



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (85) 2019

NR 1

2019

SPIS TREŚCI

Prawo

MIĘDZY REPRESJĄ, PROFILAKTYKĄ I TERAPIĄ.
POLITYKA NARKOTYKOWA W POLSCE – KONTEKST PRAWNY,
SPOŁECZNY I ZDROWOTNY. CZĘŚĆ I

Paulina Celińska-Chomiuk..... 1

Profilaktyka

SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH
I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE

Agnieszka Pisarska..... 8

Uzależnienia behawioralne

CO WIEMY O PROFILAKTYCE E-UZALEŻNIEŃ?

Magdalena Rowicka 14

Leczenie, redukcja szkód

ABC PRACY Z PACJENTEM STRAUMATYZOWANYM. PODSTAWY
TEORETYCZNE I WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

Maria Banaszak, Anna Woźniak 19

Analiza

CHEMSEX – PRÓBA ZDEFINIOWANIA ZJAWISKA W POLSCE

Michał Muskała, Michał Pawłęga..... 24

Badania, raporty

POZYTYWNE I NEGATYWNE ASPEKTY TERAPII IDENTYFIKOWANE
PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska..... 31

PROBLEM NARKOTYKÓW I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH
W CZECHACH I NA SŁOWACJI

Artur Malczewski..... 37

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I PROFILAKTYKA
W ŚRODOWISKU MŁODZIEŻY NIESŁYSZĄCEJ I SŁABOSŁYSZĄCEJ

Marcin J. Sochocki, Bartłomiej Walczak..... 42

Publikacja

DZIAŁANIA KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA RZECZ JAKOŚCI W PROFILAKTYCE

FENTANYL – NIEBEZPIECZNY NARKOTYKIV okładka

Analiza ustawodawstw wielu państw pokazuje, że nie mają one jednolitego podejścia do problemu używania narkotyków. Opierają się na różnych modelach antynarkotykowych. Nie wszystkie rozwiązania mają sens i przynoszą pożądane rezultaty.

MIĘDZY REPRESJĄ, PROFILAKTYKĄ I TERAPIĄ

Polityka narkotykowa w Polsce – kontekst prawny, społeczny i zdrowotny. część I

Paulina Celińska-Chomiuk

Prawniczka

Fundacja Praesterno

Program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

„Wojna z narkotykami” – tak obecnie nazywa się politykę narkotykową prowadzoną przez większość krajów świata, która ma na celu wyeliminowanie narkotyków i ich skutków – trwa nieprzerwanie od blisko 50 lat. Ta idea oficjalnie przyświeca wszelkim strategiom antynarkotykowym. Hasło „zero tolerancji” nie dotyczy jednak wyłącznie używek. W coraz większym zakresie uderza w ludzi, wszystkich tych, którzy mają jakąkolwiek styczność z narkotykami. Jesteśmy świadkami i zarazem uczestnikami globalnego konfliktu, który w niektórych częściach świata ma charakter militarny. Wizja świata wolnego od środków odurzających jest nierealna, zresztą bardzo niebezpieczna, ponieważ punktem wyjścia do poradzenia sobie z problemem narkotyków w danym kraju staje się represja i strategia zastraszania, a to powoduje, że w pewnym momencie na racjonalne rozwiązania nie ma już miejsca.

Zagadnienia dotyczące narkotyków i narkomanii należy rozpatrywać w trzech obszarach: prawnym, społecznym i medycznym. Dopóki zależność między nimi jest oparta na współpracy, możemy mówić o racjonalnej polityce narkotykowej. Jednak jak na razie reakcja karna w kontekście działań antynarkotykowych jest nadrzędna wobec pozostałych rozwiązań. Represja karna jest uważana za najlepszą metodę walki z narkotykami, tymczasem najistotniejsza reakcja powinna być zarezerwowana dla polityki zdrowotnej. Rozwiązania prozdrowotne stosowane

są w bardzo ograniczonym zakresie, co pokazuje, że alternatywy lecznicze nie są elementem spójnego systemu interwencji i reakcji, ponieważ polityka karnania za używanie narkotyków, oparta na ingerencji prawnokarnej, nadal dominuje.

Gdzie zaczyna się i kończy ingerencja prawnokarne?

Analiza ustawodawstw wielu państw pokazuje, że nie mają one jednolitego podejścia do problemu używania narkotyków. Opierają się na różnych modelach antynarkotykowych, nie wszystkie rozwiązania mają sens i przynoszą pożądane rezultaty.

Narkotyki mają nielegalny status we wszystkich współczesnych systemach prawnych, jednak model prohibicyjny, zależny od strategii danego państwa, ulega wielu modyfikacjom, w szczególności może adaptować koncepcje mieszane, które zachowują równowagę i tworzą pewien rodzaj współpracy systemu karnania z systemem leczenia. Najważniejsze aspekty regulacji prawnych to zakres kryminalizacji przewidziany przez ustawodawstwo danego kraju i sposób, w jaki dany system traktuje użytkowników narkotyków.

Prohibicyjność wyraża się w dolegliwym represjonowaniu osób popełniających przestępstwa związane z narkomanią, to postulat surowego karnania i orzekania środków terapeutycznych w bardzo ograniczonym

zakresie, bo tylko w formie leczenia przymusowego. Takie podejście nazywa się także moralistycznym lub represyjno-leczniczym. Wielu autorów, specjalistów i praktyków redukcji szkód krytykuje przyświecający temu podejściu bezwzględny obowiązek ścigania każdego przypadku używania narkotyków i dlatego uważa go za model rygorystyczny¹.

Permisywność to z kolei paramedyczne i tolerancyjne stanowisko, którego nadrzędnym celem jest leczenie i readaptacja osób nadużywających środków odurzających. Zamiennie nazywane jest modelem medyczno-społecznym lub leczniczo-represyjnym². Bardzo ciekawy i chyba najlepiej oddający specyfikę odrębnych reakcji systemu prawa jest podział systemu prohibicyjnego na dwa wymiary: restrykcyjność-permisywność i represyjność-leczenie³. Ujęcie restrykcyjne oznacza prohibicję bezwzględną. Zakazane jest posiadanie, konsumpcja i wszelkie formy obrotu środkami odurzającymi. Permisywizm oznacza, że prawo toleruje pewne zachowania uznawane za typowe dla użytkowników narkotyków, np. posiadanie nieznacznych ilości na własny użytek, zakres kryminalizacji jest ograniczony, niektóre formy obrotu zostają zdekryminalizowane, a nawet legalizowane są pewne substancje psychoaktywne. W wypadku dekryminalizacji mamy do czynienia z niekaralnością pewnych form posiadania narkotyków lub posiadania ich przez pewne osoby, co nie oznacza, że takie posiadanie jest legalne. O legalizacji można mówić dopiero wówczas, gdy rozciąga się ona na wszelkie formy obrotu narkotykami: nabywanie, zbywanie, udzielanie, produkcję⁴. Ujęcie permisywne dąży do zwalczania konsumpcji, ale jednocześnie aprobuje alternatywne rozwiązania, potrzebne i skuteczne, np. odstąpienie w pewnych przypadkach od karania osób zażywających narkotyki.

W drugim kontekście (represyjność-leczenie) represyjność oznacza, że prawo stosuje sankcje karne wobec osób uzależnionych/zagrożonych uzależnieniem i traktuje je podobnie jak sprawców innych przestępstw, z tą jednak różnicą, że przewiduje szczególne rozwiązania i w pewnych przypadkach rezygnuje z karania, dając możliwość leczenia czy udziału w oddziaływaniach profilaktycznych/interwencyjnych. Zwolennikom strategii represyjnej, opartej na odstraszeniu od popełniania przestępstw, wciąż umyka refleksja, że groźba wykonania surowej kary jest,

szczególnie dla osób uzależnionych, raczej drugorzędna, ponieważ uzależnienie od narkotyków jest dla nich wystarczającym powodem, dolegliwym przymusem, by jednak tzw. przestępstwa narkotykowe popełniać. Oczekiwanie, że osoby chore zrezygnują z różnych form pozyskiwania narkotyku, a więc m.in. z zachowań stanowiących podstawę odpowiedzialności karnej w obawie przed groźbą pozbawienia wolności – jest po prostu złudne⁵.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii

