchei E., Gomez-Ruiz L.M., Acosta-López A., Ramos-Gutiérrez R.Y., Varela-Busaka M.B., Lombroni C., Andreu-Fernandez V., Pichini S., Garcia-Algar O., Assessment of alcohol consumption in mexican pregnant women by hair testing of ethyl glucuronide. *Alcohol*. 2023;111: 59-65.
- ¹⁹ Kable J.A., Jones K.L., Identifying Prenatal Alcohol Exposure and Children Affected by It: A Review of Biomarkers and Screening Tools. *Alcohol Res*. 2023 May 25;43(1):03. doi: 10.35946/arcr.v43.1.03. PMID: 37260694; PMCID: PMC10229137.
- ²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz.U. 2018 poz. 1756. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>
- ²¹ Bień A., Iwanowicz-Palus G., Wdowiak A. (red.), Badanie fizykalne w praktyce położnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023; Iwanowicz-Palus G., Bień A. (red.), Edukacja przedporodowa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2020; Iwanowicz-Palus G., Bień A. (red.) (2022), Techniki położnicze i prowadzenie porodu. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa.
- ²² Miller W.R., Rollnick S. (2014), Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- ²³ Bradley K.A., DeBenedetti A.F., Volk R.J., Williams E.C., Frank D., Kivlahan D.R., AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208-17.
- ²⁴ Vignali C., Ortu S., Stramesi C., Freni F., Moretti M., Tajana L., Osculati A.M.M., Groppi A., Morini L., Variability on ethyl glucuronide concentrations in hair depending on sample pretreatment, using a new developed GC-MS/MS method. *J Pharm Biomed Anal*. 2018;159:18-22.
- ²⁵ SoHT. (2019). Consensus for the use of alcohol markers in hair for supporting the assessment of abstinence and chronic alcohol consumption. Available on: https://www.soht.org/images/pdf/Alcohol%20consensus_final_aug19.pdf
- ²⁶ Okulicz-Kozaryn K., Szymańska K., Maryniak A., Dyląg K., Śmigiel R., Helwich E., Domin A., Borkowska M. (2020), Rozpoznawanie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, https://www.ciazaбезalkoholu.pl/images/Rozpoznawanie_FASD_Pediatrica_2020_FASD.pdf
- ²⁷ Corrales-Gutierrez I., Gomez-Baya D., Leon-Larios F., Medero-Canela R., Marchei E., Mendoza-Berjano R., Garcia-Algar O., Alcohol Consumption Assessed by a Biomarker and Self-Reported Drinking in a Sample of Pregnant Women in the South of Europe: A Comparative Study. *Toxics* 2023, 11, 930. <https://doi.org/10.3390/toxics11110930>; Gomez-Roig M.D., Marchei E., Sabra S., Busardó F.P., Mastrobattista L., Pichini S., Gratacós E., Garcia-Algar O. Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. *Alcohol*. 2018; 67: 1-6; Chiandetti A., Hernandez G., Mercadal-Hally M., Alvarez A., Andreu-Fernandez V., Navarro-Tapia E., Bastons-Compta A., Garcia-Algar O., Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. *Reprod Health*. 2017; 14: 137; McNamara T.K., Orav E.Y., Wilkins-Haug L., Chang G. Risk during pregnancy—Self-report versus medical record. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 1981-5; Hughes S.C., Chambers C.D., Kassem N., Wahlgren D.R., Larson S., Riley E.P., Hovell M.F. Inconsistent Report of Pre-Pregnancy-Recognition Alcohol Use by Latinas. *Matern Child Health J*; 2009; 13: 857-64.
- ²⁸ Piotrkowicz E., Kowalik I., Szymusik I., The Changes in the Level of Knowledge about the Effects of Alcohol Use during Pregnancy among Three Last Generations of Women in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20: 2479.
- ²⁹ Okulicz-Kozaryn K. Is Public Health Response to the Phenomenon of Alcohol Use during Pregnancy Adequate to the Polish Women's Needs? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 9;19(8):4552. doi: 10.3390/ijerph19084552. PMID: 35457420; PMCID: PMC9025347.
- ³⁰ Ingersoll K.S., Ceperich SD, Nettleman MD, Karanda K, Brocksen S, Johnson BA. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat*. (2005) 29:173-80; Ceperich SD, Ingersoll KS. Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *J Behav Med*. (2011) 34:381-95. doi: 10.1007/s10865-010-9308-2; Okulicz-Kozaryn K., Segura-García L., Bruguera C., Braddick F., Zin-Sędek M., Gandin C., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., Ghirini S., Colom J., Matrai S., Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry*. 2023 Sep 15;14:1243904. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1243904. PMID: 37779625; PMCID: PMC10540837; Bruguera C., Segura-García L., Okulicz-Kozaryn K. et al., Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: the FAR SEAS guidelines. *BMC Pregnancy Childbirth* 24, 246 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06452-9>.
- ³¹ <https://www.mp.pl/ginekologia/aktualnosci/203433,czy-lekarze-rozmawiaja-o-alkoholu-z-pacjentkami-w-ciazy>
- ³² <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/09/KPCU-02.pdf>
- ³³ <http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/lautenbach-1.pdf>
- ³⁴ Okulicz-Kozaryn K., Segura-García L., Bruguera C., Braddick F., Zin-Sędek M., Gandin C., Słodownik-Przybyłek L., Scafato E., Ghirini S., Colom J., Matrai S., Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry*. 2023 Sep 15;14:1243904. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1243904. PMID: 37779625; PMCID: PMC10540837
- ³⁵ Brygger Venø L., Pedersen L.B., Søndergaard J., Ertmann R.K., Jarbøl D.E., Challenges in the cross-sectoral collaboration on vulnerable pregnant women: a qualitative study among Danish general practitioners. *BMC Prim Care*. (2022) 23:187. doi: 10.1186/s12875-022-01773-0.
- ³⁶ Smith L.A., Dyson J., Watson J., Schölin L., Barriers and enablers of implementation of alcohol guidelines with pregnant women: a cross-sectional survey among UK midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Feb 15;21(1):134. doi: 10.1186/s12884-021-03583-1. PMID: 33588774; PMCID: PMC7885406.
- ³⁷ Reid N., Gamble J., Creedy D.K., Finlay-Jones A. (2019), Benefits of caseload midwifery to prevent fetal alcohol spectrum disorder: a discussion paper. *Women Birth* 32: 3-5.
- ³⁸ Payne J.M., Watkins R.E., Jones H.M. et al., Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 377 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0377-z>
- ³⁹ Binder A., Kilian C., Hanke S., Banabak M., Berkenhoff C., Petersen K., Batra A., Stigma and self-stigma among women within the context of the German "zero alcohol during pregnancy" recommendation: A qualitative analysis of online forums and blogs, *International Journal of Drug Policy*, Volume 124, 2024, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104331>.
- ⁴⁰ Gavaghan C. "You can't handle the truth"; medical paternalism and prenatal alcohol use *Journal of Medical Ethics* 2009;35:300-303.

Wśród substancji psychoaktywnych innych niż alkohol lub nikotyna używanych przez młodzież – prym wiedzie marihuana i haszysz. Chociaż to najbardziej rozpowszechnione wśród młodzieży szkolnej substancje nielegalne, to jednak w ostatnich latach można zaobserwować pozytywne trendy. Spadają wskaźniki ich używania, zmniejsza się dostępność, rzadziej deklarowane są propozycje otrzymywane od innych osób sięgnięcia po te substancje, odwróceniu uległa tendencja do bagatelizowania ryzyka związanego z ich używaniem.

NARKOTYKI A MŁODZIEŻ. CZEGO DOWIADUJEMY SIĘ Z NAJNOWSZEJ EDYCJI ESPAD 2024

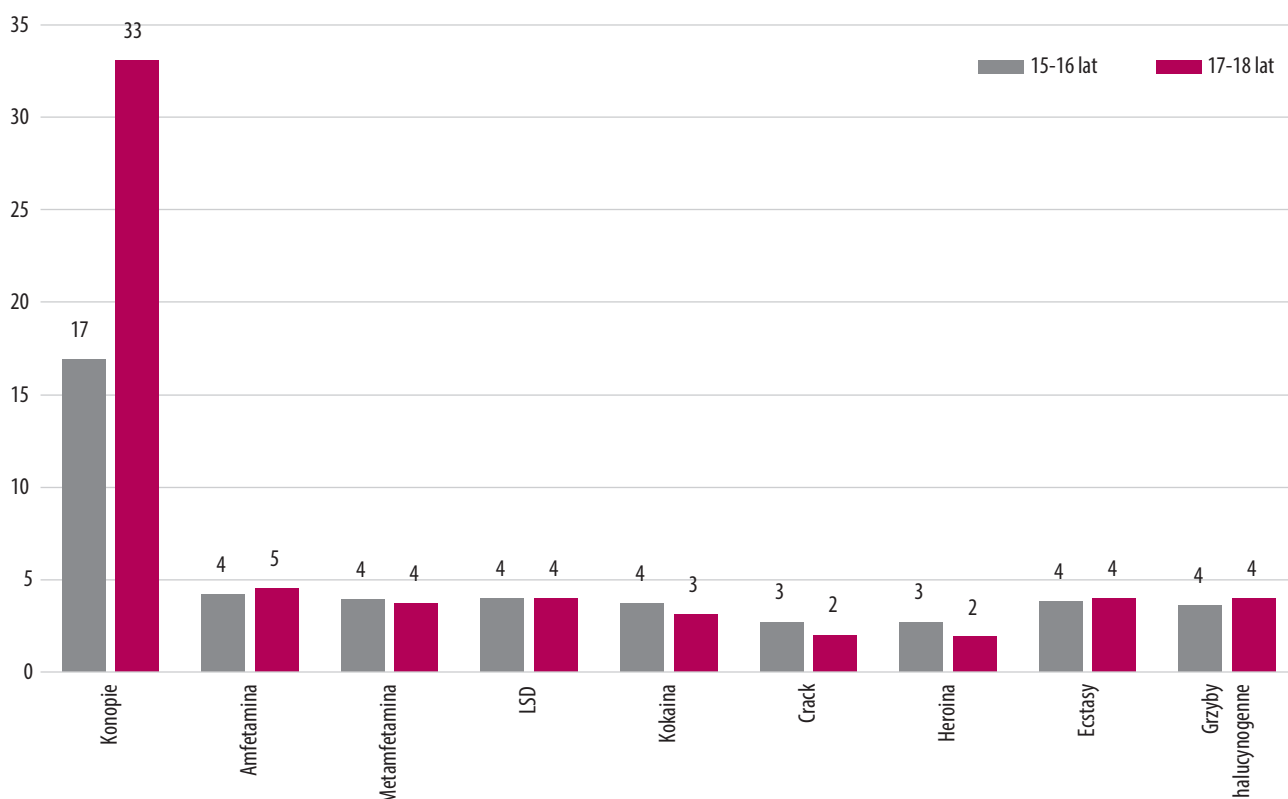
Janusz Sierosławski
Pracownia Badań i Inicjatyw Społecznych

Wprowadzenie

W poprzednim numerze Serwisu Informacyjnego Uzależnienia można było zapoznać się z aktualnymi trendami w używaniu alkoholu przez młodzież szkolną na podstawie wyników badań ESPAD, realizowanych w cyklu czteroletnim w latach 1995–2024. Tam też można znaleźć

podstawowe informacje na temat tych badań. W tym artykule prześledzimy trendy w zakresie problematyki nielegalnych substancji psychoaktywnych, poczynając od wskaźników rozpowszechnienia ich używania przez oceny dostępności do wskaźników czynników znajdujących się po stronie popytu na te substancje.

Wykres 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat, którzy używali wybranych substancji nielegalnych w 2024 roku.



Rozpowszechnienie używania substancji nielegalnych

Do szerokiej grupy innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych należą takie substancje legalne, jak leki przeciwbólowe i nasenne czy substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót są czynami zabronionymi przez prawo. W języku publicystyki substancje te często nazywane są narkotykami.

Na wykresie 1 zestawiono dane na temat rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych chociaż raz kiedykolwiek w życiu.

W obu kohortach na czele, pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania, znajdują się marihuana i haszysz (pierwszoklasiści 17%, trzecioklasiści 33%). Zarówno w starszej grupie, jak i młodszej odsetek sięgających po każdy z pozostałych środków jest znacznie niższy i nie osiąga nawet poziomu 5%. Warto zauważyć, iż inaczej niż w przypadku przetworów konopi wyniki dla trzecioklasistów nie odbiegają znacząco od wyników uzyskanych w młodszej kohorcie.

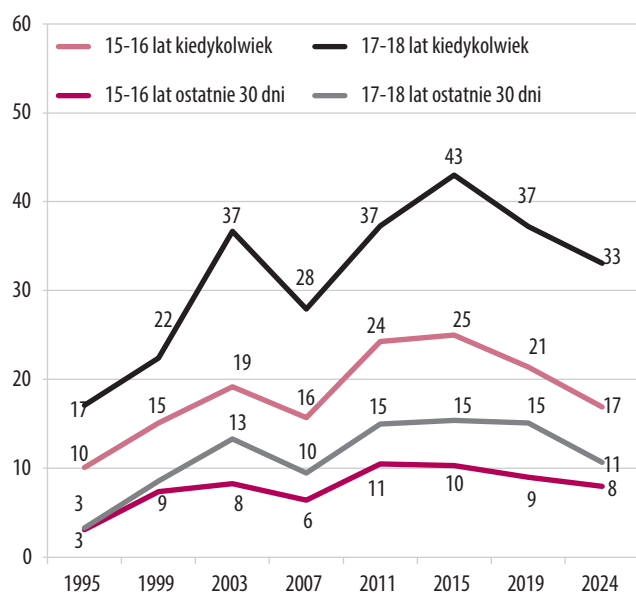
Należy także zwrócić uwagę na bardzo niskie, oscylujące wokół 2-3%, rozpowszechnienie eksperymentowania z narkotykami w zastrzykach. Szczególny niepokój powinny budzić natomiast dość znaczne odsetki młodzieży sięgającej po alkohol w połączeniu z lekami

(7,5% w młodszej kohorcie i 10,9% w starszej) oraz jeszcze większe z przetworami konopi używanymi łącznie z alkoholem (9,1% w młodszej kohorcie i 19,1% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko szkód zdrowotnych wzmacniane przez efekt możliwej interakcji między substancjami.