W latach 80. byliśmy bardziej europejscy i racjonalni niż później. Już pierwsza ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku⁶ wyrażała podejście profilaktyczno-lecznicze, penalizowała obrót i dystrybucję narkotyków i nie kryminalizowała posiadania nieznacznych ilości. Co prawda posiadanie środków odurzających było nielegalne, ale zamiast kary stosowano konfiskatę⁷. Kolejna ustawa z 1997 roku⁸ była także nowoczesnym i dobrym rozwiązaniem, zbalansowała rozróżnienie między podejściem restrykcyjnym a profilaktyczno-leczniczym. Wprowadziła zakaz posiadania (kryminalizacja) i jednocześnie możliwość niekarania (depenalizacja). Samo nabywanie i używanie środków odurzających lub substancji psychotropowych nie było przestępstwem. Szczególnie nowatorskie znaczenie miał art. 48 ust. 4, który ustanowił brak karalności za posiadanie nieznacznej ilości narkotyku na własny użytek. Już wtedy dostrzeżono, że bezwzględna kryminalizacja, obejmująca każdą postać posiadania, to nic innego jak represja karna, która najbardziej dotyka użytkowników narkotyków i osoby uzależnione. Tak przemyślana regulacja stworzyła sytuację, w której realnie zapobiegano masowemu represjonowaniu użytkowników narkotyków, w tym także okazjonalnych użytkowników i chroniono osoby uzależnione. W 2000 roku zaostrzyliśmy politykę narkotykową, a nowelizacja uplasowała Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem humanitarności i racjonalności prawa narkotykowego. Wspomniany art. 48 ust. 4 – posiadanie małych ilości na własny użytek – został wykreślony, a nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku⁹ wprowadziła całkowitą penalizację posiadania każdej ilości narkotyków. Art. 62 wykluczył wyjątki od zasady legalizmu ścigania i zobowiązał do ścigania wszystkich

przestępstw związanych z posiadaniem jakiegokolwiek ilości narkotyków. Wobec tak skonstruowanej normy traktowanie okazjonalnych użytkowników i osób uzależnionych zostało zrównane z innymi typami przestępstw narkotykowych o znacznie cięższej wadze. Karanie za posiadanie w największym stopniu dotyka osoby uzależnione, w żadnym wypadku nie likwiduje zorganizowanej przestępczości narkotykowej. Być może właśnie ta dysproporcja wpłynęła na jedną z ważniejszych zmian w przepisach, która wyłączyła karalność w pewnych przypadkach. Zgodnie z art. 62a¹⁰, jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, 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. Jest to z pewnością rozwiązanie bliższe standardom europejskim, ale jak na razie w większym stopniu ogranicza się jedynie do literalnego brzmienia, zaś w znacznie mniejszym zakresie przekłada na rzeczywistą praktykę.

Czy używanie narkotyków to przestępstwo?

Jak wynika z literalnego brzmienia przepisów, posiadanie narkotyków jest czynem zabronionym przez polskie prawo i zagrożonym karą. Jednak współczesny charakter szeroko pojętego używania narkotyków, a więc odmienne profile użytkowników, zróżnicowane poziomy używania, różne środki odurzające i różne modele zażywania, nie w każdym przypadku powiązany jest z handlem czy uzyskiwaniem korzyści majątkowych, co wymusza elastyczność ram odpowiedzialności karnej.

Najważniejsze jest zidentyfikowanie powodów sięgania po substancje psychoaktywne, ustalenie okresu

używania, dokonanie rozróżnienia w taki sposób, by ewentualna kara była współmierna do winy, a zakres odpowiedzialności był ustalany indywidualnie. Nie powinno być tak, by okazjonalni konsumenci, osoby eksperymentujące z narkotykami podlegali zbyt rygorystycznej represji karnej. Posiadanie narkotyków w przypadku osób uzależnionych to zupełnie inny wymiar czynu zabronionego. Tu wchodzi w grę przymus nabywania i używania, specyfika choroby nierozdzielnie połączona jest z narkotykami. Po-

siadanie jest przestępstwem, ale użycie narkotyku nie jest zachowaniem typizowanym jako czyn zabroniony:

- Żaden przepis ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nie zawiera wprost sformułowanego zakazu używania (zażywania) środków odurzających¹¹.
- Na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nie są karalne zachowania polegające na używaniu środków odurzających, tym samym nie jest karalne posiadanie tych środków trwające w czasie ich zażywania¹².
- Dysponowanie narkotykiem związane z jego zażywaniem lub zamiarem niezwłocznego zażycia nie jest posiadaniem w rozumieniu ustawy. Poza zakresem kryminalizacji jest sama czynność zażywania narkotyków i stąd związana z nią zawsze jakaś forma dzierżenia, posiadania czy dysponowania narkotykiem i nie może to być traktowane jako posiadanie zagrożone sankcją karną¹³.
- Samo chwilowe posiadanie środka odurzającego lub substancji psychotropowej w związku z jej użyciem nie jest czynem karalnym. Dopiero w wypadku zrealizowania przez sprawcę, który posiadał środek odurzający innego czynu zabronionego przez tę ustawę (połączonego z wyzbyciem się środka narkotycznego, np. udzielanie, sprzedaż), sprawca odpowiada za zrealizowany czyn następczy¹⁴.
- Nie jest przestępnym znajdowanie się w stanie po użyciu środka odurzającego, ale jego posiadanie. Dlatego stwierdzenie stanu po użyciu narkotyków

Zagadnienia dotyczące narkotyków i narkomanii należy rozpatrywać w trzech obszarach: prawnym, społecznym i medycznym. Dopóki zależność między nimi jest oparta na współpracy, możemy mówić o racjonalnej polityce narkotykowej. Jednak jak na razie reakcja karna w kontekście działań antynarkotykowych jest nadrzędna wobec pozostałych rozwiązań.

*nie stanowi dowodu, że ktoś ten narkotyk wcześniej posiadał. Jest to tylko i wyłącznie dowód o charakterze poszlakowym*¹⁵.

Te wyroki są kluczowe, pozwalają na zbudowanie przesłanek i warunkują – przy spełnieniu innych okoliczności – umorzenie postępowania w sprawie dotyczącej posiadania narkotyków. Jednak bardzo często nie jest to wystarczający argument, by uniknąć skazania, bo istnieją orzeczenia przeciwnie, które stwierdzają, że:

- *Termin ‘posiadanie’ należy stosować do każdej formy posiadania, nawet chwilowej. Nie ma przy tym znaczenia czas takiego posiadania/trzymania. Kryterium limitującym karalność posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych z całą pewnością nie jest długotrwałość ich dzierżenia*¹⁶.
- *Karalny jest każdy przypadek posiadania narkotyków – bez znaczenia jest cel takiego posiadania. Karalne jest posiadanie w celu dalszej sprzedaży lub udzielenia ich innej osobie, jak i w celu samodzielnego zażycia – czy to za jakiś czas czy niezwłocznie*¹⁷.
- *Posiadaniem jest każde władowanie narkotykiem, także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia*¹⁸.

Te przykłady pokazują, że kwestie rozbieżności orzecznictwa w tym zakresie mogą powodować, że nie wszyscy są równi wobec prawa, jeżeli chodzi o przestępstwa narkotykowe i grożące sankcje karne.

Granice karalności – znaczna i nieznaczna ilość

Konstytucyjne wytyczne, określające zasady prawidłowej legislacji – zupełność, proporcjonalność i określoność – zobowiązują do precyzyjnego wyznaczenia granic karalności, tak by zapobiec nierówności wobec prawa poprzez ukształtowanie jednolitej praktyki w stosowaniu przepisów. Ma to niebagatelne znaczenie w procedurze karnej prowadzonej przeciwko osobom podejrzanym, zatrzymywanym i oskarżanym na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Co więcej, jest to bardzo potrzebne, bo w Polsce mimo wszystko kształtuje się dowolność interpretacyjna art. 62. W zależności od kwalifikacji prawnej czynu (typ podstawowy, kwalifikowany, uprzywilejowany) wymiar kary także będzie podstawowy, surowszy lub złagodzony. Brak konkretnych wartości granicznych powoduje, że osoby popełniające te same/

podobne przestępstwa, ponoszą odpowiedzialność karną nie na podstawie ustalonych norm, a raczej na podstawie utartej, nieadekwatnej praktyki i uznaniowości interpretacyjnej danej jednostki wymiaru sprawiedliwości. Negatywne skutki braku legalnej definicji znacznej i nieznacznej ilości narkotyku to tylko początek dalszych prawnych, społecznych i zdrowotnych problemów użytkowników środków odurzających.

Orzecznictwo – „znaczna ilość”

- *Różnica zagrożenia sankcją karną między typem podstawowym a kwalifikowanym przestępstwa z art. 62 wskazuje, że różnicując odpowiedzialność, ustawodawca założył, iż znaczna ilość narkotyków to taka, która wystarcza do sporządzenia co najmniej kilkunastu tysięcy porcji, ilość hurtowa. Nadmierne rozszerzanie pojęcia „znaczna ilość” środka odurzającego powoduje, że jednakowo kwalifikuje się zachowania sprawców, którzy przechowują stosunkowo niewielkie ilości narkotyku i osób, które dysponują znacznymi zasobami*¹⁹.
- *Znaczna ilość narkotyku to taka, która wystarcza do jednorazowego odurzenia się co najmniej kilkudziesięciu osób*²⁰.
- *Z posiadanych przez oskarżonego 855 ml zasadowej amfetaminy można uzyskać 896 g narkotyku, to jest ilość znaczną, bo adekwatną 8960 porcji, zatem wystarczającą do jednorazowego odurzenia prawie 9 tys. osób. Przy ocenie, czy ilość narkotyku jest znaczna, powinno się uwzględniać nie tylko masę wagową, ale także rodzaj narkotyku oraz liczbę osób, która może być jednorazowo odurzona. Nie będzie ilością znaczną ilość narkotyku miękkiego, np. marihuany, jak taka sama wagowo ilość narkotyku twardego*²¹.
- *Sąd nie uznaje, by 20 dag amfetaminy stanowiło znaczną ilość substancji psychotropowej w rozumieniu art. 62 ust. 2*²².
- *Znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych w rozumieniu u.p.n. to ilość pozwalająca na sporządzenie co najmniej kilkuset jednorazowych porcji, mogących odurzyć co najmniej kilkaset osób*²³.
- *Znaczną ilością narkotyku jest nie mniej jak 2 kg substancji aktywnej, bo z tej masy można wykonać co najmniej kilkadziesiąt (20) tysięcy porcji*²⁴.

Należy przy tym pamiętać, że ocena ilości środka wyznacza cel posiadania. Znaczna ilość najczęściej pojmowana jest jako cecha zbytu, zaś ilość nieznaczna jako zamiar konsumpcji osobistej. Ten czynnik ma wpływ na wymiar kary, budzi tak dużo zastrzeżeń, jak i przychylnych głosów, bo nie w każdej sytuacji ten podział jest tak oczywisty. Posiadanie większej ilości narkotyków może być związane z uzależnieniem i zaopatrzeniem danej osoby na kilka/kilkanaście dni, wobec tego inne okoliczności muszą być także dokładnie zweryfikowane.

Orzecznictwo – „nieznaczna ilość”

- Art. 62 u.p.n. zabrania posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych, zatem posiadania przynajmniej 1 porcji takiego środka, pozwalającej na odurzenie człowieka. Przepis ten nie ma zastosowania do sytuacji powstałej po „posiadaniu środka odurzającego” – woreczka ze śladowymi ilościami białego proszku. „Ilość śladowa”, nikłe resztki, pozostałości po substancji psychotropowej nie spełnia cyt. znamienia posiadania owej substancji²⁵.
- Tylko wówczas dochodzi do wypełnienia przedmiotowego znamienia przestępstwa z art. 62, gdy posiadanie środka odurzającego następuje w ilości pozwalającej na choćby jednorazowe użycie danej substancji, w dawce dla niej charakterystycznej, zdolnej wywołać u człowieka inny niż medyczny skutek²⁶.
- O uznaniu konkretnego czynu zabronionego za wypadek mniejszej wagi decyduje w istocie ocena jego społecznej szkodliwości, postrzegana przez pryzmat przesłanek wskazanych w art. 115 § 2 Kodeksu karnego. W świetle tych przesłanek jest oczywiste, że masa posiadanych przez skazanego środków nie może być jedynym kryterium oceny jego stopnia społecznej szkodliwości czynu. Istotne znaczenie dla oceny wagi czynu ma także rodzaj posiadanych przez skazanego środków (amfetamina)²⁷.
- O posiadaniu narkotyków można mówić tylko wtedy, gdy sprawca dysponuje co najmniej jedną działką narkotyku. Tak więc bez wątpienia kryterium tego nie spełnia osad marihuany na szklanej lufce²⁸.
- Przyjęcie, że śladowa ilość środka odurzającego, niemierzalna za pomocą wagi analitycznej, wyczerpuje

znamie „posiadania” środka odurzającego w rozumieniu art. 62 ust. 2, stanowi błędną wykładnię tego przepisu, a uchybienie to oznacza oczywiście i rażące naruszenie prawa materialnego²⁹.

- Z ustaleń faktycznych wynika, że oskarżony udzielił środków odurzających w ilości nie większej niż 5 g. Wskazaną ilość niewątpliwie można zaliczyć do ilości nieznacznych, skoro ustawodawca w pierwotnej treści załącznika do projektu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wskazał jako ilości nieznaczne do 10 g marihuany, do 3 g haszyszu i do 0,25 g amfetaminy³⁰.

Art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii miał za zadanie zniwelować negatywne konsekwencje wynikające ze stosowania samego art. 62. Nie tylko zakaz ma być proporcjonalny, ale także wiążąca się z nim kara, co oznacza, że przyjęte regulacje mają być skuteczne w rozwiązywaniu problemów społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i jednocześnie ich efekty mają uzasadniać uciążliwość zastosowanych represji karnych. Tymczasem w Polsce nadal mamy do czynienia z faktycznym karaniem samego zażywania poszczególnych substancji i osób uzależnionych pośrednio z powodu ich choroby. Represja karna skierowana wobec sprawców drobnych przestępstw związanych z konsumpcją narkotyków nie realizuje pozytywnych efektów, nie idzie w parze z oddziaływaniami profilaktycznymi czy edukacyjnymi, a stygmatyzuje, wyrządza szkody i nie poprawia ekonomii procesowej³¹.

Statystyka

Badania przeprowadzone w 2015 roku przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości³², pokazują, że jednostki organizacyjne prokuratury albo wcale nie stosują art. 62a, albo stosują ten przepis w bardzo ograniczonym zakresie. Na 261 wybranych losowo prokuratur rejonowych zaledwie 150 jednostek (57,5%) przesłało akta spraw zakończonych prawomocnie w 2014 roku, w których zastosowano badany przepis. Dodatkowo aż 42,5% prokuratur nie umorzyło w 2014 roku ani jednej sprawy na podstawie przepisu art. 62a, co wskazuje na fakt, że rozwiązania alternatywne do karania nie doczekały się pełnej implementacji. Co więcej, ogromnym problemem jest prawidłowe ich

stosowanie, co z kolei powoduje problemy orzecznictwa i odmienne reakcje karnoprawne w podobnych stanach faktycznych.

Doświadczenia polskie w zakresie funkcjonowania i stosowania znówelizowanych przepisów ustawy pokazują, że pomimo istnienia typu uprzywilejowanego przestępstwa posiadania – przypadku mniejszej wagi, prokuratorzy bardzo rzadko kwalifikują z tego ustępu. Wobec osób posiadających małe ilości narkotyków nadal są prowadzone postępowania i wymierzane kary surowsze, niż przewiduje ustawodawca.

W 2011 roku wszczęto prawie 22 940 postępowań karnych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, najczęściej z powodu nielegalnego posiadania. Profil sprawcy to osoba działająca indywidualnie, pojedynczo – tak było w ponad 90% spraw. Postępowania o przestępstwa narkotykowe nie są umarzane na etapie dochodzenia. Tak było w zaledwie 78 przypadkach. 44% osób zostało namierzonych/zatrzymanych na gorącym uczynku. Miejscem popełnienia tych przestępstw najczęściej jest ulica – prawie 43% przypadków. Główny przedmiot (rodzaj narkotyku) w przestępstwach narkotykowych to: marihuana, haszysz, środki psychotropowe, heroina, kokaina, crack, ecstasy³³. Analizując postępowania wszczęte przez policję na przestrzeni lat 2011–2017, widoczny jest systematyczny wzrost pracy operacyjnej i prowadzenia dochodzeń w tym zakresie. Począwszy od 2011 roku, a więc roku, w którym wprowadzono nowelizację, wszczęto 22 940 postępowań, w 2012 roku nieco ponad 23 tys., w 2013 roku było to już 25 tys., w 2014 roku prawie 28 900, a ostatnie trzy lata objęte podsumowaniem – 2015, 2016, i 2017 – to kolejno ponad 30 tys., 31 tys. i 32 601 postępowań³⁴. Statystyka nie oddaje rzeczywistej skali problemu – przede wszystkim diagnozuje drobne posiadanie. A ponieważ wykrycie przy osobie podejrzanego substancji psychoaktywnej

jest tożsame z wykryciem przestępstwa, więc policja chętnie dokonuje przeszukań i zatrzymań przypadkowych osób w miejscach publicznych³⁵. Jeżeli chodzi o skazania za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, to począwszy od 2012 roku ta liczba utrzymuje się na podobnym poziomie, z tym że rok po nowelizacji była najwyższa – za tzw. przestępstwa narkotykowe skazanych zostało ponad 19 tys. osób. W kolejnych latach obserwujemy nieznaczny spadek liczby wyroków skazujących: w 2013 roku ponad 18 tys. skazań, w 2014 roku

blisko 17 500, w 2015 roku 16 400, a w 2016 roku prawie 19 500 użytkowników narkotyków zostało skazanych za przestępstwa narkotykowe³⁶. W 2016 roku najliczniejszą grupę skazanych z ustawy stanowiły osoby bardzo młode – w wieku 17-21 lat (5868), w następnej kolejności w wieku 25-29 lat (4481 osób), na trzecim miejscu osoby w wieku 22-24 lata (605), dalej 30-34 lata (3068 osób), 35-39 lat (1355 osób). Najniższy odsetek popełniających przestępstwa z ustawy to osoby w wieku 40-44 lata (529), 45-49 lat (208 osób), 50-59 lat (253 osoby), 60 lat i więcej (49 osób), a w przypadku 30 osób brak