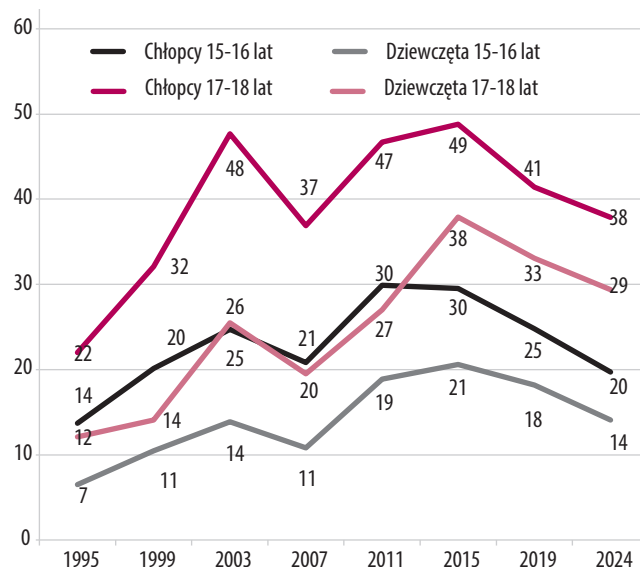
Analiza trendów rozpowszechnienia eksperymentowania z różnymi substancjami z lat 1995–2024 uzasadniona jest przede wszystkim w odniesieniu do substancji najczęściej używanej w naszym kraju, czyli marihuany lub haszyszu (wykres 2).

W latach 1995–2003 mieliśmy do czynienia z wyraźnym trendem wzrostowym odsetka uczniów, których udziałem stały się doświadczenia z przetworami konopi. W młodszej grupie wzrost między 1999 a 2003 rokiem był trochę mniejszy niż w poprzednim czterolecu, chociaż osłabienie tempa wzrostu nie jest zbyt duże. W starszej grupie odsetki uczniów, którzy chociaż raz używali przetworów konopi wzrosły wyraźnie w latach 1999–2003 niż w latach 1995–1999; mieliśmy tu zatem do czynienia z nasileniem trendu wzrostowego. Zmiany w rozpowszechnieniu eksperymentowania z marihuaną i haszyszem w młodszej i starszej grupie wykazywały zatem odmienne tendencje. W 2007 roku nastąpił znaczny spadek osób eksperymentujących z przetworami konopi, zarówno w młodszej grupie, jak i wśród uczniów ze starszej kohorty. W 2011 roku w obu grupach nastąpił

Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat oraz 17-18 lat, którzy używali marihuany lub haszyszu.



Wykres 3. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy kiedykolwiek w życiu używali marihuany lub haszyszu (wg płci).



wzrost i to do nie notowanego dotychczas poziomu, w 2015 roku natomiast – w młodszej grupie obserwujemy zahamowanie tego wzrostu, zaś w starszej jego kontynuację. W 2019 roku w obu kohortach odnotować trzeba wyraźny spadek kontynuowany w 2024 roku.

Drugi wskaźnik zobrazowany na wykresie, czyli używanie w czasie ostatnich 30 dni, układa się w podobne trendy jak używanie kiedykolwiek w życiu. Skala zmienności jest tu mniejsza ze względu na znacznie niższe odsetki badanych, którzy sięgali po przetwory konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Rozpowszechnienie sięgania po amfetaminę, chociaż raz kiedykolwiek w życiu, po wzroście w obu badanych grupach w latach 1995–1999, w młodszej grupie spadało do 2007 roku, zaś w starszej w 2003 roku wzrosło, osiągając swoje maksimum. W 2007 roku w starszej grupie notujemy spadek i stabilizację do 2015 roku. W 2019 roku odnotować trzeba lekki spadek i w roku 2024 – stabilizację. W młodszej grupie natomiast obserwujemy stabilizację trwającą do 2024 roku.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z ecstazy wzrosło w latach 1995–1999 zarówno wśród młodszych uczniów, jak i starszych. W następnym czteroleciu w młodszej grupie ustabilizowało się, a w starszej nadal rosło. W kolejnych latach w obu kohortach możemy mówić o stabilizacji.

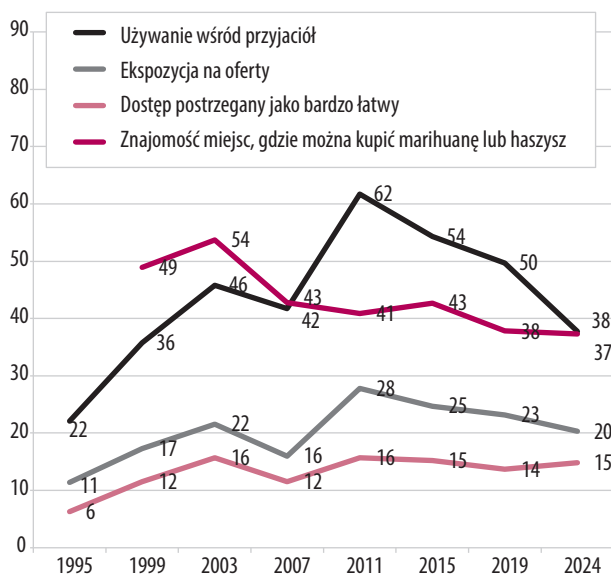
Rozpowszechnienie eksperymentowania z kokainą w każdej z kohort inicjalnie w 1995 roku lokowało

się na bardzo niskim poziomie, nie osiągając nawet wartości 1%. W kolejnych latach wykazywało słaby trend wzrostowy, osiągając swoje maksimum w 2015 roku. Wyniki z 2019 i 2024 roku świadczą o stabilizacji. Podobne trendy obserwujemy w przypadku LSD lub innych halucynogenów.

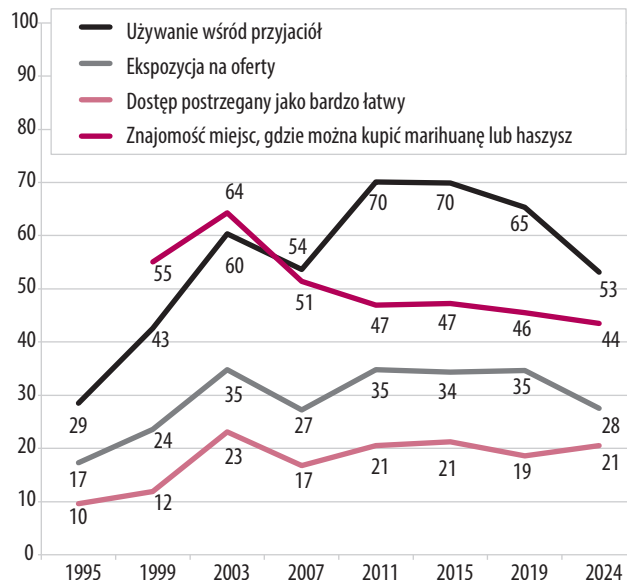
Rozpowszechnienie używania przetworów konopi różnicowane jest przez płeć badanych. Dzieje się tak zarówno w młodszej, jak i w starszej kohorcie. Na wykresie 3 prześledzić można dynamikę wskaźnika używania chociaż raz kiedykolwiek w życiu marihuany lub haszyszu przez chłopców i przez dziewczęta z każdej z kohort. Chłopcy częściej deklarują próby używania praktycznie wszystkich substancji poza lekami uspokajającymi i nasennymi. Eksperymentowanie z lekami uspokajającymi i nasennymi znacząco bardziej rozpowszechnione jest wśród dziewcząt. Także próby łączenia alkoholu z tabletkami spotyka się częściej wśród dziewcząt niż wśród chłopców.

Zróznicowanie zmian w rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń wśród chłopców i dziewcząt nie układa się w stały czytelny trend, chociaż tu również możemy zaobserwować zmniejszenie się nadwyżki chłopców nad dziewczętami w stosunku do 1995 roku. Daleko jednak jeszcze do zrównania się rozpowszechnienia wśród chłopców i dziewcząt. Niemniej jednak w przypadku eksperymentowania z przetworami konopi w starszej kohorcie za niemal

Wykres 4. Wskaźniki dostępności marihuany lub haszyszu – młodzież w wieku 15-16 lat (odsetki badanych).



Wykres 5. Wskaźniki dostępności marihuany lub haszyszu – młodzież w wieku 17-18 lat (odsetki badanych).



cały wzrost między 2011 i 2015 rokiem odpowiadają dziewczęta. Zarówno w 2019 roku, jak i w 2024 roku nastąpił spadek zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt o podobnej skali, stąd różnice między chłopcami i dziewczętami nie uległy zmianie. Zjawisko doganiania chłopców przez dziewczęta w zakresie używania przetworów konopi, tak charakterystyczne dla zmian w rozpowszechnieniu konsumpcji alkoholu czy palenia tytoniu nie przebiega zatem wedle podobnego schematu i jest znacznie mniej zaawansowane.

Przetwory konopi jako najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne mogły stać się przedmiotem głębszych analiz skierowanych na identyfikację wzoru intensywnego używania.

W próbie analizy intensywnego używania przetworów konopi posłużono się pytaniami zaczerpniętymi z dwóch testów.

Pierwszy z nich to test przesiewowy skonstruowany w Polsce do identyfikacji problemowych użytkowników marihuany (Problemowe Używanie Marihuany – PUM) wśród nastolatków sięgających po tę substancję¹. Skrócona wersja tego testu przeznaczona do badań ankietowych składa się z czterech pytań, na które odpowiedzieć można tylko „tak” lub „nie”. Każde z pytań dotyczy występowania określonego symptomu w czasie ostatnich 12 miesięcy. Badanie walidacyjne testu przesiewowego PUM zrealizowane w 2003 roku, wykazało, że wśród nastolatków wystąpienie dwóch lub więcej symptomów świadczyć może o problemowym używaniu marihuany. Rozkłady odpowiedzi na pytanie pierwszego testu pokazują, że 7% uczniów z klas młodszych i 10% uczniów

starszych samodzielnie dokonywało zakupu marihuany. W przypadku 6% pierwszoklasistów i tyle samo trzecioklasistów palenie jest nie tylko elementem życia towarzyskiego, ale zdarza się też w samotności.

Warto zauważyć, że z powodu używania marihuany lub haszyszu 6% badanych z młodszej kohorty i tyle samo starszej chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie poszło do szkoły lub spóźniło się do niej. Często odczuwana potrzeba palenia marihuany pojawiła się u 5% badanych w każdej z kohort.

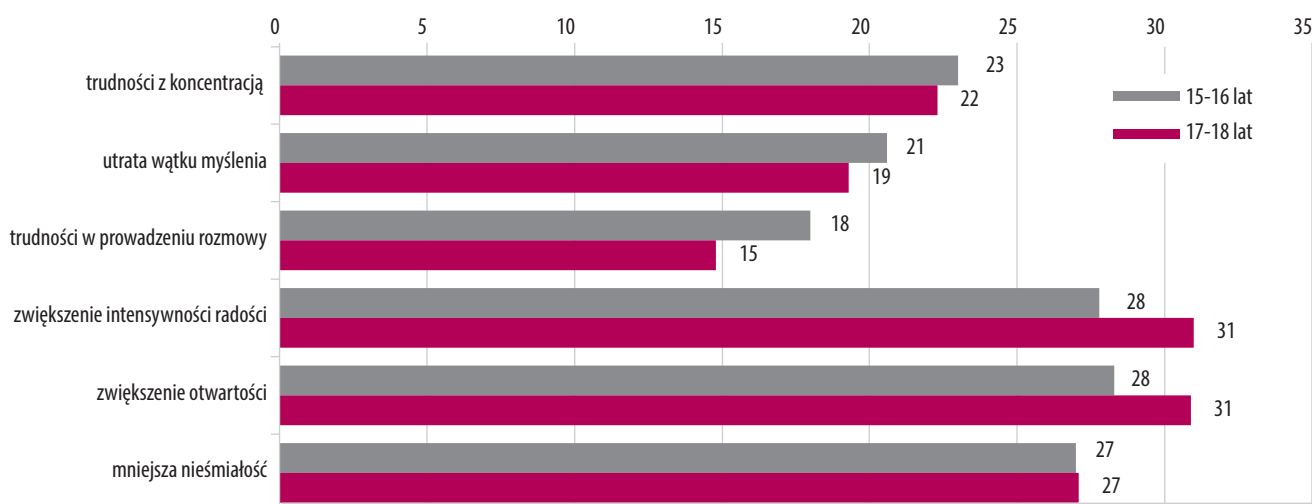
Pozytywny wynik testu przesiewowego, czyli potwierdzenie co najmniej 2 symptomów, uzyskało 6% pierwszoklasistów oraz 7% uczniów ze starszej kohorty. Oznacza to, że co dziewiętnasty piętnasto- i szesnastolatek oraz co piętnasty siedemnasto- i osiemnastolatek używał marihuany w sposób, który może rodzić już problemy. W obu kohortach wyniki testu nie uległy istotnym zmianom na przestrzeni ostatnich trzynastu lat, czyli od czasu, gdy ten test został po raz pierwszy zastosowany w polskim kwestionariuszu ESPAD.

Każdy z symptomów problemowego używania przetworów konopi, w obu badanych grupach, deklarowany był częściej przez chłopców niż przez dziewczęta. Także wynik pozytywny częściej stawał się udziałem chłopców niż dziewcząt.