Kształtowanie humanitarnej i racjonalnej polityki narkotykowej i polityki karania użytkowników narkotyków, osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od substancji psychoaktywnych w największej mierze powinno się opierać na osiągnięciu celów w obszarze ochrony zdrowia publicznego i rozwiązań o charakterze terapeutycznym. W Polsce strategia karania za używanie narkotyków wciąż oparta jest na represji karnej.

było danych na temat ich wieku³⁷.

Na przestrzeni lat zauważalny jest wzrost umorzeń w związku z posiadaniem nieznacznych ilości narkotyków. W 2012 roku w całej Polsce umorzono 2145 spraw, w 2013 roku – 3132 sprawy, w 2014 roku – 4273 sprawy, a w 2015 roku – 5754 sprawy³⁸. Te wyniki są pocieszające, jednak nie zmienia to faktu, że nowelizacja nie przyniosła potrzebnych zmian w samej idei karania za tzw. przestępstwa narkotykowe.

Nie można zapominać, że wiele osób poddaje się dobrowolnie karze i tym samym ustalony wymiar kary jest znacznie surowszy i nieadekwatny do popełnionego czynu. W przypadku przestępstw narkotykowych, szczególnie posiadania, poddanie się karze oznacza wyrok skazujący. Jest to powszechna praktyka

prokuratorów, którzy najczęściej wnioskuje o karę pozbawienia wolności w zawieszeniu.

Pozostałe znowelizowane przepisy miały za zadanie upowszechnienie stosowania idei „leczyć zamiast karać” w procesie karnym, jednak – jak pokazuje dotychczasowa praktyka – rozwiązania prozdrowotne nie są wykorzystywane w dostateczny sposób. Można zaryzykować stwierdzenie, że alternatywy lecznicze określone w art. 70a-73a ustawy są w praktyce martwe, zaś klasyczna reakcja prawno-karna jest przeciwcelowa, niehumanitarna i całkowicie sprzeczna z zasadą prymatu leczenia nad karaniem – ważną zasadą polskiego i europejskiego prawa narkotykowego.

Kształtowanie humanitarnej i racjonalnej polityki narkotykowej i polityki karania użytkowników narkotyków, osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od substancji psychoaktywnych w największej mierze powinno się opierać na osiągnięciu celów w obszarze ochrony zdrowia publicznego i rozwiązaniach o charakterze terapeutycznym.

W Polsce strategia karania za używanie narkotyków wciąż oparta jest na represji karnej. Powoduje to określone szkody, nie przyczynia się do zapobiegania negatywnym skutkom używania narkotyków, pogłębia zjawisko marginalizacji, wykluczenia, a także społeczne i zdrowotne konsekwencje kryminalizacji użytkowników substancji psychoaktywnych. *To poważny błąd, kiedy pობлаза się zniekształcaniu czy przesadnemu uwypuklaniu rzekomych niebezpieczeństw związanych z poszczególnymi narkotykami lub czyni podstawą edukacji na temat narkotyków strategię zastraszania. Nie ma sensu straszyć młodych ludzi Babą Jagą: w dziewięciu przypadkach na dziesięć podejmą wyzwanie*³⁹.

Przypisy

- ¹ A. Gaberle, M. Ostrowska, „Prawo karne wobec narkomanii. Uwagi na tle ustawy z dnia 31.01.1985”, RREiS nr4/1985, s. 117.
- ² S. Redo, „Narkomania. Aspekty prawno-karne i kryminologiczne”, Toruń 1979, s. 25.
- ³ K. Krajewski, „Prawo karne wobec środków odurzających i psychotropowych (Z problematyki teorii kryminalizacji)”, Archiwum Kryminologii 1995, t. XXI, s. 42 i n.
- ⁴ Ibidem.
- ⁵ A. Gaberle, M. Ostrowska, „Kara pozbawienia wolności a zapobieganie narkomanii”, Pal. 1986, z. 5-6, s. 69.
- ⁶ Ustawa z dnia 21 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii, Dz.U., 1985, Nr 4, poz. 15, z późn. zm.

- ⁷ K. Krajewski, „Polskie prawo narkotykowe wysyła sprzeczne sygnały”, Biuletyn Informacyjny – Problemy Narkomanii, 4/2007, s. 54.
- ⁸ Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U., 1997, Nr 75, poz. 468, z późn. zm.
- ⁹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U., 2005, Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.
- ¹⁰ Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U., 2011, Nr 117, poz. 678.
- ¹¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2010 roku, V KK 363/09.
- ¹² Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 28 grudnia 2006 roku, I Aka 347/06.
- ¹³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 roku, II KK 197/08.
- ¹⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 17 listopada 2005 roku, II Aka 288/05.
- ¹⁵ Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 roku, I KZP 24/10.
- ¹⁶ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 13 marca 2007 roku, II Aka 28/07.
- ¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 października 2009 roku, I KZPO 22/09.
- ¹⁸ Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 roku, I KZP 24/10.
- ¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 25 października 2006 roku, II Aka 205/06.
- ²⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 lutego 2007 roku, III KK 257/06.
- ²¹ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 15 marca 2007 roku, II Aka 182/06.
- ²² Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 14 czerwca 2007 roku, II Aka 83/07.
- ²³ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 20 lutego 2008 roku, II Aka 10/08.
- ²⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 8 lipca 2009 roku, II Aka 132/00.
- ²⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 20 grudnia 2006 roku, II Aka 241/06.
- ²⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2008 roku, IV KK 127/08.
- ²⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2008 roku, II KK 235/08.
- ²⁸ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 23 grudnia 2008 roku, II Aka 380/08.
- ²⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2011 roku, IV KK 26/11.
- ³⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 29 września 2005 roku, II Aka 217/05.
- ³¹ Uzasadnienie do projektu Ustawy z dnia 1 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw.
- ³² M. Jankowski, S. Momot, „Stosowanie przepisu art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2015, s. 180.
- ³³ <http://www.statystyka.policja.pl/st/informacje/82014,Przestępstwa-narkotykowe-w-statystyce-policijnej.html>
- ³⁴ <http://www.statystyka.policja.pl/st/przestępstwa-ogolem/przestępstwa-kryminalne/ustawa-o-przeciwdziałaniu/122323,Przestępstwa-z-Ustawy-o-przeciwdziałaniu-narkomanii.html>
- ³⁵ Więcej na ten temat: Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012/2013.
- ³⁶ Statystyka sądowa – Prawomocne skazania osób dorosłych w latach 2012-2016, Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej, Departament Strategii i Funduszy Europejskich, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2017, s. 36.
- ³⁷ Ibidem, s. 77.
- ³⁸ P. Kubaszewski, „Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w trzy lata po jej wejściu w życie – raport z praktyki stosowania”, Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica 76, 2016, s. 126 i n.
- ³⁹ Wniosek Kanadyjskiego Raportu Le Daina z 1972 roku <http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/cu/cu60.html>

W ciągu ostatnich 30 lat obserwujemy systematyczny rozwój naukowych podstaw profilaktyki i promocji zdrowia, powstało także wiele skutecznych programów przeciwdziałania problemom zdrowia publicznego. Profilaktyka to obecnie dziedzina nauki oparta na wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących związanych z problemami zdrowia psychicznego i somatycznego, mechanizmach odpowiedzialnych za wystąpienie niepożądanych zjawisk i problemów zdrowotnych, a także wiedzy o skutecznych strategiach przeciwdziałania tym zjawiskom i problemom. Wyzwaniem nadal jednak pozostaje wdrażanie wiedzy naukowej do praktyki.

SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE

Agnieszka Pisarska

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii

W Polsce od lat prowadzone są liczne działania mające na celu zapobieganie problemom zdrowia psychicznego oraz zachowaniom ryzykownym – szczególnie w grupach dzieci i młodzieży. Od końca lat 90. obowiązek realizacji programów przeciwdziałania problemom związanym z piciem alkoholu oraz używaniem narkotyków należy do samorządów lokalnych. Na prowadzenie takich działań wydawane są duże sumy pieniędzy. W 2014 roku samorządy gmin wydatkowały na te cele ponad 704 mln złotych. Z danych zbieranych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w niewielu społecznościach lokalnych realizowane są programy o udokumentowanej skuteczności, rekomendowane przez instytucje centralne zajmujące się profilaktyką. Na realizację takich programów w 2014 roku gminy wydały około 5 mln złotych. Najwięcej gmin wspiera finansowo spektakle profilaktyczne, czyli przedstawienia teatralne lub muzyczne dotyczące zagrożeń związanych z sięganiem przez nastolatków po substancje psychoaktywne, rozmaite konkursy, prelekcje i pogadanki poświęcone tej problematyce, festyny dla mieszkańców społeczności lokalnych, a przede wszystkim imprezy sportowe (Zin-Sędek, 2015). Niestety, programy i tego typu działania realizowane w społecznościach lokalnych nie są zazwyczaj poddawane badaniom ewaluacyjnym. Nie dysponujemy więc dowodami na ich skuteczność, co więcej, istnieje ryzyko, że niektóre z tych działań mogą przynosić szkody odbiorcom.

Jak pokazują powyższe dane, jakość działań profilaktycznych prowadzonych w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Podobnie jest w większości krajów Unii Europejskiej. Powszechną praktyką jest korzystanie z pozbawionych podstaw naukowych, niesprawdzonych oraz nieskutecznych programów profilaktycznych. Dane European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) z 2015 roku wskazują, że w działaniach profilaktycznych prowadzonych w szkołach nadal dominuje nieskuteczne podejście poznawczo-informacyjne. Poprawa jakości programów profilaktycznych jest obecnie jednym z priorytetów polityki zdrowotnej w Europie. W Polsce, w odpowiedzi na konieczność podnoszenia jakości działań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych, wdrożony został w 2010 roku „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”. Celem tego systemu, oprócz tworzenia banku sprawdzonych programów, jest także popularyzacja wiedzy na temat skutecznej profilaktyki oraz upowszechnianie dobrych programów w kraju.

System rekomendacji powstał z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Założenia systemu zostały przygotowane przez zespół, w skład którego weszły osoby reprezentujące Krajowe Biuro, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,

Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Źródłem inspiracji dla twórców polskiego systemu był program Exchange Drug Demand Reduction Action (EDDRA) prowadzony przez EMCDDA. Obecnie w skład Zespołu ds. Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego wchodzi przedstawiciele instytucji, które brały udział w opracowywaniu założeń systemu. W ramach pracy zespołu dokonywana jest ocena programów promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zachowań ryzykownych, w tym używania substancji psychoaktywnych. Programy spełniające kryteria jakości otrzymują rekomendację, zaś informacje o nich i zasadach ich upowszechniania są zamieszczane w bazie prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.programyrekomendowane.pl). Program może otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów:

1. Program obiecujący – program poprawnie skonstruowany, dysponujący wynikami ewaluacji procesu uprawniającymi do wnioskowania o możliwości uzyskania oczekiwanych rezultatów w efekcie jego realizacji.
2. Dobra praktyka – program poprawnie skonstruowany, o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na czynniki, które pośredniczą w osiąganiu zmian w zachowaniu – innymi słowy o potwierdzonej skuteczności w zakresie osiągnięcia celów szczegółowych programu.
3. Program modelowy – program o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na zachowania problemowe.

Pierwszym krokiem w uzyskaniu rekomendacji jest złożenie wniosku aplikacyjnego na adres Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub przez serwis www.programyrekomendowane.pl. Następnie program oceniany jest przez zespół pod kątem szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości oraz poszczególnych etapów jego konstruowania, realizacji, ewaluacji i monitorowania. Poniżej opisane zostały standardy i kryteria oceny programów.

Ogólne dane o programie

Ogólne dane o programie zawierają nazwę programu, nazwiska jego autorów oraz nazwę organizacji (instytucji, którą reprezentują). W tym miejscu za-

mieszczana jest także informacja, czy program dotyczy promocji zdrowia, czy też profilaktyki uniwersalnej, selektywnej bądź wskazującej.

Okres wdrażania programu

Przyjętym w ramach systemu standardem jest to, by program ubiegający się o rekomendację był realizowany przynajmniej od roku. Programy, które są dopiero planowane bądź były realizowane w okresie krótszym niż rok, nie mogą więc starać się o otrzymanie rekomendacji. Wymagane jest więc pewne doświadczenie w realizacji przygotowanego projektu profilaktycznego. Na tym etapie oceny programu rozważane jest jedno kryterium, mianowicie: czy program jest realizowany dłużej niż rok?

Opis problemu

Kolejnym standardem jest diagnoza, czyli zebranie i przedstawienie danych dotyczących natury i rozpowszechnienia problemu, któremu program ma przeciwdziałać. Dane te zarazem pozwalają określić, kim będą odbiorcy programu. Na przykład, jeśli program dotyczy sięgania przez nastolatów po alkohol, to w tym miejscu wniosku aplikacyjnego powinny znaleźć się dane dotyczące rozpowszechnienia tego problemu wśród nastoletniej młodzieży. Ważne jest przy tym, by dane te były aktualne, czyli odwoływały się do najnowszych dostępnych badań oraz uwzględniały sytuację w danym środowisku lokalnym. Ponadto muszą dotyczyć adresatów programu, w omawianym przykładzie – młodzieży. Z opisu rozpowszechnienia zjawiska wyłania się problem, któremu ma przeciwdziałać program. Poprawny opis stanu rzeczy znajduje swoje bezpośrednie odzwierciedlenie w sformułowanym celu głównym. Standardem w tym punkcie opisu jest ponadto charakterystyka czynników ryzyka i czynników chroniących powiązanych z problemem. We wspomnianym programie będą to czynniki ryzyka sprzyjające picciu oraz czynniki chroniące młodzież przed sięganiem po alkohol. Jednym z takich czynników ryzyka jest przekonanie nastolatka, że picie alkoholu przez młodzież jest powszechne, zaś rówieśnicy akceptują picie alkoholu, czynnikiem chroniącym jest wsparcie emocjonalne oraz nadzorowanie zachowania dziecka przez rodziców.

Na tym etapie analizy programu stosowane są kryteria oceny, których weryfikacji służą poniższe pytania:

- Czy przeprowadzona została diagnoza sytuacji krajowej/lokalnej?
- Czy wykorzystano aktualne i adekwatne dane?
- Czy zidentyfikowany problem wynika z danych przedstawionych w diagnozie?
- Czy problem został jasno sformułowany?
- Czy uwzględniono w opisie czynniki ryzyka/chroniące związane z problemem, któremu program ma przeciwdziałać?

Cele programu

Standardem odnoszącym się do celu głównego programu jest zgodność tego celu ze zidentyfikowanym problemem. Cel główny powinien być odpowiedzią na problem, tj. dotyczyć modyfikacji sytuacji niepożądaną na pożądaną. Przede wszystkim jednak cel główny powinien zostać tak sformułowany, by było wiadomo, jaki jest oczekiwany efekt końcowy programu. Wracając do przykładu, jeśli problemem jest sięganie przez nastolatków po alkohol, to celem programu może być opóźnienie inicjacji alkoholowej oraz ograniczenie picia wśród młodzieży, która już sięga po alkohol.

Kolejnym elementem programu są cele szczegółowe, których realizacja ma doprowadzić do osiągnięcia celu głównego. Formułując cele szczegółowe można zastosować dwa komplementarne sposoby postępowania. Pierwszy polega na odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki ryzyka są odpowiedzialne za występowanie problemu, drugi sposób wymaga odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki przeciwdziałają jego pojawieniu się. Cele szczegółowe programu dotyczą bowiem ograniczania działania ryzyka czynników leżących u źródeł problemu lub wzmacniania czynników chroniących, które mogą być dla nich przeciwwagą. Innymi słowy cele szczegółowe wskazują „drogi” osiągnięcia celu głównego. Istotne jest przy tym, by cel główny i cele szczegółowe spełniały kryteria SMART. Oznacza to, że cel główny i cele szczegółowe powinny być:

- **Specyficzne** – sformułowane precyzyjnie oraz w jasny sposób, tak by nie było wątpliwości, do czego zmierza autor programu.
- **Mierzalne** – możliwy jest dobór odpowiednich wskaźników (miar), które pozwolą dokonać oceny

efektów programu, czyli sprawdzenie, czy cel został osiągnięty.