Dostępność marihuany lub haszyszu

Dane zawarte na wykresie 4 pozwalają na prześledzenie trendów w czterech wskaźnikach dostępności marihuany

Wykres 6. Oczekiwania uczniów wobec marihuany i haszyszu (odsetki badanych w 2024 roku za całkiem prawdopodobne lub pewne uważali wymienione konsekwencje).



lub haszyszu w młodszej kohorcie. Wykres 5 ilustruje te same wskaźniki w starszej kohorcie.

Pierwszy z nich to odsetek uczniów oceniających swój dostęp do przetworów konopi jako bardzo łatwy, odpowiadając na pytanie o to, jak trudno byłoby im dostać marihuanę lub haszysz, gdyby tego chcieli.

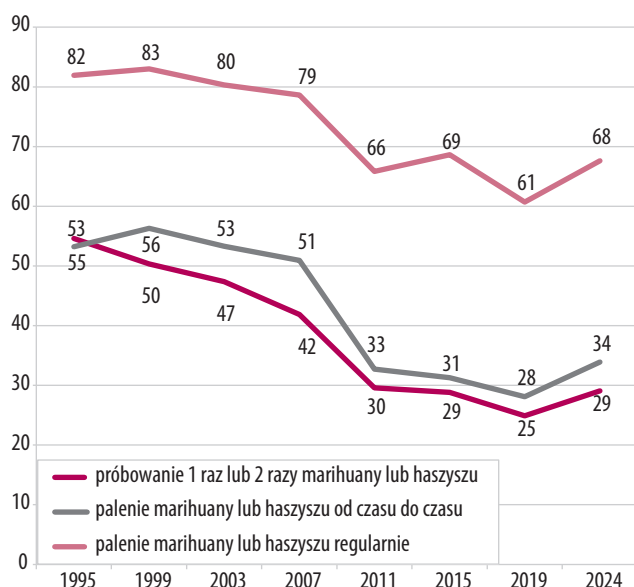
Drugi wskaźnik to ekspozycja na propozycje marihuany lub haszyszu, mierzony odsetkiem uczniów, którym kiedykolwiek proponowano marihuanę lub haszysz. Wydaje się on dobrą miarą ekspansji nielegalnego rynku przetworów konopi.

Trzeci wskaźnik ilustruje poziom wiedzy o miejscach, gdzie można łatwo zaopatrzyć się w marihuanę lub haszysz. Dane na ten temat zbierane są od 1999 roku.

Ostatni wskaźnik to rozpowszechnienie używania wśród przyjaciół. Można założyć, iż obracanie się w kręgach użytkowników przetworów konopi zwiększa prawdopodobieństwo sięgnięcia po nie, zarówno w drodze dyfuzji wzoru zachowania, jak i zwiększonej łatwości w zaopatrzeniu się w te substancje.

Bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi deklarowany przez uczniów z obu badanych kohort po silnym wzroście trwającym do 2003 roku, w 2007 roku uległ wyraźnemu zmniejszeniu. Następnie odsetki raportujących bardzo łatwy dostęp do przetworów konopi w obu kohortach wzrosły w 2011 roku i od tego czasu do 2024 roku pozostają na względnie stałym poziomie.

Wykres 7. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy oceniają jako bardzo ryzykowne poszczególne wzory używania marihuany lub haszyszu.

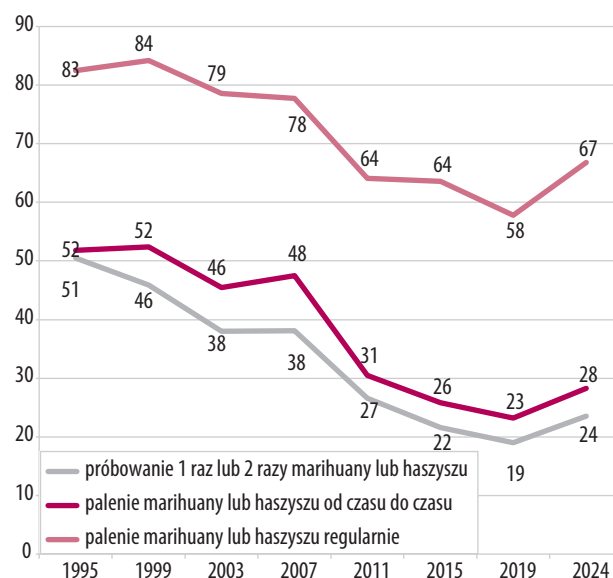


W latach 1995–2003 wskaźnik narażenia na propozycje marihuany i haszyszu silnie wrastał. Trend wzrostowy obserwowano zarówno w młodszej kohorcie badanych, jak i w starszej, chociaż wśród młodszych wskaźniki rosły przede wszystkim w latach 1995–1999, a wśród starszych wzrost był bardziej równomierny lub koncentrował się w okresie 1999–2003. W 2007 roku nastąpił spadek wskaźników narażenia na propozycje. W 2011 roku obserwujemy ponowny wzrost. W kolejnych latach, aż do 2024 roku, w młodszej kohorcie obserwujemy trend spadkowy, zaś w starszej stabilizację do 2019 roku i spadek dopiero w 2024 roku.

W roku 1995 nie pytano o znajomość miejsc, gdzie można kupić marihuanę i haszysz, stąd porównania możemy zacząć dopiero od wyników z roku 1999. Ponadto w 2011 roku do kafeterii odpowiedzi dodano internet. W obu kohortach w latach 1999–2003 wzrosły odsetki uczniów znających miejsca, gdzie sprzedawane są przetwory konopi. W 2007 roku nastąpił spadek tych odsetków i to do poziomu niższego niż w 1999 roku. W 2011 roku nastąpił dalszy spadek, w 2015 roku wzrost, zaś w roku 2019 – ponowny spadek. Wyniki uzyskane w 2024 roku nie odbiegają od tych uzyskanych w roku 2019.

W 2003 roku w stosunku do roku 1999 wśród wymienianych przez młodzież miejsc wyraźnie częściej pojawiało się mieszkanie dealera. Prawdopodobnie ta dotyczyła uczniów z obu kohort. W 2011 roku odsetek potwierdzeń dla mieszkania dealera jako miejsca, gdzie

Wykres 8. Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy oceniają jako bardzo ryzykowne poszczególne wzory używania marihuany lub haszyszu.



łatwo zdobyć przetwory konopi, był znacząco mniejszy w obu badanych grupach młodzieży. W obu grupach spadły także odsetki badanych, którzy uważają szkołę za miejsce, gdzie można łatwo kupić narkotyki. W 2015 roku te tendencje uległy zahamowaniu, zaś w 2019 roku znalazły swoją kontynuację, zwłaszcza w młodszej kohorcie.

W latach 1995–2003 przeważał trend wzrostowy odsetków uczniów, którzy mieli wśród przyjaciół osoby używające marihuany lub haszyszu. W 2007 roku nastąpiło odwrócenie tej tendencji, nastąpił spadek. Odsetki uczniów deklarujących przyjaźnienie się z użytkownikami przetworów konopi spadły bardziej w grupie uczniów ze starszej kohorty. W 2011 roku w obu kohortach odnotowano bardzo silny wzrost odsetków badanych posiadających przyjaciół palących marihuanę lub haszysz. W młodszej kohorcie od 2015 roku obserwujemy trend spadkowy, który przyspieszył w 2024 roku, zaś w starszej – brak zmiany do 2015 roku oraz trend spadkowy w kolejnych latach, także z przyspieszeniem w 2024 roku. Podsumowując, w młodszej kohorcie od 2011 roku przeważa trend spadkowy wszystkich wskaźników dostępności marihuany lub haszyszu, zaś w starszej najpierw stabilizacja dopiero ostatnio spadki.

Oczekiwania wobec przetworów konopi

Sięganie po przetwory konopi zależne jest, przynajmniej w pewnym stopniu, od postaw i oczekiwań wobec nich. W jednym z pytań ankiety proszono badanych o określenie na pięciopunktowej skali szacunkowej, na ile prawdopodobne jest ich zdaniem, że doświadczą po wypaleniu marihuany lub haszyszu wymienionych w pytaniu konsekwencji.

Wśród poddanych ocenie respondentów następstw znalazły się konsekwencje negatywne i pozytywne. Dla uproszczenia obrazu spróbujemy zbudować rankingi spodziewanych konsekwencji negatywnych i pozytywnych, opierając się na zsumowanych odsetkach odpowiedzi „całkiem prawdopodobne” oraz „pewne”. Na wykresie 6 zestawiono trzy najczęściej wybierane konsekwencje pozytywne i trzy negatywne.

Badani częściej za całkiem prawdopodobne lub pewne uważali konsekwencje pozytywne, zwłaszcza w starszej kohorcie. Wśród nich na pierwszym miejscu lokuje się zwiększenie intensywności radości (młodsza kohorta –

28%, starsza kohorta – 31%), na drugim – zwiększenie otwartości (młodsza kohorta – 28%, starsza kohorta – 31%), a na kolejnym miejscu – mniejsza nieśmiałość (młodsza kohorta – 27%, starsza kohorta – 27%).

Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (młodsza kohorta – 23%, starsza kohorta – 22%), a następnie – utrata wątku myślenia (młodsza kohorta – 21%, starsza kohorta – 19%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (młodsza kohorta – 18%, starsza kohorta – 15%).

Porównanie wyników z roku 2024 z wynikami z lat 2011–2019 nie ujawniło większych zmian. Odsetki potwierdzeń dla poszczególnych antycypacji podlegały licznym fluktuacjom w czasie tych 23 lat. Nie zmienił się jednak zasadniczy rys oczekiwań formułowanych przez młodzież polegający na przewadze tych pozytywnych nad negatywnymi.

Oceny ryzyka związanego z używaniem marihuany lub haszyszu

Używanie marihuany lub haszyszu, podobnie jak innych substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak i nielegalnych nie- sie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy po substancje te sięgają ludzie bardzo młodzi, nieświadomi tego, co może im grozić. Pewne znaczenie profilaktyczne mogą tu mieć zatem przekonania co do wielorakich niebezpieczeństw związanych z ich używaniem. Nie tylko dlatego, że uświadomienie sobie ryzyka skłaniać powinno do ograniczania konsumpcji, ale również dlatego, że stwarza ono szansę zadbania o minimalizowanie niebezpieczeństwa powikłań.

Badanym przedstawiono do oceny trzy wzory używania marihuany lub haszyszu pod względem zaszkodzenia sobie zdrowotnie lub w inny sposób. Te wzory odpowiadały trzem poziomom używania: eksperymentowaniu, używaniu okazjonalnemu i używaniu regularnemu. Trendy odsetków uczniów z młodszej kohorty wybierających odpowiedź duże ryzyko zestawiono na wykresie 7, zaś ze starszej kohorty na 8.

Do 2019 roku w obu kohortach badanych obserwujemy podobne tendencje. Sprowadzają się one do spadku odsetków badanych traktujących jako bardzo ryzykowne każdy ze wzorów używania przetworów konopi. W 2024 roku nastąpił wzrost wszystkich tych odsetków. Kolejne

badania pokażą, czy mamy tu do czynienia z odwróceniem trendu, czy tylko z incydentalnym odchyleniem. Warto zauważyć, iż w każdej kohorcie odsetki uczniów traktujących jako bardzo ryzykowne używanie okazjonalne, są bardzo zbliżone do odsetków traktujących w ten sposób eksperymentowanie. Dopiero regularnemu używaniu przypisywane jest duże ryzyko przez znacznie większe frakcje badanych. W obu kohortach ta różnica zdawała się zwiększać za sprawą szybszego spadku odsetków uczniów przekonanych o dużym ryzyku związanym z eksperymentowaniem oraz używaniem okazjonalnym niż regularnym używaniem.

Używanie nowych substancji psychoaktywnych

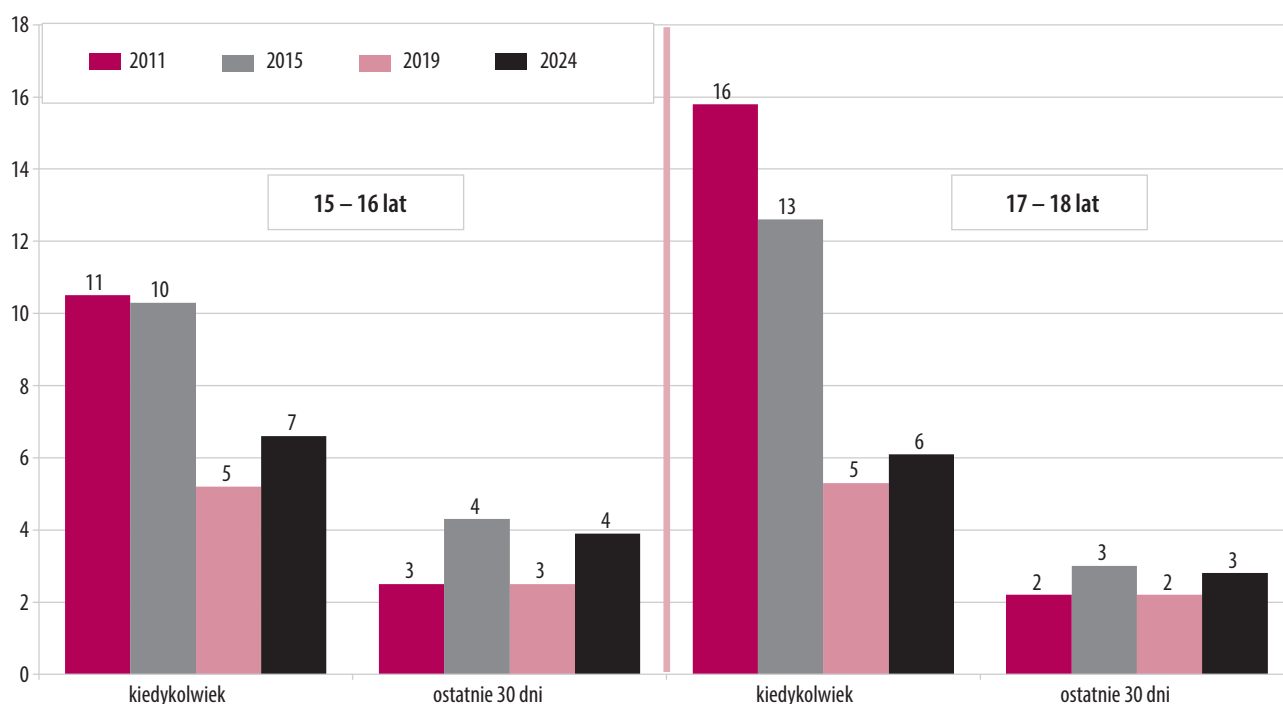
Problem nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalaczy (*smart drugs, legal highs*) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W tym czasie w Polsce narastał szybciej niż w większości krajów naszego kontynentu. Problem nowych substancji psychoaktywnych rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane były w większości krajów europejskich, a także w internecie. Wszędzie problem ten stał się przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego. Nasza wiedza na temat „dopalaczy” jest

nadal niepełna, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak i społeczno-kulturowym, co wiązać można z dużą dynamiką tworzenia nowych substancji.

Pojęciem „dopalacze” określano preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nieobjęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. „Dopalacze”, w zasadzie przez długi czas, cieszyły się statusem legalności – jednak obrót nimi odbywał się na zasadach pewnego wybiegu stanowiącego ominięcie prawa. W Polsce substancje te jeszcze do października 2010 roku sprzedawane były w sklepach jako produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawano je jako kładzidełka, sole do kąpiel, odświeżacze powietrza itp.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to względnie nowe, jeszcze słabo przebadane substancje przyjmowane wedle nowych, nie do końca rozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa ryzyko powikłań. O niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W 2010 roku szpitale raportowały liczne przypadki zatrucia, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też trudności w niesieniu pomocy osobom, które przedawkowały którąś z tych substancji ze względu na trudny do określenia obraz toksykologiczny.

Wykres 9. Używanie nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalaczy (odsetki uczniów, którzy używali chociaż raz kiedykolwiek w życiu oraz chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem).



Z drugą falą takich przypadków mieliśmy do czynienia w 2015 roku.

W wyniku kolejnych nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii rozszerzano listę substancji nielegalnych, wprowadzając na nią coraz to nowe „dopalacze”. Ostatnia nowelizacja ustawy dokonana w 2018 roku² wprowadziła nowe, przełomowe rozwiązanie w postaci generycznych definicji, cedując jednocześnie na ministra właściwego do spraw zdrowia uzupełnianie list substancji zakazanych w drodze rozporządzenia. Takie rozwiązanie legislacyjne pozwoliło na sprawne i szybkie reagowanie na dynamikę rynku nowych substancji psychoaktywnych. Jednocześnie zatarciu ulega granica między „dopalaczami” a narkotykami, przynajmniej w sensie prawnym.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” już w 2011 roku skłoniła do wprowadzenia do ankiety kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami.

W 2011 roku do używania „dopalaczy” chociaż raz w życiu przyznało się 11% uczniów z młodszej kohorty i 16% uczniów ze starszej kohorty (wykres 9). W kolejnych latach, aż do 2019 roku odsetki te wykazywały trend spadkowy, przy czym największy spadek dokonał się w roku 2019, kiedy to frakcja „eksperymentatorów” z tymi substancjami wyniosła 5% w każdej z kohort. W 2024 roku ten korzystny trend uległ zahamowaniu. W młodszej kohorcie frakcja badanych z takimi doświadczeniami wyniosła 7%, zaś w starszej – 6%.

Odsetek aktualnie używających, czyli tych, którzy sięgnęli po nowe substancje psychoaktywne chociaż raz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem w obu kohortach ma względnie stały charakter i wśród młodszych jest na poziomie 3-4%, zaś wśród starszych – 2-3%.

Używanie „dopalaczy” nie jest różnicowane przez płeć badanych. Odsetki używających są podobne wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt. Warto zauważyć, iż niski poziom rozpowszechnienia nie pozostawia wiele przestrzeni dla ewentualnego zróżnicowania.

Najczęściej nowych substancji psychoaktywnych używano w postaci mieszanki ziołowej do palenia (5% uczniów młodszych i 7% starszych). „Dopalacze” pod innymi postaciami były wykorzystywane znacznie rzadziej. W czasie ostatnich dziewięciu lat w obu kohortach spadł odsetek używających nowych substancji psychoaktywnych w postaci mieszanek ziołowych do palenia.

Wnioski

Wyniki badania z 2024 roku w zestawieniu z wynikami poprzednich edycji ESPAD ujawniają zapoczątkowanie pozytywnych tendencji, ale także wskazują na spodziewane zagrożenia.

W zakresie używania narkotyków cieszyć może spadek rozpowszechnienia używania przetworów konopi – znaczny, zwłaszcza w starszej kohorcie. Towarzyszy temu spadek wskaźników dostępności tych substancji, zwłaszcza w młodszej kohorcie. Do pozytywów zaliczyć też należy odwrócenie wieloletniej tendencji spadkowej odsetków uczniów przekonanych o dużym ryzyku związanym z używaniem marihuany lub haszyszu.

Z drugiej strony niepokój może budzić znaczna przewaga oczekiwań pozytywnych konsekwencji używania przetworów konopi nad antycypacjami konsekwencji negatywnych. Nie stanowi to najlepszego prognostyka, zwłaszcza w kontekście tendencji legalizacyjnych marihuany obecnych w wielu krajach Europy, a także krajach pozaeuropejskich, co stanowić może czynnik sprzyjający mylnym przekonaniom o nieszkodliwości przetworów konopi. Zdaje się to stanowić poważne wyzwanie dla profilaktyki.

Różnice związane z płcią w zakresie używania substancji psychoaktywnych ulegają zatarciu w przypadku napojów alkoholowych oraz wyrobów nikotynowych, włączając w to tytoń. Jak dotychczas, proces ten jest zauważalny także w obszarze używania marihuany lub haszyszu, chociaż nie jest aż tak zaawansowany, żeby można było mówić o zatarciu różnic.

W zakresie rozpowszechnienia używania nowych substancji psychoaktywnych, czyli tzw. dopalaczy w 2024 roku nie obserwujemy istotnych zmian, podczas gdy od 2011 do 2019 roku można zauważyć trend spadkowy. Na koniec trzeba przypomnieć o zastrzeżeniach wynikających ze znacznych modyfikacji kwestionariusza stosowanego w poszczególnych edycjach badania, co mogło mieć wpływ na porównywalność wyników.

Przypisy

- ¹ Okulicz-Kozaryn K., Sieroński J. (2007), Validation of the „problematic use of narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents., *Addictive Behaviors* 32 (2007), 640-646.
- ² Ustawa z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 2018 poz. 1490 <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001490/T/D20181490L.pdf>

Program ograniczania grania w gry hazardowe, oparty na założeniach podejścia redukcji szkód, stanowi cenną i potrzebną alternatywę terapeutyczną dla części osób z zaburzeniami hazardowymi. Może on pełnić funkcję etapu wstępnego – przygotowującego do dalszej zmiany, jak również samodzielnego celu terapeutycznego w przypadku osób o niższym nasileniu objawów.

PROGRAM OGRANICZANIA GRANIA W GRY HAZARDOWE – JEGO OGRANICZENIA I BARIERY WE WPROWADZANIU PROGRAMU DO OFERTY TERAPEUTYCZNEJ¹

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób poszukujących pomocy z powodu nadmiernego grania w gry hazardowe. Problem ten przestał być traktowany jedynie jako deficyt silnej woli czy kwestia indywidualnej słabości, a zyskał status poważnego zaburzenia behawioralnego o wieloczynnikowej etiologii – uwzględniającej zarówno uwarunkowania psychologiczne, społeczne, jak i biologiczne (Błaszczynski, Nower, 2002; American Psychiatric Association, 2013). Jednocześnie rośnie świadomość, że istnieje potrzeba dostosowania oferty terapeutycznej do zróżnicowanego spektrum problemów i motywacji zgłaszanych przez osoby grające w sposób problemowy.

Dominującym podejściem w leczeniu uzależnienia od hazardu pozostaje model abstynencyjny, oparty na założeniu całkowitego zaprzestania grania. W wielu przypadkach jest to rozwiązanie skuteczne i konieczne, szczególnie gdy graniu wiąże się z poważnymi konsekwencjami psychospołecznymi, finansowymi czy prawnymi (Petry, 2005). Jednakże część osób poszukujących pomocy nie identyfikuje się z uzależnieniem lub nie jest gotowa na całkowitą rezygnację z hazardu – co często skutkuje rezygnacją z terapii lub jej przedwczesnym przerwaniem (Toneatto i wsp., 2008).

W odpowiedzi na te potrzeby w środowisku naukowym i terapeutycznym rozwija się alternatywna koncepcja programu ograniczania grania w gry hazardowe, inspirowana filozofią redukcji szkód (*harm reduction*).

Głównym założeniem tego podejścia jest to, że zamiast dążyć do pełnej abstynencji, celem interwencji może być ograniczenie częstotliwości i intensywności grania, zwiększenie kontroli nad zachowaniem oraz zmniejszenie szkód społecznych i zdrowotnych wynikających z hazardu (Ladouceur, 2005; Nower, Błaszczynski, 2008).

Chociaż podejście to zyskuje na znaczeniu w literaturze międzynarodowej oraz w praktyce klinicznej w niektórych krajach, to jego implementacja w polskich warunkach napotyka liczne przeszkody. Są to zarówno bariery systemowe (np. brak odpowiednich regulacji, ograniczenia finansowania), jak i indywidualne – silne przywiązanie do modelu abstynencyjnego oraz nieufność części środowiska terapeutycznego wobec metod opartych na kontroli zamiast eliminacji zachowania (Orford i wsp., 2003).

Celem artykułu jest przybliżenie założeń programu ograniczania grania w gry hazardowe, przedstawienie jego potencjalnych ograniczeń oraz analiza barier, które utrudniają jego wdrożenie do praktyki terapeutycznej w Polsce.

Metodologia badania

Przeprowadzone badanie miało charakter jakościowy i zostało zaprojektowane tak, aby uchwycić złożoność postrzegania oraz praktycznych doświadczeń związanych z programem ograniczania grania w gry hazardowe. W celu uzyskania pogłębionego obrazu zjawiska wykorzystano dwie komplementarne techniki zbierania

danych: zogniskowane wywiady grupowe (ZWG) oraz wywiady indywidualne.

W ramach pierwszej techniki zrealizowano dwa zogniskowane wywiady grupowe z udziałem certyfikowanych specjalistów psychoterapii uzależnień (łącznie N=14). Pierwsze spotkanie (N=7) odbyło się na początkowym etapie projektu i miało charakter eksploracyjny. Jego celem było wspólne zidentyfikowanie obszarów istotnych z punktu widzenia praktyki klinicznej oraz opracowanie szczegółowego zestawu tematów i pytań, które następnie wykorzystano podczas wywiadów indywidualnych. Drugi ZWG (również N=7) przeprowadzono po wstępnej analizie materiału zebranego w wywiadach indywidualnych i po sformułowaniu wstępnych propozycji rekomendacji programowych. Spotkanie to miało na celu weryfikację i modyfikację tych rekomendacji przez praktyków, tak aby jak najlepiej odpowiadały rzeczywistym potrzebom potencjalnych użytkowników programu.

Uzupełnieniem materiału badawczego były indywidualne wywiady semistrukturyzowane (N=40), które przeprowadzono z przedstawicielami dwóch kluczowych grup interesariuszy. Pierwszą z nich stanowili specjaliści psychoterapii uzależnień (N=20), posiadający bezpośrednie doświadczenie w pracy z osobami z problemem hazardowym. Drugą grupę stanowili respondenci z rozpoznanymi zaburzeniami związanymi z hazardem (N=20). Taki dobór uczestników umożliwił zderzenie perspektywy profesjonalnej z doświadczeniem osób korzystających (lub potencjalnie zainteresowanych korzystaniem) z oferty terapeutycznej.

Połączenie danych pochodzących z dwóch odmiennych, ale komplementarnych źródeł, pozwoliło na uchwycenie nie tylko barier systemowych i instytucjonalnych, ale także osobistych postaw, oczekiwań i obaw wobec programów ograniczania grania.

Wyniki

Założenia programu ograniczania grania w gry hazardowe

Program ograniczania grania w gry hazardowe wywodzi się z koncepcji redukcji szkód, która w ostatnich latach zyskała uznanie jako alternatywne podejście w leczeniu uzależnień. W przeciwieństwie do modelu abstynencyjnego, którego celem jest całkowite zaprzestanie grania, program ten zakłada, że część osób

z problemem hazardowym może – przy odpowiednim wsparciu – nauczyć się grać w sposób bardziej kontrolowany i mniej szkodliwy (Ladouceur 2005; Hodgins, Makarchuk, 2002).

Założeniem programu ograniczania grania jest umożliwienie graczowi stopniowego ograniczania uprawiania hazardu poprzez rozwijanie kompetencji w zakresie samokontroli, planowania i świadomego podejmowania decyzji. Podejście to wychodzi naprzeciw potrzebom tych osób, które nie są gotowe na całkowitą abstynencję lub nie identyfikują się z klasycznym obrazem uzależnienia, lecz mimo to doświadczają szkód związanych z hazardem. Dla wielu z nich propozycja ograniczenia grania stanowi atrakcyjniejszą i bardziej osiągalną alternatywę, sprzyjającą zaangażowaniu w proces zmiany (Błaszczynski i wsp., 1991; Ladouceur i wsp., 2009).

W programie centralne miejsce zajmuje indywidualne określenie celów terapeutycznych – takich jak na przykład ograniczenie częstotliwości grania, wyznaczenie budżetu na gry, unikanie sytuacji wyzwalających czy poprawa relacji z bliskimi. Istotną rolę odgrywa tu samomonitorowanie – prowadzenie dziennika grania oraz wzmocnienie poczucia sprawstwa, co ma przeciwdziałać zjawisku tzw. utraty kontroli (Currie i wsp., 2020).