- **Adekwatne** – sformułowane w formie oczekiwanej pozytywnej zmiany u uczestników programu, która odnosi się bezpośrednio do problemu, który jest przedmiotem programu.
- **Realistyczne** – możliwe do osiągnięcia, biorąc pod uwagę analizę dostępnych zasobów oraz posiadane kompetencje.
- **Terminowe** – został wyznaczony czas, w którym zostaną osiągnięte.

Na tym etapie oceny programu stosowane są przez zespół następujące kryteria oceny:

- Czy sformułowany został cel ogólny?
- Czy cel ogólny spełnia kryteria SMART?
- Czy sformułowane zostały cele szczegółowe?
- Czy cele szczegółowe spełniają kryteria SMART?

Założenia programu

Znajomość modeli teoretycznych, które pozwalają wyjaśnić przyczyny zachowań ryzykownych oraz wskazują mechanizmy zmiany zachowań niepożądanych na pożądaną, jest obecnie wymogiem stawianym autorom programów profilaktycznych. Programy profilaktyczne powinny opierać się na wiedzy o strategiach, które mają udokumentowany związek z ograniczaniem wpływu czynników ryzyka oraz wzmacnianiem czynników chroniących. Dobry program profilaktyczny powinien być zatem oparty na modelach teoretycznych, których skuteczność została potwierdzona w literaturze naukowej oraz sprawdzona w badaniach ewaluacyjnych, a także w codziennej praktyce. Przykładem skutecznej strategii profilaktycznej jest doskonalenie umiejętności społecznych dzieci i młodzieży. Wiadomo bowiem z prac teoretycznych oraz licznych badań, że jedną z przyczyn zachowań ryzykownych (w tym używania substancji psychoaktywnych) jest niedostateczna umiejętność radzenia sobie z wyzwaniami okresu dorastania, takimi jak budowanie autonomii czy nawiązywanie relacji społecznych. Z tego powodu w programie profilaktycznym dotyczącym alkoholu, który wykorzystywany jest tu jako przykład, warto zastosować strategię, która polega właśnie na doskonaleniu umiejętności przydatnych w kontaktach z rówieśnikami.

Na tym etapie oceny programu stosowane są następujące kryteria:

- Jakie są wcześniejsze doświadczenia autorów programu?
- Jakie są wyniki ewaluacji innych, podobnych programów?
- Czy podczas konstruowania programu wykorzystano sprawdzone modele teoretyczne wyjaśniające zjawisko, któremu program ma przeciwdziałać?

Grupa docelowa

Kolejnym standardem jest odpowiedni dobór uczestników programu, czyli grupy docelowej. Wybór grupy docelowej ma kluczowe znaczenie, ponieważ pozwala ustalić, czy należy zaplanować program profilaktyki uniwersalnej, selektywnej czy wskazującej. Istotne jest przy tym, by grupa docelowa została wybrana na podstawie diagnozy sytuacji oraz prawidłowo sformułowanego problemu. Niekiedy twórcy programów zakładają, że program przyniesie także korzyści osobom, które nie są bezpośrednio zaangażowane w realizację programu. Osoby te tworzą grupę docelową pośrednią, podczas gdy uczestnicy zajęć przewidzianych w programie to grupa docelowa bezpośrednia. Standardem w opisie grupy docelowej jest określenie kryteriów kwalifikacji do programu oraz kryteriów wykluczenia. W przypadku programu profilaktyki alkoholowej, którego celem jest opóźnienie inicjacji alkoholowej kryterium kwalifikacji jest wiek potencjalnych odbiorców (10-12 lat, czyli przed momentem inicjacji) oraz zgoda uczniów i ich rodziców na udział w programie. Podobnie kryterium wykluczającym może być wiek (starsi niż 13 lat, co oznacza, że w większości są po inicjacji alkoholowej) oraz brak zgody dzieci lub ich rodziców na uczestniczenie w programie.

Ocena opisu odbiorców programu prowadzona jest na podstawie trzech kryteriów:

- Czy grupa docelowa została wybrana na podstawie diagnozy oceny sytuacji oraz prawidłowo sformułowanego problemu?
- Czy określone zostały kryteria kwalifikacji do programu?
- Czy określone zostały kryteria wykluczenia z programu?

Działania

Opis działań programu pozwala wyobrazić sobie, co konkretnie zostanie zrobione. Z tego względu standardem jest szczegółowa charakterystyka tych działań, w tym: jak będą przebiegały proponowane uczestnikom zajęcia, jakie tematy uwzględniono w scenariuszach poszczególnych zajęć, jak długo będą one trwały oraz jak często będą się odbywały. Działania muszą być dostosowane do specyfiki i wieku odbiorców programu (grupy docelowej) oraz celu głównego i celów szczegółowych programu. Celem programu, który służy nam tutaj jako przykład, jest opóźnienie inicjacji oraz ograniczenie picia alkoholu wśród młodzieży. Z badań i praktyki wiadomo, że takie działania, jak przekazywanie wiedzy o szkodliwości alkoholu nie są skuteczne, nie przyczyniają się bowiem do zmiany zachowań odbiorców programu. Jeśli cel naszego programu ma zostać zrealizowany, należy więc zaplanować działania, które dają szansę powodzenia. Na przykład, cykl warsztatów ukierunkowanych na doskonalenie umiejętności społecznych młodzieży, które są pomocne w radzeniu sobie z presją rówieśników skłaniającą do sięgania po alkohol.

Przy ocenie opisu działań wykorzystywane są następujące kryteria oceny:

- Czy działania zostały szczegółowo opisane?
- Czy rodzaj, długość, intensywność działań są dostosowane do specyfiki grupy docelowej?
- Czy działania są odpowiednie do celu programu?

Nakłady

Standardem w profilaktyce jest adekwatność nakładów w stosunku do rodzaju i rozmiaru planowanych działań oraz specyfiki grupy docelowej. Kolejnym punktem opisu programu są więc nakłady, jakie trzeba ponieść w związku z jego realizacją. Realizacja programu wymaga przygotowanej kadry i odpowiednich materiałów. Kadre programu stanowią realizatorzy i koordynatorzy działań. Osoby te muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań, co oznacza, że powinny dysponować wiedzą z zakresu profilaktyki oraz bardzo dobrze znać program, który będą realizować. W literaturze dotyczącej skuteczności działań profilaktycznych podkreśla się bowiem znaczenie wierności (ang. *fidelity*) realizacji programu wobec modelowej wersji programu. Wprowadzenie

daleko idących modyfikacji w dobrze zaplanowanym i poddanym ewaluacji programie może ograniczyć lub wręcz pozbawić go skuteczności. Taką modyfikacją może być rezygnacja z części zaplanowanych scenariuszy zajęć i wprowadzenie w to miejsce innych propozycji. Kryteria oceny programu na tym etapie to:

- Czy przygotowanie i kompetencje realizatorów są odpowiednie do rodzaju programu?
- Czy materiały są odpowiednie do rodzaju programu i dla jego odbiorców?

Sposób wdrażania programu

Standardem we wdrażaniu programu powinno być zapewnienie odpowiedniej jakości jego rutynowych realizacji. Oznacza to, że oprócz zajęć oferowanych adresatom programu, należy również opracować system szkolenia realizatorów oraz koordynować ich pracę. Osoby prowadzące zajęcia przewidziane w programie muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań oraz mieć dostęp do odpowiednich materiałów. Bardzo pomocne są cykliczne spotkania z realizatorami (tzw. superwizje), poświęcone wymianie doświadczeń oraz dzieleniu się sukcesami i trudnościami. Kolejną sprawą jest monitorowanie, czyli systematyczne zbieranie danych na temat przebiegu zajęć oraz odbioru programu przez adresatów. Wyniki monitorowania ewaluacji procesu powinny być wykorzystywane do udoskonalania programu. Nie zaleca się oczywiście wprowadzania zmian po każdej realizacji programu. Przemiany kulturowe i technologiczne powodują jednak, że nowatorskie początkowo treści i rozwiązania metodyczne programu mogą po kilku latach być już przestarzałe. Najlepszym tego przykładem jest wpływ nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych na system edukacji. Warto więc co kilka lat dokonać analizy danych zebranych podczas ewaluacji procesu, dokonać przeglądu programu i wprowadzić niezbędne zmiany, na przykład uwzględnić w treściach programu problematykę korzystania przez młodzież z internetu. Kryteria oceny wdrażania programu to:

- Czy wszystkie działania programu mają zapewnione odpowiednie nakłady (np. kadre, koordynatorów, podręczniki dla realizatorów, materiały dla uczestników)?
- Czy został opracowany i wdrożony system szkolenia realizatorów?