Program wykorzystuje techniki dialogu motywującego i interwencji poznawczo-behawioralnych. Szczególny nacisk kładzie się na analizę sytuacji wysokiego ryzyka, pracę z przekonaniami na temat hazardu oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjami i napięciem, które często są impulsem do grania (Błaszczynski, Nower, 2002; Miller, Rollnick, 2013).

W badaniach prowadzonych m.in. w Kanadzie i Australii, wykazano, że programy ograniczania grania mogą przynosić istotne korzyści – takie jak zmniejszenie strat finansowych, poprawa zdrowia psychicznego i ograniczenie objawów uzależnienia – nawet w przypadku osób, które nie zaprzestały całkowicie grania (Dowling i wsp., 2009; Hodgins i wsp., 2009; Slutske i wsp., 2010). Warto podkreślić, że program ograniczania grania w gry hazardowe nie jest rozwiązaniem konkurencyjnym wobec modelu abstynencyjnego, lecz jego uzupełnieniem. Może służyć jako forma wstępnej interwencji, etap przygotowania do rezygnacji z hazardu lub jako samodzielny cel terapeutyczny u osób z mniejszym nasileniem objawów. Kluczowe jest tu dostosowanie formy pomocy do etapu gotowości pacjenta do zmiany, zgodnie z modelem transteoretycznym (Prochaska, DiClemente, 1983).

Ograniczenia programu kontrolowanego grania

Jednym z ograniczeń programu kontrolowanego grania identyfikowanym przez respondentów może być pogłębianie zaburzenia z powodu ciągłego kontaktu z hazardem. Obawy tego typu mają zarówno profesjonalści, jak i osoby z zaburzeniami hazardowymi. W ich ocenie przyzwalanie na grę, szczególnie osobom, które są na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju zaburzenia, może prowadzić do budowania wiary w możliwość kontroli. Jest to sprzeczne z koncepcją uzależnienia, która zakłada utratę kontroli nad swoim zachowaniem i konieczność utrzymywania całkowitej abstynencji.

STU: *Mysząc o mechanizmach uzależnienia, no to wydaje mi się, że jest ryzyko, że stały dostęp, kontakt z uzależnieniem, znaczy z używaniem tego konkretnego zachowania, mógłby być groźny czy taki, który jednak prowadzi do utraty kontroli całkowitej.* (BS12062023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: *To będzie po prostu złudna nadzieja, że taki człowiek przyjdzie, on będzie wierzył w to, że on się tutaj przyjdzie wyleczy i bardzo możliwe, że takiej osobie to pomoże na jakiś tam okres czasu, żeby to kontrolować, nazwijmy to kontrolować, aczkolwiek to będzie posuwać się dalej, bo to jest choroba, czyli będzie stopniowo, stopniowo się przesuwać do przodu.* (MK280620232GD)

Niektórzy profesjonalści twierdzili, że przyzwolenie na uczestnictwo w programie kontrolowanego grania jest wspieraniem osób z zaburzeniami hazardowymi w uprawianiu hazardu.

STU: *Ograniczenie jakby jedyne, które tutaj widzę, no to związane z tym, że można by jednak wspierać to, czego wspierać jako terapeuci nie lubimy, czyli tej iluzji możliwości sprawowania kontroli. Czyli jeżeli ja idę za tym pomysłem, to być może też jako autorytet, do którego zwraca się pacjent, podtrzymywałabym tak naprawdę chorobowy schemat związany właśnie z tym, że jest to możliwe. Bo jednak w terapii uzależnień bardzo często, najczęściej, zawsze, my pokazujemy pacjentom, że jest to główny objaw choroby, tak, utrata kontroli.* (EG27062023PROF)

Może to dawać złudne poczucie uczestnictwa w leczeniu. Niektórzy nie traktowali tej formy pomocy na równi z programami, których celem jest utrzymywanie abstynencji. Zdaniem badanych osoby grające w sposób kontrolowany również ponoszą straty i nie mają żadnych korzyści z podejmowania prób ograniczania grania.

STU: *Osoba, która się podejmuje prób kontrolowania grania, czy prób kontrolowania picia, no bo do tego może się odnieść, to jest taka złudna pomoc dla niej samej. Trochę zamydlenie oczu rodzinie, bo przecież się leczę, a tak naprawdę i tak ponosi straty mniejsze, większe, a ponosi i myślę, że hazardziści to widzą. Nie wprowadza zmian w swoim życiu, nie ma korzyści z tej próby zmieniania swojego funkcjonowania. Dlatego też myślę, że są sceptycznie do tego nastawieni, bo widzą, że to nie działa.* (MK04072023PROF)

W ocenie specjalistów psychoterapii uzależnień ograniczeniem programu kontrolowanego grania mogą być konfabulacje graczy na temat uprawianego hazardu i skuteczności wprowadzonych ograniczeń – czasu spędzanego na grze, środkach przeznaczanych na nią. Specjaliści obawiają się, że podczas procesu terapeutycznego pacjenci będą ich oszukiwać, a oni nie mają możliwości weryfikacji informacji uzyskiwanych przez graczy.

STU: *Należy spisać dobry kontrakt, bo wiadomo, że osoby uzależnione mają to do siebie, że często nie mówią całej prawdy. Na przykład twierdzi, że grał wcześniej cztery razy, a teraz gra raz w tygodniu, a tak naprawdę okazuje się, że gra cztery razy w tygodniu. No i to jest taka strata czasu dla psychoterapeuty czy terapeuty i osoby uzależnionej. Mimo że on jest zadowolony, że oszukał cały świat.* (AL24082023PROF)

Ograniczeniem programu kontrolowania grania zgłaszanym przez terapeutów i osoby z zaburzeniami hazardowymi były trudności w utrzymaniu założonych limitów gry. Doświadczenia niektórych profesjonalistów w prowadzeniu procesów terapeutycznych osób, które próbowały ograniczać substancje psychoaktywne, pokazało, że miały one trudności w kontrolowaniu zachowania. Osoby uzależnione wracały do zachowań, które przysparzały im problemów. Podobne zdanie mają osoby z zaburzeniami hazardowymi. Ich osobiste doświadczenia z próbą ograniczenia gry pokazują, że z czasem założone limity się luzują i wracają oni do dawnych wzorów uprawiania hazardu.

STU: *Osoba uzależniona może mieć duże trudności w skontrolowaniu swoich czynności grania, to znaczy jej się wydaje, że na początku będzie kontrolowała i prawdopodobnie do tego będą prowadzone dzienniczki, będą ograniczenia, na zasadzie ile razy w tygodniu, do jakiej kwoty, czy jaki czas przeznaczamy i będzie musiała według tego dzienniczka, który będzie uzupełniała, skupić się na nagraniu. I to pewnie początkowo będzie wychodziło,*

no bo będzie dużo energii na to poświęcała, żeby tę grę skontrolować. Jednak z doświadczenia mojego wynikającego z pracy z innymi uzależnieniami nad próbą kontrolowania wynika, że prędzej czy później nie są w stanie skontrolować, wracają do swoich patologicznych, destrukcyjnych form zachowania no i straty są na podobnym poziomie albo jeszcze większe, po takich próbach. (MK04072023PROF)

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Wielokrotnie próbowałem bez terapii coś kontrolować i to coś nigdy nie wychodziło. To nie jest tak, że ja z dnia na dzień wchodziłem od razu na ten maksymalny poziom, wydawałem całą gotówkę powiedzmy na te gry hazardowe, tylko stopniowo, raz sto złotych, później dwieście, później trzysta, czterysta i z czasem dochodziłem do takiego etapu, gdzie wydawałem po prostu wszystko, co miałem przy sobie. (MK28062023GD)

W wyniku przekraczania limitów gry osoby z zaburzeniami hazardowymi mogą doświadczać negatywnych emocji (frustracja, rozczarowanie).

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Jeśli były jakieś ograniczenia czy to czasowe, czy finansowe, no to później bym mógł odczuwać, czy te ograniczenia były niewystarczające. No i później wiadomo, jakaś tam złość przez to generowana by była, jakieś zaburzenia nastroju. (EG24072023GD)

Bariery we wprowadzaniu oferty ograniczania grania do oferty terapeutycznej

Respondenci zidentyfikowali bariery, które mogą pojawić się w momencie wprowadzenia programu ograniczania grania w gry hazardowe do oferty terapeutycznej. Można wyodrębnić trzy wymiary barier – związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień, podejściem terapeutycznym oraz z organizacją systemu leczenia.

Związane z pracownikami systemu leczenia uzależnień

Jedną z barier jest brak akceptacji środowiska dla wprowadzenia tego typu programu do oferty terapeutycznej. Niektórzy terapeuci wykorzystują program ograniczania grania w swojej praktyce indywidualnej, jednak obawiają się do tego otwarcie przyznać. Są oni zdania, że w środowisku istnieje duża presja na program, któ-

rego celem jest utrzymywanie całkowitej abstynencji. Niektórzy pacjenci nie mają wiary w możliwość grania kontrolowanego.

STU: Teraz pracuję indywidualnie, więc ja już to robię, już to praktykuję, ale ja tego absolutnie nigdzie nie reklamuję, nie opowiadam o tym. Jest duża presja środowiska terapeutycznego, różne informacje zwrotne ze strony pacjentów, że to jest utopia, ale ja oczywiście wiem, że to tak już z niejednym nurtem psychoterapii było. (EG22062023PROF)

Niektóre osoby z zaburzeniami hazardowymi, które pozostają w lecznictwie i mają postawioną diagnozę zaburzeń hazardowych, uważają, że jest to metoda nie-terapeutyczna.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Od momentu, w którym zdiagnozowaliśmy, że istnieje, czy naukowcy, badacze zgodzili się, że istnieje uzależnienie, to jedyną metodą jego leczenia jest kompletna abstynencja. Więc to jest bariera, bo trudno mi jest sobie wyobrazić leczenie uzależnienia w inny sposób i żeby było to efektywne. Więc to jest najważniejsza rzecz. Że to nie jest według mnie – osoby uzależnionej – metoda leczenia uzależnienia. (AL050820231GD)

Brak akceptacji ze strony terapeutów dla idei ograniczania grania jest barierą dla wprowadzania tego typu programów. Nie wszyscy są chętni i gotowi zmienić swoją perspektywę z pracy ukierunkowanej na abstynencję na ograniczone używanie substancji lub granie.

STU: Postawa też terapeutów. Bo sama wiem po sobie, że jestem anty nastawiona, więc ja bym tak nie chciała pracować. (EG23062023PROF)

STU: Brak spójności w kadrze terapeutycznej, bo są osoby ortodoksyjne, które na przykład twierdzą, że to jest niemożliwe. Są osoby, tak jak w różnych szpitalach psychiatrycznych, na odwykach, które mówią, że trzeba wszystkie kieliszki z domu wynieść. No jest to trochę paradoksalne, no bo kieliszek nie stanowi według mnie wyzwacza, ale starzy terapeuci uzależnień tak twierdzą, że nie można chodzić do sklepu, gdzie jest alkohol. (AL24082023PROF)

STU: Rozumiem, że część specjalistów może nie być zainteresowana prowadzeniem tego typu grup, czy programów, no ale to też jest jakby kwestia ich wyboru. Być może jakoś zmienią nastawienie po jakiejś konferencji, szkoleniach, zapoznaniu się z tym. Bo potrzebują więcej czasu, żeby na przykład się jakoś do tego przekonać, a być może nie, no ale to też jest kwestia indywidualna,

że na przykład nie chcą pracować w takim modelu, ale to pacjent ma mieć wybór i na pewno się znajdą specjaliści, którzy by chcieli. (ZWG29032023)

Podejście i forma oferowanej terapii

Specjaliści psychoterapii uzależnień uznali, że wprowadzenie programu ograniczania grania w gry hazardowe może być trudne, ponieważ przekonanie o abstynencji jako jedynym akceptowalnym celu leczenia jest silne i powszechne.

STU: Ośrodki pracują według określonych programów i żeby pracować w ten sposób z pacjentem, to jakoś musi być to w ośrodku ukonstytuowane. Bardzo często ośrodki pracują w tej chwili na zasadzie wydalania pacjentów z terapii albo powrotu pacjenta do początku terapii w momencie nieutrzymania przez niego abstynencji i to by było barierą. Czyli musiałby być to ośrodek, który by uznał taką formę leczenia jako oficjalny punkt możliwości leczenia. (MM060720231PROF)

STU: W miejscach, w których ja pracuję, czy z takiego podejścia, które przyjmuje w swojej pracy, to kontrolowane uprawianie hazardu nie mieści się w celach pracy terapeutycznej. Pewnie założenia i cele pracy placówki, w której pracujemy, bo niektóre placówki z góry narzucają pewien program terapii i nie ma innej możliwości, bo nie ma innej oferty, jest tylko taka, która prowadzi do abstynencji. (EG27062023PROF)

W placówkach nie dopuszcza się do zróżnicowania celów leczenia w obszarze hazardu. W przypadku łamania abstynencji konsekwencją jest usunięcie z terapii.

STU: Jest tak zalecane po prostu, uczestniczysz w programie terapeutycznym, są zasady abstynencji i przestrzeganie tego, no i jeśli łamiesz tę zasadę, no to po prostu jesteś wykreślony z programu terapeutycznego. (JM270620232PROF)

Zdaniem profesjonalistów wprowadzenie tego programu do placówek, które nie mają doświadczeń z programem ograniczania picia lub programem ograniczania używania substancji psychoaktywnych może spotkać się z oporem pracowników.

STU: Wydaje mi się, że tu mogłoby być dużo takiego oporu, szczególnie w instytucjach, w których się pracuje tylko na abstynencji, więc jeśli nie ma programów ograniczonego picia czy używania, szczególnie w poradniach, no to program ograniczonego używania hazardu, że tak powiem, wydaje mi się, dość trudne. (BS12062023PROF)

Organizacja leczenia

Zdaniem respondentów program ograniczania grania w gry hazardowe trudno byłoby wprowadzić do leczenia stacjonarnego, do którego trafiają osoby na zaawansowanym etapie uzależnienia.

STU: Jeżeli chodzi o oddział to myślę, że to byłoby trudne, ponieważ jakby z założenia oddziały przewidziane są już jakby dla osób, które są bardzo zaawansowane w swoich nałogowych zachowaniach, więc oddział, w którym pracuję, jednak jest skoncentrowany na abstynencji całkowitej i całkowitym porzuceniu jakby tych nałogowych zachowań, więc myślę, że na oddziale byłoby to mało prawdopodobne. (EG27062023PROF)

Także leczenie w jednym ośrodku (społeczności) osób, dla których celem jest abstynencja i kontrolowanie uprawiania hazardu byłoby barierą.

STU: Byłoby to trudne logistycznie, ze względu na to, że pacjenci jednak leczą się w jednej grupie, są jedną społecznością i mieliby problem z identyfikacją. Że jedni byliby niejako bardziej uzależnieni, inni mniej. Jedni lepsi, drudzy gorsi, jedni bardziej zaawansowani, inni mniej, więc myślę, że też nie sprzyjałoby to takiemu klimatowi identyfikacji. Natomiast w gabinetach, takiej psychoterapii indywidualnej, jeden na jeden, czy właśnie w poradniach, gdzie można byłoby zaproponować taką alternatywę, dla grup pracujących na abstynencję to tak. (EG27062023PROF)

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że program ograniczania grania w gry hazardowe, oparty na założeniach podejścia redukcji szkód, stanowi cenną i potrzebną alternatywę terapeutyczną dla części osób z zaburzeniami hazardowymi. Może on pełnić funkcję etapu wstępnego – przygotowującego do dalszej zmiany, jak również samodzielnego celu terapeutycznego w przypadku osób o niższym nasileniu objawów. Zarówno specjaliści, jak i osoby z doświadczeniem hazardu dostrzegają potencjał programu w zwiększaniu zaangażowania pacjentów w proces terapii, zwłaszcza tych, którzy nie są gotowi na pełną abstynencję. Jednocześnie zidentyfikowano istotne ograniczenia i bariery w implementacji tego podejścia w warunkach polskiego systemu leczenia uzależnień. Najważniejsze z nich dotyczą silnego przywiązania środowiska terapeutycznego do modelu abstynencyjnego, braku

systemowego wsparcia dla wprowadzania zróżnicowanych celów terapeutycznych, a także wątpliwości co do realnej skuteczności kontroli nad hazardem u osób z zaawansowanym uzależnieniem. Część specjalistów i pacjentów wyrażała obawy, że program może wzmacniać iluzję kontroli i prowadzić do nawrotów.

Pomimo tych kontrowersji, uzyskane dane pokazują, że rozszerzenie oferty terapeutycznej o programy ograniczania grania – przy zachowaniu wysokich standardów etycznych i klinicznych – może przynieść realne korzyści osobom zmagającym się z hazardem i poprawić dostępność oraz skuteczność pomocy.

Wnioski

1. Należy umożliwić różnicowanie celów terapeutycznych w zależności od etapu rozwoju zaburzenia oraz gotowości pacjenta do zmiany. Wprowadzenie programów kontrolowanego grania jako alternatywy lub etapu przejściowego do abstynencji może zwiększyć dostępność terapii oraz zaangażowanie osób, które nie są gotowe na całkowitą rezygnację z hazardu. Wymaga to jednak stworzenia przestrzeni instytucjonalnej do indywidualizacji celów leczenia i elastyczności w podejściu terapeutycznym.
2. Konieczne jest opracowanie i wdrożenie szkoleń dla terapeutów uzależnień z zakresu prowadzenia terapii w modelu ograniczania grania. Zarówno obawy, jak i sceptycyzm ze strony specjalistów często wynikają z braku wiedzy i doświadczeń w pracy z tego typu interwencją. Dobrze zaprojektowane szkolenia mogłyby podnieść kompetencje personelu, zredukować opór środowiska oraz zapewnić odpowiednią jakość prowadzenia terapii.
3. Programy ograniczania grania powinny być wdrażane przede wszystkim w ramach ambulatoryjnych form leczenia oraz jako interwencje wczesnego reagowania. Zarówno terapeuci, jak i osoby z zaburzeniami hazardowymi uznają, że program ten nie powinien być stosowany w przypadku osób na zaawansowanym etapie uzależnienia. Największy potencjał tego podejścia widoczny jest w leczeniu ambulatoryjnym.

Przypisy

¹ Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Blaszczynski, A., McConaghy, N., & Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86, 299–306. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Currie, S. R., Brunelle, N., Dufour, M., Flores-Pajot, M. C., Hodgins, D., Nadeau, L., & Young, M. (2020). Use of Self-control Strategies for Managing Gambling Habits Leads to Less Harm in Regular Gamblers. *Journal of gambling studies*, 36(2), 685–698. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09918-0>
- Hodgins, D. C., & Makarchuk, K. (2003). Trusting problem gamblers: reliability and validity of self-reported gambling behavior. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(3), 244–248. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.3.244>
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G., & Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 950–960. <https://doi.org/10.1037/a0016318>
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of gambling studies*, 21, 51–59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9.
- Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Nower, L., & Blaszczynski, A. (2008). Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1844–1864. <https://doi.org/10.1080/10826080802285810>
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., Fryer, K., Handforth, L., Alwyn, T., Kerr, C., Thistlethwaite, G., Slegg, G., & UKATT Research Team (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(1), 60–68. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01291.x>
- Petry, N. M. (2005). Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. American Psychological Association.
- Toneatto, T., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N., & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 111–120. <https://doi.org/10.1080/16066350801923638>
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *Journal of gambling studies*, 25, 201–214. doi:10.1007/s10899-009-9116-1
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>

W ostatnich latach obserwuje się globalny wzrost zainteresowania psychodelikami. Stosunkowo niewiele wiadomo o używaniu tych substancji w Polsce. „Psychodeliki nad Wisłą” to szeroko zakrojony projekt naukowy dotyczący wzorów używania substancji psychodelicznych w naszym kraju. Projekt realizowany jest przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach zadania współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Niniejszy artykuł prezentuje cele i metodę tego projektu, a także wprowadza w kontekst aktualnego stanu badań nad psychodelikami w Polsce i na świecie.

PSYCHODELIKI NAD WISŁĄ: KONTEKST, CELE I METODA OGÓLNOPOLSKIEGO PROJEKTU NAUKOWEGO

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Substancje i doświadczenia psychodeliczne

Termin *psychodeliki* odnosi się do obszernej i zróżnicowanej grupy substancji psychoaktywnych o złożonym działaniu na ludzki organizm (Swanson, 2018) (pochodzi od *psyche* – umysł, dusza i *delos* – manifestować, ujawniać). Substancje te dzieli się zazwyczaj na *psychodeliki klasyczne* (np. meskalina, psylocybina, LSD czy DMT) oraz *nieklasyczne* (np. ketamina, MDMA, ibogaina). Rozróżnienie to opiera się na podstawowych mechanizmach działania tych substancji, czyli selektywnej interakcji (agonizmu) z receptorami serotoninowymi w przypadku tych pierwszych oraz bardziej zróżnicowanych mechanizmach psychodelików nieklasycznych (Nichols i in., 2023).

Psychodeliki wyróżniają się spośród pozostałych grup substancji psychoaktywnych ze względu na szeroki zakres efektów, jakie wywołują w każdym z aspektów ludzkiego doświadczenia (Nichols, 2016; Swanson, 2018). Należy do nich szereg specyficznych zmian w percepcji (zmiana odbioru bodźców, zwiększone poczucie istotności), przeżywaniu emocji (intensyfikacja, zmienność), procesach poznawczych (myślenie, dostęp do treści pamięciowych), a także zmiany w poczuciu siebie, swojego ciała, otoczenia i czasu (np. poczucie zaniku granicy pomiędzy sobą a światem, poczucie rozpadu/rozpłynięcia swojego ja/ego, utrata poczucia czasu lub zapętlenie). Intensywność tych zmian jest zależna od przyjętej dawki i właściwości osobniczych danej osoby.

Wszystkie te zmiany i subiektywne efekty doświadczeń pod wpływem substancji psychodelicznych składają się na odmienne stany świadomości określane jako *doświadczenia psychodeliczne*.

Związany z psychodelikami potencjał terapeutyczny przypisywany jest między innymi: *mechanizmom neurobiologicznym*, w tym pobudzaniu neuroplastyczności (Olson, 2020), efektom przeciwzapalnym (Kozłowska, 2022); *mechanizmom psychologicznym*, w tym zwiększeniu poczucia połączenia z sobą, innymi i światem (Watts i in., 2017), wzrostowi elastyczności psychicznej (Davis i in., 2020) czy efektom rozluźnienia przekonań i schematów poznawczych (Carhart-Harris i Friston, 2019); a także *subiektywnym efektem* działania psychodelików, takim jak doświadczanie wglądów psychologicznych, poczucia zdumiewającego piękna, intensywnym rozładowaniem lub tzw. przełomom emocjonalnym, czy też przeżyć o charakterze mistycznym (van Elk i Yaden, 2022).

Krótką historia psychodelików i nauki psychodelicznej

Stosowanie substancji psychodelicznych (klasycznych) do różnych celów było powszechne w różnych kulturach na przestrzeni dziejów, w tym w ramach praktyk leczniczych, społecznych i religijnych (Schultes, 1969). Można powiedzieć, że współczesny świat Zachodni „poznał” te substancje dopiero pod koniec XIX wieku za

sprawą prowadzonych wtedy badań antropologicznych i powstającej wówczas psychofarmakologii (Swanson, 2018). Doprowadziło to do wielu badań nad medycznym zastosowaniem psychodelików w pierwszej połowie XX wieku. Badania te dotyczyły głównie leczenia alkoholizmu, nerwicy oraz zaburzeń psychicznych. Spośród nich najliczniejsze były badania nad potencjałem przeciwważeniowym psychodelików, które, co ciekawe, były realizowane również w Polsce. Warto także wspomnieć, że ówczesne próby zastosowań psychodelików nie ograniczały się tylko do medycyny, ale dotyczyły również kontekstu artystycznego, duchowego, militarnego czy politycznego (Hartogsohn, 2022).

Pierwsza fala badań nad psychodelikami osiągnęła swój szczyt w latach 60., zanim badania te zostały prawnie ograniczone poprzez konwencje i przepisy związane z tzw. wojną z narkotykami od roku 1971 (Rucker i in., 2018). Przez kolejne niespełna trzy dekady (z nielicznymi wyjątkami) kontynuowane były jedynie badania na modelach zwierzęcych. W latach 90. XX wieku ponownie zostały zainicjowane badania na ludziach. Z początku nie spotkało się to z zainteresowaniem mediów, co jednak zmieniło się za sprawą eksperymentu przeprowadzonego pod kierunkiem Rolanda Griffithsa, renomowanego psychofarmakologa, którego dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na kofeinie, nikotynie i środkach uspokajających. Eksperyment ten, będący replikacją wcześniejszego badania nad subiektywnymi efektami psylocybiny (aktywnego składnika grzybów halucynogennych), ale przy zastosowaniu współczesnych standardów naukowych, dostarczył przekonujących danych empirycznych w zakresie bezpieczeństwa oraz potencjału terapeutycznego stosowania tej substancji na ludziach w warunkach laboratoryjnych (Griffiths i in., 2006).

Wyniki tego oraz wielu innych badań (np. tych nad wspomaganą MDMA terapią stresu pourazowego, PTSD) skumulowały się z czasem w formie drugiej fali badań nad psychodelikami, zwanej także „renesansem psychodelicznym”. Aktualnie psychodeliki są przedmiotem stale rosnącej liczby badań i eksperymentów naukowych dotyczących ich zastosowań w psychiatrii (np. w leczeniu depresji i innych zaburzeń nastroju, uzależnień), a także w leczeniu innych problemów zdrowotnych, takich jak choroby neurodegeneracyjne czy przewlekłe dolegliwości bólowe (Nichols, 2016;

Andersen i in., 2021; Bender i Hellerstein, 2022). Równolegle prowadzone są także badania nad działaniem psychodelików wśród osób z populacji nieklinicznych, w tym badania laboratoryjne na zdrowych ochotnikach oraz ankietowe badania populacyjne.

Wzrost rozpowszechnienia używania psychodelików

Od niespełna dwóch dekad obserwuje się nie tylko rozwój badań naukowych nad psychodelikami, ale również entuzjastyczne zainteresowanie mediów (Yaden i in., 2022), wzrost inwestycji sektora biznesowego w przedsięwzięcia związane z zastosowaniem psychodelików (Aday i in., 2023) oraz zmiany legislacyjne w kierunku medykalizacji i dekryminalizacji tych substancji (Psychedelic Alpha, 2025). To z kolei przekłada się na rosnące wskaźniki używania psychodelików w różnych celach i kontekstach.

Zjawisko to obejmuje używanie substancji psychodelicznych w celach terapeutycznych czy medycznych (w tym poprzez uczestnictwo w badaniach nad medycznym zastosowaniem psychodelików, lub w tzw. *terapiach undergroundowych*, czyli nielegalnych terapiach wspomaganych psychodelikami), używanie w celu wspomaganie samorozwoju (w tym rozwoju duchowego poprzez używanie w różnego rodzaju ceremoniach), czy używanie rekreacyjne (np. w kontekście imprez klubowych lub festiwali muzycznych). Specyficznym zjawiskiem jest także tzw. mikrodawkowanie (*microdosing*), czyli regularne przyjmowanie psychodelików w niewielkich, niepsychoaktywnych dawkach, które mogą przyczynić się do pobudzenia kreatywności, poprawy nastroju, obniżenia bólu czy uczucia ulgi w innych problemach zdrowotnych (Ona i Bouso, 2020).