- Czy istnieje system wspierania realizatorów (np. superwizje)?
- Czy systematycznie prowadzone jest monitorowanie programu?
- Czy wyniki monitorowania są uwzględniane w doskonaleniu programu?

Ewaluacja procesu

Standardem w przypadku programów ubiegających się o rekomendację na pierwszym poziomie (program obiecujący) jest ewaluacja procesu. Ewaluacja procesu, tak jak monitorowanie, ma na celu ocenę realizacji oraz odbioru programu przez uczestników. Badania prowadzone w ramach ewaluacji procesu są jednak bardziej szczegółowe, ponieważ ich wyniki służą dokonaniu wyboru najlepszych rozwiązań i udoskonaleniu wstępnej wersji programu. Ewaluacja procesu oparta jest na analizie wskaźników realizacji działań. Generalnie, wskaźniki to dane, które świadczą o sukcesie lub niepowodzeniu programu. Wskaźniki działań pozwalają ustalić, czy program został zrealizowany zgodnie z założeniami. W ramach ewaluacji procesu zbierane są więc dane dotyczące liczby przeprowadzonych zajęć, frekwencji na tych zajęciach, trudności podczas realizacji oraz sposobów ich rozwiązywania, a także zaangażowania odbiorców oraz ich opinii o programie.

Kryteria oceny dotyczące ewaluacji procesu to:

- Czy i jak opisana została metodologia ewaluacji procesu (osoby badane, metody, narzędzia, harmonogram zbierania danych)?
- Czy opisane zostały wskaźniki ewaluacji procesu?
- Czy i jak opisane zostały wyniki ewaluacji procesu?

Ewaluacja wyników

Standardem wymaganym w przypadku programów określanych jako tzw. dobre praktyki i programów modelowych jest ewaluacja wyników. Ten rodzaj ewaluacji polega na przeprowadzeniu badań, których celem jest ustalenie, czy w wyniku realizacji programu udało się osiągnąć zamierzony cel główny, a także cele szczegółowe. Innymi słowy, ewaluacja wyników odpowiada na pytanie o skuteczność programu. Opis

metodologii ewaluacji programu powinien zawierać schemat badawczy, w tym, czy zastosowano schemat pretest – posttest, czy też schemat z grupą eksperymentalną i porównawczą, jak dobierano respondentów do grupy eksperymentalnej i porównawczej. W opisie metodologii powinna być także zamieszczona charakterystyka osób objętych badaniami – wiek, płeć oraz inne, ważne z perspektywy programu, cechy uczestników. Następnie powinna zostać opisana procedura zbierania danych, charakterystyka narzędzi badawczych, w tym pytań zamieszczonych w ankietach oraz przyjętych wskaźników. Wracając do przykładu programu profilaktyki alkoholowej, wskaźnikiem ewaluacji wyników może tu być odsetek uczniów, którzy po programie sięgnęli po alkohol. Wreszcie należy opisać sposób analizy danych i uzyskane wyniki.

Prowadzenie badań społecznych, do których należą także badania ewaluacyjne, wymaga przestrzegania standardów etycznych. Z tego względu bardzo ważnym wymogiem systemu rekomendacji jest przestrzeganie przez autorów programów zasad etyki prowadzenia badań. Takim standardem jest poinformowanie osób badanych o celu i metodzie badań, poszanowanie ich prywatności, dbanie o poufność informacji uzyskanych od uczestników, a także rzetelność i bezstronność badacza.

Na tym etapie oceny programu stosowane są następujące kryteria oceny:

- Czy opracowane zostały wskaźniki ewaluacji wyników?
- Czy i jak opisana została metodologia ewaluacji wyników?
- Czy i jak opisane zostały wyniki ewaluacji?
- Czy ewaluacja wyników była prowadzona zgodnie z etycznymi standardami obowiązującymi w badaniach społecznych?

Źródła informacji o programie

Informacje o programie oraz wyniki ewaluacji powinny być dostępne dla osób zainteresowanych, w tym decydentów, przedstawicieli społeczności lokalnych, szkół i innych placówek edukacyjnych, także potencjalnych odbiorców. Z tego względu kryterium oceny programu są także publikacje o programie. Stosowane są w tym przypadku dwa kryteria oceny:

- Czy dostępne są publikacje naukowe na temat zawartości i ewaluacji programu?
- Czy dostępne są publikacje popularnonaukowe na temat programu?

Uwagi końcowe

Opisane powyżej standardy i kryteria stawiają przed autorami programów duże wymagania. Warto jednak zaznaczyć, że do otrzymania rekomendacji nie jest konieczne spełnienie wszystkich kryteriów na najwyższym poziomie. Należy też podkreślić, że zespół do spraw rekomendacji przede wszystkim służy autorom programów pomocą. Każdy wniosek jest wnikliwie czytany, zaś autorzy otrzymują szczegółową informację zwrotną dotyczącą mocnych i słabych stron programu, a także sugerowanych poprawek we wniosku aplikacyjnym. Negatywna opinia zespołu nie przekreśla możliwości ponownego ubiegania się o rekomendację.

Do tej pory rekomendację uzyskały 23 programy. Wśród nich znajdują się programy promocji zdrowia, profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Do zespołu nadsyłane są zaś kolejne wnioski. Rozwojowi profilaktyki w Polsce sprzyjają rozwiązania systemowe. Wdrażanie programów rekomendowanych zostało zalecone w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Bibliografia

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), *European Drug Report 2015: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
- „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.
- Węgrzecka-Giluń J. (red.), „Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki”, Fundacja ETOH, Warszawa 2010.
- Zin-Sędek M., „Wydatkowanie środków w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”, *Świat Problemów*, 10/2015.

Czy granie w gry komputerowe/internetowe, używanie internetu czy Facebooka może uzależniać? Wielu psychologów klinicznych i psychiatrów twierdzi, że tak. Jednak w dalszym ciągu brakuje rzetelnych informacji na temat zarówno oddziaływań profilaktycznych, jak i terapeutycznych w tym obszarze.

CO WIEMY O PROFILAKTYCE E-UZALEŻNIEŃ?

Magdalena Rowicka
Instytut Psychologii
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

E-uzależnienia należą do grupy tzw. uzależnień behawioralnych. W ich skład wchodzi te zaburzenia zachowania, które występują w internecie, tj. zaburzenie grania w gry komputerowe, zaburzenie używania internetu czy zaburzenie związane z nieprawidłowym używaniem sieci społecznościowych, takich jak np. Facebook. Pozostałe zaburzenia zachowania, które mogą się manifestować w internecie lub poza nim, nie należą do grupy e-uzależnień. Dla przykładu, oglądanie pornografii on-line czy off-line ma najprawdopodobniej te same mechanizmy, a różnica polega na szybkości dostępu do tych treści.

Wśród wymienionych e-uzależnień jedynie zaburzenie grania w gry komputerowe/internetowe zostało opisane w klasyfikacjach (i poddaje się definiowaniu). Można przyjąć, że jeszcze przed 2013 rokiem zauważono niepokojący trend związany z nadużywaniem grania przy jednoczesnym zaniedbywaniu innych obszarów życia przez młodych graczy (Kuss, 2013; za: Rowicka, 2018). Do tego stopnia było to znaczące, że zespół ekspertów zajmujący się piątą rewizją DSM przyjął, że zaburzenie grania w gry może stanowić nową jednostkę zaburzeń. Zaburzenie grania w gry komputerowe zostało w konsekwencji włączone do załącznika DSM-5 (tzw. sekcji trzeciej), i zostało nazwane zaburzeniem grania w gry internetowe. Zaproponowano, żeby 5 z 9 spełnionych kryteriów oznaczało zaburzenie. Poniżej każde z kryteriów opatrzone komentarzem.

Kryteria wg DSM-5:

1. **Zaabsorbowanie lub obsesja na punkcie gier internetowych.** Zaabsorbowanie można podzielić na poznawcze (związane z myśleniem o nim) i behawioralne (związane z podejmowaniem czynności).

Zaabsorbowanie może się przejawiać w następujący sposób: ciągłe myślenie o graniu podczas wykonywania innych czynności, np. podczas bycia w szkole; planowanie tego, co się będzie robiło on-line, podczas wyjścia na spacer itp. Jest to całkowite przeciwieństwo koncepcji *mindfulness*, tj. (w skrócie) „byciu tu i teraz”.