O stosunkowo dużym rozpowszechnieniu używania psychodelików dowiadujemy się m.in. z raportu Global Drug Survey (Winstock i in., 2021), przeprowadzonego na próbie ok. 20 tys. osób z ponad 25 krajów. Wyniki tego badania wskazują na ogólną tendencję wzrostową używania różnych psychodelików, a także samego zjawiska mikrodawkowania, w latach 2015–2020. Z kolei analiza danych z reprezentatywnych dla USA badań przekrojowych (łącznie 664 152 dorosłych Amerykanów) wykazała, że w latach 2002–2018 używanie LSD wzrosło tam o 200% (Killion i in., 2021).

Polski renesans psychodeliczny

O wyraźnym pobudzeniu zainteresowania psychodelikami w Polsce można sądzić na podstawie obserwacji co najmniej kilku istotnych zjawisk. Należą do nich:

- powołanie Polskiego Towarzystwa Psychodelicznego (psychodeliki.org) w 2019 roku, Polskiego Towarzystwa Integracji Doświadczeń Psychodelicznych (ptip.pl) w 2023 roku, inicjatywy Izby Naukowo-Biznesowej Substancji Psychodelicznych (inbsp.pl), która ruszyła w 2024 roku, a także kilku inicjatyw o charakterze edukacyjnym i/lub komercyjnym;
- wydanie przez polskich autorów kilku książek o tej tematyce (np. Sipowicz, 2013; Lorenc, 2019, 2023; Głuszczyk, 2023);
- rosnąca liczba finansowanych ze środków publicznych projektów naukowych nad działaniem i terapeutycznym zastosowaniem psychodelików;
- artykuły w czasopismach naukowych opublikowane przez polskich badaczy (np. Krystynę Gołombiowską, Andrzeja Pilca, Urszulę Kozłowską, Pawła Orłowskiego, Michała Bołę, Grzegorza Kazka, Jakub Grenia, Gniewko Więckiewicz, Anastazję Ruban, Justynę Hobot, Adama Hamedę, Jana Szczypińskiego, Pawła Holasę, Jakuba Schimmelpfenniga i wielu innych);
- konferencje poświęcone tematyce psychodelików, w tym: „Nauka Psychodeliczna” (2022; 2024), Szkoła Zimowa Instytutu Farmakologii PAN „Medyczna przyszłość psychodelików” (2023), „Terapia i integracja psychodeliczna” (2024); oraz panele/wystąpienia podczas oficjalnych konferencji branżowych, takich jak: Ogólnopolskie Konferencje Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Konferencje Trzech Sekcji czy Zjazdu Psychiatrów Polskich;
- otwarcie pierwszego w Polsce punktu terapii wspomaganej ketamą w Centrum Psychiatrii i Psychoterapii „KeyClinic” (dawniej „KetamineClinic”) od 2014 roku; refundacja przez NFZ programu lekowego, który refunduje leczenie depresji lekoopornej esketaminą w 2023 roku, a także rosnąca liczba komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych nad różnego rodzaju terapiami wspomaganyimi psychodelikami w Polsce od 2023 roku.

Co ciekawe, wzrostowy trend zainteresowania psychodelikami nie znajduje odzwierciedlenia w wynikach krajowych badań epidemiologicznych. W raporcie z badań ESPAD 2019 czytamy, że odsetki młodszych (15-16

lat) i starszych (17-18 lat) nastolatków zgłaszających używanie „LSD i innych halucynogenów”, „grzybów psylocybinowych” oraz „escstasy” (MDMA) zmalało w stosunku do wyników poprzedniej rundy z 2015 roku, ale nie w stosunku do większości z jeszcze wcześniejszych pomiarów (Sierosławski, 2020). Przy czym porównanie wyników tych badań nie było sprawdzane pod kątem istotności statystycznej. Wyniki badań ESPAD są zgodne z rezultatami badań nad używaniem różnych substancji psychoaktywnych, realizowanych przez Centrum Badań Opini Społecznej (CBOS, 2021). Z kolei rezultaty „Kompleksowych badań stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań” EZOP II (Moskalewicz i Wciórka, 2021) wskazują, że używanie „halucynogenów” w dorosłej populacji Polaków (18-64 lata) zmalało z 0,8% w latach 2010/2011 do 0,4% w latach 2019/2020 (różnica ta była istotna statystycznie).

Ta rozbieżność w trendach używania psychodelików pomiędzy Polską a np. Stanami Zjednoczonymi może niekoniecznie świadczyć o malejących wskaźnikach używania substancji psychodelicznych w naszym kraju, ale wynikać z ograniczeń, jakimi obarczone były dotychczasowe pomiary.

Ograniczenia badań realizowanych w Polsce

Należy zwrócić uwagę, że realizowane w Polsce badania epidemiologiczne nie dostarczają precyzyjnych informacji na temat używania psychodelików. Zarówno ESPAD, CBOS, jaki i EZOP II uwzględniają jedynie pojedyncze i ogólne pomiary stosowania najpopularniejszych psychodelików klasycznych, czyli LSD i grzybów psylocybinowych (przy czym badanie EZOP II uwzględnia również niespecyficzne pomiary ketaminy i ecstasy jako kolejno „dysocjanty” i „narkotyki klubowe”). Nieco więcej informacji, bo dotyczących używania LSD, grzybów psylocybinowych, DMT, ketaminy i MDMA, dostarcza opracowywany przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii¹ (EMCDDA, 2022) „Europejski raport narkotykowy: Trendy i osiągnięcia”, który obejmuje także Polskę. Także i w tym przypadku zastosowane pomiary dotyczą jednak tylko rodzaju i częstości używania poszczególnych substancji psychodelicznych, ale nie wzorów ich używania. Tymczasem ze względu na różnorodność celów, kontekstów i sposobów używania psychodelików oraz związanych

z tym zagrożeń, informacje na temat wzorów używania są niezbędne do pomiaru i oceny tego zjawiska.

Pewne dane empiryczne w tym zakresie można zaczerpnąć z wyników dwóch projektów naukowych. Pierwszym są badania „PolDrugs”, realizowane pod kierunkiem Gniewko Więckiewicza z Uniwersytetu Śląskiego. Ostatnia ich runda przypadła na rok 2024, jednak w momencie pisania tego artykułu dostępne są jedynie wyniki rundy pierwszej (Więckiewicz i Pudło, 2021). Drugi ze wspomnianych projektów nosi tytuł „Narkotyki, zdrowie psychiczne i redukcja szkód” i został zrealizowany przez Jakuba Grenia i Krzysztofa Ostaszewskiego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, przy wsparciu finansowym Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Na podstawie tego projektu opracowano kilka publikacji naukowych (Greń i in., 2023a, 2023b), w tym prace eksplorującą wzory używania psychodelików oraz innych substancji psychoaktywnych (Greń i in., 2024). Obydwa te projekty badawcze były jednak skupione na znacznie szerszej gamie środków psychoaktywnych, a nie jedynie na psychodelikach, przez co nie były w stanie uchwycić ich specyfiki.

Istnieje więc potrzeba organizacji badań o charakterze epidemiologicznym, które byłyby skupione na pomiarze rozpowszechnienia i wzorów używania różnych substancji psychodelicznych w Polsce. Pomiar i analiza elementów wzorów używania psychodelików jest kluczowa dla oszacowania związanej z tym szkodliwości, jak i oceny potrzeb w zakresie zdrowia publicznego.

Ponadto spośród wyjątkowo nielicznych badań użytkowników psychodelików w naszym kraju, żadne nie stosowało również poddanych walidacji narzędzi do pomiaru subiektywnych efektów doświadczeń psychodelicznych. Wyjątkiem jest opracowany przez Radoń (2014) Kwestionariusz Ruminacji–Refleksyjności, będący polską adaptacją skróconej wersji Skali Mistycyzmu Hooda (ang. Hood’s Mysticism Scale), która była stosowana we wcześniejszych badaniach nad psychodelikami.

Brak poddanych adaptacji językowo-kulturowej oraz walidacji narzędzi do pomiaru efektów działania psychodelików stanowi istotne ograniczenie prowadzonych w Polsce badań w tym zakresie. Przekroczenie tego ograniczenia poprzez adaptację i walidację wybranych narzędzi pomiarowych stosowanych w zagranicznych badaniach nad psychodelikami posłużyłoby więc także do przygotowania gruntu pod dalsze badania nad tym zjawiskiem w Polsce. Co więcej, chociaż dostępnych jest

kilka szeroko stosowanych narzędzi mierzących efekty i konsekwencje używania psychodelików, to narzędzia te są obecnie krytykowane ze względu na ich ograniczenia w zakresie jakości psychometrycznej (de Deus Pontual i in., 2023; Herrmann i in., 2023). Dostarczenie polskich adaptacji i walidacji wybranych narzędzi pomiarowych przyczyni się więc również do rozwoju metodologii badań nad działaniem substancji psychodelicznych.

Kontynuacja i podnoszenie jakości badań nad psychodelikami jest istotne ze względu na fakt, że – pomimo obietnic w zakresie dostarczenia nowych, skutecznych, szybko działających, niechronicznych i opłacalnych kosztowo metod leczenia – psychodeliki niosą ze sobą także wiele wyzwań, zarówno dla zdrowia osób sięgających po te substancje, jak i dla zdrowia publicznego. Ich używanie nie jest bowiem pozbawione zagrożeń.

Zagrożenia i negatywne konsekwencje związane z psychodelikami

Intensywny, nieprzewidywalny, dezorientujący i często przytłaczający charakter efektów działania psychodelików potrafi wywołać trudne doświadczenia psychodeliczne (ang. *challenging psychedelic experiences*), zwane potocznie „złymi” bądź „trudnymi podróżami (ang. *bad trips*), z czym związanych jest wiele potencjalnie niekorzystnych konsekwencji (Barrett i in., 2016; Carbonaro i in., 2016; Evans i in., 2023). Wśród nich można wymienić: niepokój i stany lękowe, przeszkadzające myśli, wahania nastroju, dysocjacyjne doświadczenia derealizacji i/lub depersonalizacji, a także nagłe, intensywne i nawracające wspomnienia trudnego przeżycia w formie tzw. flashbaczków lub koszmarów sennych (Aixialà, 2022). Znaną są również związane z psychodelikami doświadczenia podobne do objawów psychotycznych, ataków paniki czy myśli samobójczych (Schlag i in., 2022).

Pod wpływem działania psychodelików może także dojść do odpamiętywania traumatycznych przeżyć, z którymi osoba nie zawsze może sobie poradzić, będąc pod wpływem psychodelików. Jeszcze innym zjawiskiem jest tzw. szok ontologiczny, czyli stan radykalnie odmiennej percepcji i/lub przeciążenia informacyjnego, który zmusza do nagłego zakwestionowania swojego dotychczasowego światopoglądu lub filozofii życiowej (Carhart-Harris i Friston, 2019; Aixialà, 2022). W niektórych, raczej rzadkich przypadkach występują także utrzymujące się

zmiany percepcyjne, które mogą przybrać formę zaburzeń postrzegania spowodowanych halucynogenami (ang. Hallucinogen Persisting Perception Disorder, HPPD; Doyle i in., 2022).

Jednakże – co wydaje się zjawiskiem specyficznym dla psychodelików – trudne doświadczenia pod wpływem tych substancji często nie są jednoznacznie negatywne dla osób, które je przeżyły. Przykładowo, w badaniu przeprowadzonym przez zespół ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu Johna Hopkinsa w Stanach Zjednoczonych (Carbonaro i in., 2016), wśród 1993 osób (średnia wieku 30 lat, 78% mężczyzn), które przeżyły trudne doświadczenie po spożyciu grzybów psylocybinowych, 39% oceniło je jako jedno z pięciu najtrudniejszych doświadczeń w swoim życiu. Pomimo tego, 84% spośród tych osób stwierdziło, że odniosło znaczące korzyści z tych doświadczeń. Zjawisko to wskazuje na dynamikę subiektywnych efektów działania psychodelików, co sugeruje także istotność tzw. integracji doświadczeń psychodelicznych, czyli aktywności, jakie można podjąć po zażyciu psychodelików w celu ograniczenia związanych z tym szkód oraz maksymalizacji związanych z tym korzyści (Greń i in., 2023c).

Co istotne, szkody i problemy związane z psychodelikami nie są jednakowe u wszystkich osób, które po nie sięgają, ale wyraźnie zróżnicowane i zależne od wielu czynników. Badania wskazują, że z niekorzystnymi efektami działania psychodelików najczęściej związane

są takie czynniki, jak wysoka neurotyczność, osobista lub rodzinna historia zaburzeń psychicznych, osobowość typu borderline, mania lub pokrewne problemy zdrowia psychicznego, a także niewłaściwy kontekst używania psychodelików, czy też brak lub niewystarczająca integracja psychodeliczna (Johnson i in., 2008; Barrett i in., 2017; Ona, 2018).

Zgodnie z modelem *substancja, osoba i otoczenie* (ang. *drug, set & setting*; Carhart-Harris i in., 2018), oprócz rodzaju, dawki, częstości, sposobu przyjmowania i innych czynników po stronie samej substancji psychoaktywnej, znaczenie mają także czynniki pozafarmakologiczne. Wśród nich, w przypadku psychodelików, wymienić można indywidualne nastawienie i kondycję psychofizyczną bezpośrednio poprzedzającą zażycie substancji, a także otoczenie fizyczne i kontekst społeczny, w którym ma to miejsce. Podobnie jak w przypadku używania innych substancji psychoaktywnych, znaczenie ma tu również wiedza na temat przyjmowanej substancji, wcześniejsze doświadczenie w jej używaniu oraz podejmowanie wysiłków w celu ograniczania związanych z tym zagrożeń i szkód (Soar i in., 2006; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Aday i in., 2021; Greń i in., 2022).

Behawioralne strategie chroniące

Termin „behawioralne strategie chroniące” (ang. *protective behavioral strategies*, PBS) odnosi się do specyficznych



zachowań, które można zastosować przed, w trakcie lub po używaniu danej substancji psychoaktywnej, aby ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia związanych z tym negatywnych konsekwencji (Pearson, 2013). Zgodnie z niedawnym przeglądem literatury naukowej w tym zakresie (Greń i Ostaszewski, 2023d), PBS zostały skonceptualizowane jako zastosowanie behawioralnej koncepcji samokontroli w kontekście używania substancji psychoaktywnych. Strategie te są również tożsame z redukcją szkód, czyli podejściem leżącym u podstaw szeregu działań zorientowanych na ograniczanie negatywnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych bez konieczności całkowitego wyeliminowania tego zjawiska. Stąd PBS nazywa się także „strategiami redukcji szkód”. Wśród przykładów konkretnych PBS wymienić można: testowanie składu substancji przed jej użyciem, ostrożne dawkowanie, nieprzyjmowanie kolejnej dawki przed zanikiem efektów poprzedniej, przyjmowanie substancji jedynie w zaufanym towarzystwie, zachowywanie jak najdłuższych przerw pomiędzy kolejnymi dawkami i okazjami do używania, czy też unikanie prowadzenia pojazdów będąc pod wpływem substancji. Wyniki dotychczasowych badań nad PBS wskazują na ich istotną rolę w ograniczaniu używania substancji, poziomu intoksykacji oraz występowania związanych z tym szkód, w tym ograniczaniem nasilenia symptomów zaburzeń związanych z używaniem substancji (np. Pearson, 2013; Greń i in., 2023b).

Dotychczasowe badania w tym zakresie były jednak zawężone do pomiaru i analizy strategii specyficznych dla alkoholu (Pearson, 2013), z pojedynczymi badaniami dotyczącymi marihuany (Pedersen i in., 2016), MDMA/ecstasy (np. Soar i in., 2006) i ketaminy (Vidal Gine i in., 2016). Niedawno Greń i in. (2023a) opracowali narzędzie zdolne do pomiaru PBS uniwersalnych dla wszystkich substancji psychoaktywnych (za wyjątkiem alkoholu i tytoniu). Narzędzie to zostało opracowane na podstawie wyników polskich badań wśród osób używających różnych substancji i może być stosowane także w przypadku osób przyjmujących więcej niż jedną substancję przy jednej okazji (ang. *polysubstance use*). Niemniej jednak, ze względu na swoje złożone działanie oraz efekty subiektywne, o dynamicznym przebiegu i relatywnej nieprzewidywalności, substancje psychodeliczne cechują się dużą specyficznością, za czym idą również specyficzne potrzeby w zakresie ograniczania ryzyka i szkód.

Psychodeliczna redukcja szkód

Jak dotąd kilka zespołów badawczych podjęło się wysiłku identyfikacji strategii, które mogą przyczyniać się do ograniczania negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików (np. Soar i in., 2006; Singer i Schensul, 2011; Hearne i Van Hout, 2016; Vidal Giné i in., 2016; Móró i in., 2011; Carhart-Harris i Nutt, 2013; Aday i in., 2021). Greń i in. (2022) przeprowadzili również podobne badanie wśród 72 polskich nastolatków używających różnych substancji psychoaktywnych, w tym psychodelików. Natomiast Palmer i Maynard (2022) przeprowadzili 163 pogłębione wywiady jakościowe, w których pytano m.in. o sposoby ograniczania ryzyka podejmowanego w związku z używaniem psychodelików. Z kolei pod koniec 2023 roku, zespół amerykańskich badaczy opublikował wstępną wersję narzędzia mającego służyć do pomiaru stosowania specyficznych dla psychodelików PBS (Mian i in., 2023). Narzędzie to ogranicza się jednak do strategii możliwych do zastosowania przed doświadczeniem psychodelicznym, w czym przypomina narzędzia wspierające samo przygotowanie do używania psychodelików (McAplipne i in., 2024). Istnieją również analogiczne narzędzia służące do pomiaru strategii, które można zastosować w trakcie trudnych doświadczeń psychodelicznych (Wood i in., 2024) lub już po używaniu psychodelików (Frymann i in., 2022). W związku z tym pomimo identyfikacji szeregu potencjalnych strategii oraz czynników związanych z ograniczeniem prawdopodobieństwa występowania negatywnych konsekwencji związanych z przyjmowaniem psychodelików, jak dotąd brak jest poddanych walidacji narzędzi, które umożliwiłyby rzetelny pomiar pełnego spektrum specyficznych dla psychodelików PBS. Takie narzędzia przyczynią się do postępu w dziedzinie badań nad behawioralnymi strategiami chroniącymi, umożliwi prowadzenie wyższej jakości badań nad wzorami używania substancji psychodelicznych, a także będą istotnym krokiem w kierunku opracowywania opartych na dowodach naukowych działań edukacyjnych, profilaktycznych i/lub terapeutycznych, skierowanych do osób, które używają psychodelików.

Psychodeliki nad Wisłą

Opracowaliśmy szeroko zakrojony projekt „Psychodeliki nad Wisłą”, który wychodzi naprzeciw aktualnym

potrzebom oraz ograniczeniom dotychczasowych badań nad psychodelikami. Projekt ten realizowany jest przez Zespół badawczy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pod kierownictwem Jakuba Grenia, przy wsparciu finansowym (w ramach zadania konkursowego) Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, ze środków Narodowego Program Zdrowia na lata 2021–2025.

Cele i spodziewane rezultaty

Głównym celem projektu jest pomiar i analiza wzorów używania psychodelików wśród dorosłych Polaków, ze szczególnym uwzględnieniem eksploracji specyficznych dla psychodelików behawioralnych strategii ograniczania szkód i/lub wzmacniania korzyści. Cele szczegółowe i spodziewane rezultaty tego projektu obejmują:

- identyfikację i analizę poszczególnych elementów wzorów używania psychodelików zgodnych z modelem *substancja, osoba i otoczenie*;
- pomiar i analizę zjawiska mikrodawkowania psychodelików oraz samoleczenia problemów zdrowia psychicznego za pomocą psychodelików;
- pomiar subiektywnych efektów, korzystnych wpływów oraz negatywnych konsekwencji, a także psychospołecznych uwarunkowań (czynniki ryzyka/chroniących) używania psychodelików;
- opracowanie i walidację narzędzia do pomiaru trudności i szkód związanych z przyjmowaniem psychodelików, które utrzymują się przez co najmniej jeden dzień po doświadczeniu psychodelicznym; nazwa robocza narzędzia to: *Post-Psychedelic Difficulties Scale* (PPDS);
- pomiar częstości oraz analizę skuteczności stosowania behawioralnych strategii ograniczających szkody i/lub wzmacniających korzyści związane z używaniem psychodelików;
- opracowanie i walidację narzędzia do pomiaru tychże strategii; nazwa robocza narzędzia to: *Psychedelic Risk-Reduction, Optimization Measures & Integration Scale* (PROMIS);
- adaptację językowo-kulturową oraz walidację wybranych narzędzi stosowanych w zagranicznych badaniach nad psychodelikami: *Challenging Experiences Questionnaire Brief* (CEQ-7; Stickland i in., 2024), *Mystical Experiences Questionnaire Brief* (MEQ-4; Stickland i in., 2024), *Emotional Breakthrough Inventory* (EBI; Roseman i in., 2019), *Psychological*

Insight Scale (PIQ; Peill i in., 2022), oraz *Experience Integration Scale* (EIS; Frymann i in., 2022).

Metoda

Badanie to ma charakter przekrojowy i wykorzystuje ankietę internetową do samodzielnego wypełniania na dowolnym urządzeniu ekranowym. Badanie to skierowane jest do wszystkich osób pełnoletnich, które przynajmniej jednokrotnie w swoim życiu używały dowolnej substancji psychoaktywnej. Realizacja badania przypada na okres kwiecień–lipiec 2025 roku.

Ankieta składa się z dwóch części, z których pierwsza dotyczy częstości używania różnych psychodelików w skali życia oraz ostatniego roku, a druga część skupia się na szczegółowej analizie wybranego doświadczenia psychodelicznego.

Udział w badaniu jest w pełni anonimowy. Udzielone informacje są poufne. Nie są zbierane dane osobowe ani wrażliwe, w tym adresy IP urządzeń, na których wypełniana jest ankieta. Udział w badaniu jest dobrowolny, co oznacza, że w dowolnym momencie można z niego zrezygnować, nie ponosząc z tego powodu żadnych konsekwencji. Zgodę na realizację projektu wydała Komisja Bioetyczna przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Badanie to zostało poprzedzone badaniem pilotażowym, którego realizacja przypadła na okres sierpień–listopad 2024 roku. W badaniu tym wzięło udział 548 osób, których odpowiedzi posłużyły do weryfikacji i optymalizacji finalnej metodologii zastosowanej w projekcie. Szczegółowe wyniki pilotażu dostępne są na stronie KCPU (kcpu.gov.pl). Po realizacji badań właściwych na stronie tej udostępniony zostanie również całościowy raport z realizacji projektu „Psychodeliki nad Wisłą”. Natomiast w jednym z kolejnych numerów Serwisu Informacyjnego „UZALEŻNIENIA” planowana jest publikacja streszczenia wyników tego projektu.

Bibliografia dostępna w internetowej wersji artykułu na stronie www.siu.praesterno.pl

Przypisy

¹ Od 2 lipca 2024 roku Agencja Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA).

Na stronie <https://poradniauzaleznienia.pl/> działa poradnia on-line świadcząca pomoc dotyczącą narkotyków/nowych substancji psychoaktywnych, problemów związanych z alkoholem, uzależnień mieszanych (od narkotyków i alkoholu łącznie), leków, sterydów i innych substancji psychoaktywnych.

Poradnię prowadzi Fundacja Praesterno na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Potrzebujesz pomocy?

Bezpłatne i anonimowe porady specjalistów od uzależnień (alkohol, narkotyki, leki) przez e-mail lub chat.

[Wyślij e-mail →](#)

[Wejdź na chat →](#)



Pomoc bezpośrednia udzielana jest przez specjalistów w formie odpowiedzi na pytania przesłane mailem lub w formie kontaktu czatowego. Okienko czatu pojawia się w czasie dyżurów specjalistów.

W portalu dostępna jest rozbudowana baza około 1200 placówek pomocowych. Wyszukiwarka placówek umożliwia wybór rodzaju uzależnienia, typu pomocy, województwa, placówek przyjmujących dzieci

i młodzież oraz placówek przyjmujących osoby z podwójną diagnozą (uzależnienie i zaburzenia psychiczne). Możliwe jest także niezależne wyszukiwanie placówek po wpisaniu nazwy placówki, miasta lub adresu. Prezentowane są także inne listy placówek pomocowych oraz zestawienie telefonów zaufania z opisem zakresu udzielanej pomocy.

Informator o narkotykach dostarcza wiedzy na temat tego, czym są i jak działają substancje psychoaktywne. Opisane zostały wskaźniki zażywania narkotyków, takie jak wygląd zewnętrzny (m.in. oczy, nos, twarz, zmiany skórne, znaczące ubytki wagi), zapach, zachowanie (mowa, żywienie, obniżony nastrój, objawy fizjologiczne), przedmioty związane z narkotykami (takie jak m.in. igły, strzykawki, opakowania po tabletkach/drażetkach, rurki, bibułka itp.).

Materiały informacyjno-edukacyjne

Informator o
narkotykach



Słowniczek terminów
slangowych



Przepisy prawne



Publikacje
elektroniczne



Czasopisma



Materiały dla
specjalistów





Baza placówek pomocowych



Bezpłatne i anonimowe porady przez e-mail



Polecamy również zbiór przepisów prawnych, opracowany na podstawie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (ISAP), uaktualnianego na bieżąco przez Kancelarię Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i znajdującego się w internecie pod adresem isap.sejm.gov.pl. W zbiorze aktów na stronie poradni są prezentowane wersje aktów prawnych aktualnych na dzień 31.03.2025 r. Daty i numery właściwych dzienników, monitorów i pozycje, pod którymi zostały opublikowane akty, można znaleźć na stronie ISAP. Na stronie poradni prezentowane są odnośniki do: ustaw, rozporządzeń i obwieszczeń Prezesa Rady Ministrów, Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji i Nauki, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, Ministra Obrony Narodowej oraz obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. W sumie umieszczono ponad 70 odnośników do aktów prawnych mających związek z problematyką uzależnień i przemocy domowej.

Omówiono właściwości uzależniające, skutki oraz objawy używania najpopularniejszych narkotyków z grup tzw. tradycyjnych (amfetamina, marihuana, heroina), jak i nowych substancji psychoaktywnych, zwanych wcześniej „dopalaczami” (mefedron, spice i in.). Opis dotyczy także halucynogenów (LSD, grzybów i innych roślin halucynogennych), leków (takich jak barbiturany oraz benzodiazepiny). W zestawie znajdują się także inne substancje: sterydy anaboliczne i środki wziewne.

W portalu znajduje się również dział z materiałami dla specjalistów. Każdy materiał zawiera link umożliwiający przejście na poświęconą mu stronę internetową. Prezentowane są wybrane programy profilaktyczne, szkolenia dla specjalistów i nauczycieli, udostępnione zostały syntetyczne opisy materiałów umożliwiających prowadzenie zajęć profilaktycznych z młodzieżą, a także zajęć z rodzicami.



Bieluń (halucynogen)

Wydawca:

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01
e-mail: kcpu@kcpu.gov.pl; www.kpcu.gov.pl

Redaktorka naczelna: Bogusława Bukowska;

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz;

Kolegium redakcyjne: Bartosz Kehl, Artur Malczewski, Katarzyna Michalska,
Danuta Muszyńska, Anna Radomska

Redakcja:

Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: +48 601 311 454
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Nr 2 (110) 2025 r.

Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816