2. **Objawy odstawienne, gdy osoba nie gra w gry internetowe.** W sytuacji braku możliwości grania, np. gdy brakuje prądu albo połączenia z internetem gracz problemowy bardzo często jest wściekły, podnosi głos/krzyczy, rzuca przedmiotami. Jest to objaw frustracji związany z tym, że zostało przerwane coś, co robił. Być może większość osób, którym przerywa się w sposób nagły coś, co lubią, będzie nieco zdenerwowana, ale w przypadku graczy problemowych poziom frustracji jest bardzo wysoki. Takie osoby mają poczucie, jakby zniszczono część ich życia. Brak możliwości grania oznacza w niektórych grach przegraną (np. brak obecności on-line oznacza, że przeciwnik może atakować/grabić/plądrować).
3. **Zwiększenie tolerancji – osoba więcej czasu musi spędzić grając w gry.** W przypadku alkoholu czy narkotyków osoba uzależniona potrzebuje coraz więcej substancji, aby doprowadzić się do tego samego poziomu upojenia. W przypadku gier komputerowych jest podobnie, ale można rozumieć ten mechanizm na dwa sposoby – pierwszy – taki jak w przypadku substancji psychoaktywnych, drugi – taki jak w przypadku trenowania sportu, np. biegania. Granie w gry komputerowe nie pełni jedynie funkcji ucieczkowej (tzn. ucieczki w świat gier po to, aby nie mierzyć się z trudnymi emocjami czy decyzjami). Granie w gry pełni także wiele innych funkcji, np. zaspokaja po-

trzeby poznawcze (por. Rowicka, 2018). Aby coraz lepiej grać i mieć, np. poczucie sprawstwa, należy coraz więcej grać (tak, jak w bieganiu).

4. **Osoba próbowała powstrzymać się lub ograniczać granie w gry internetowe, ale zakończyło się to niepowodzeniem.** Jest to opis typowej sytuacji utraty kontroli – próby ograniczenia, ale zakończone niepowodzeniem.
5. **Osoba ta straciła zainteresowanie innymi aktywnościami życiowymi, takimi jak hobby.** Jak w każdym zaburzeniu o charakterze uzależnienia, dana czynność (alkohol, narkotyki, hazard czy w końcu gry komputerowe) stają się priorytetową aktywnością, tzn. jakiegokolwiek inne zainteresowania schodzą na dalszy plan. W przypadku dzieci i młodzieży może się okazać, że granie w gry było od początku jedyną formą rozrywki/spędzania wolnego czasu, zatem nie ma mowy o dosłownym wypieraniu innych aktywności. Jest to, oczywiście, także negatywna sytuacja i powinno się dążyć do tego, aby gracz poszukał innych zajęć.
6. **Osoba nadal nadużywała gier internetowych,** nawet wiedząc, jak bardzo negatywnie wpływają one na nią. Mimo świadomości gorszych ocen, pogorszonych relacji, nie jesteśmy w stanie ograniczyć grania.
7. **Osoba okłamuje** innych na temat czasu spędzonego na graniu w gry internetowe. Dotyczy to zarówno dzieci i młodzieży, jak i dorosłych, zwłaszcza jeśli mieszkają z rodziną. W przypadku dzieci jest to także okłamywanie na temat tego, co się robi w sieci (np. odrabia prace domowe).
8. **Osoba używa gier internetowych w celu złagodzenia niepokoju lub poczucia winy** – jest to sposób na ucieczkę.
9. **Osoba straciła lub naraziła na stratę związek** lub okazję na związek z inną osobą ze względu na gry internetowe.

Zaburzenia związane z graniem w gry on-line lub off-line charakteryzują się utrwalonym lub powtarzającym się wzorcem zachowań, objawiającym się:

1. ograniczoną kontrolą nad graniem (np. początek, częstotliwość, intensywność, czas trwania, zakończenie, kontekst);
2. zwiększeniem priorytetu grania w zakresie, w jakim gra ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami życiowymi i aktywnościami codziennego życia;
3. kontynuacją lub eskalacją grania pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji. Wzorec zachowania jest wystarczająco nasilony, aby spowodować poważne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Jakie gry?

Gry komputerowe są bardzo różne – od prostych gier na telefony komórkowe po skomplikowane technicznie gry on-line. Klasyfikacja DSM-5 powstała w 2013 roku, a klasyfikacja ICD-11 przyjęła swój ostateczny kształt w 2018 roku. Obie klasyfikacje dzieli pięć lat badań i doświadczeń klinicznych, co oznacza, że występują między nimi pewne różnice. Jedną z ważniejszych różnic jest samo nazewnictwo zaburzenia – w klasyfikacji DSM-5 zaburzenie odnosi się do gier internetowych, czyli tzn. on-line, w które można grać z innymi osobami (np. z innego kraju), podczas gdy w klasyfikacji ICD-11 dokonano podziału na gry on-line, off-line i niespecyficzne. Większy zakres rodzajów gier ujęty w ICD-11 jest związany z tym, że przez wiele lat badacze byli przekonani, że to aspekt społeczny jest w największym stopniu odpowiedzialny za zaburzenie (por. Rowicka, 2018). Miało to być związane z tym, że u podłoża zaburzenia (także uzależnienia) leży m.in. brak kompetencji społecznych i brak wsparcia społecznego, w związku z tym jego odnalezienie w sieci w grach może prowadzić do silnej potrzeby grania. Nowsze badania wskazują jednak na szereg mechanizmów leżących u podłoża zaburzenia związanego z graniem, np. deficyty psychospołeczne (np. obniżona samoocena, nieśmiałość). A to z kolei może oznaczać, że nie tylko aspekt społeczny jest bardzo atrakcyjny, ale także inne charakterystyki gier (Rowicka, 2018). Niezwykle ważne okazuje się: czy i jakie deficyty psychospołeczne osoba przejawia oraz jaka jest motywacja jej grania.

Niestety e-uzależnienia są relatywnie nowym zaburzeniem, co oznacza, że nie za dużo na ich temat wiemy – ani badawczo, ani pod kątem profilaktyki czy terapii. Ten zakres zaburzeń jest w dużo mniejszym stopniu poddany badaniom niż uzależnienia od substancji i w związku z tym, nie dysponuje aż tak szeroką wiedzą na temat skuteczności poszczególnych strategii (por. Rowicka, 2018).

Do podstawowych **konceptji teoretycznych** wyjaśniających przyczyny i mechanizmy uzależnień (także behawioralnych) należą: **model biopsychospołeczny i koncepcja czynników chroniących i czynników ryzyka** (Gabrhelík, 2016). Zgodnie z tymi modelami, istnieją czynniki indywidualne (biologiczne i psychologiczne), a także czynniki społeczne, które sprzyjają angażowaniu się w e-uzależnienia (i nazywamy je czynnikami ryzyka), a także takie czynniki na omawianych wymiarach, które przeciwdziałają angażowaniu się w takie aktywności (i nazywamy je czynnikami chroniącymi). Do najważniejszych czynników ryzyka należą **deficyty umiejętności psychospołecznych** (niska samoocena, brak umiejętności nawiązywania relacji, brak umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem itp.). Na podstawie analizy literatury naukowej (w tym badań klinicznych) można poszerzyć listę czynników ryzyka o: psychopatologię (np. ADHD, depresję, zaburzenia lękowe) (Alavi i in., 2012; Lin, Ko, & Wu, 2011); impulsywność, niską ekstrawersję, podwyższony neurotyzm (Rowicka, 2016), niski poziom samokontroli i samoregulacji (Blachnio i Przepiórka, 2015), odczuwany stres (Alavi i in., 2012) oraz przebywanie w środowisku, w którym inni korzystają z internetu w sposób problemowy (Zhou i Fang, 2015). Bardzo ważne jest, aby pokreślić, że tylko niektóre z wymienionych czynników podlegają modyfikacjom, np. impulsywność i neurotyczność są niezwykle trudne do zmiany (ale można wyuczyć osoby wysoko impulsywne radzenia sobie z impulsywnością).

Profilaktyka w e-uzależnieniach

Profilaktyka e-uzależnień jest najczęściej dzielona na oddziaływanie na poziomie uniwersalnym i selektywnym/wskazującym (ze względu na trudności w dokonaniu podziału pomiędzy osoby zagrożone i nadużywające). Jak już wspomniano, w przypadku

e-uzależnień jedną ze strategii, która jest wskazana do stosowania na każdym poziomie oddziaływań, jest strategia podnoszenia kompetencji psychospołecznych, czyli:

- **radzenie sobie z emocjami i stresem;**
- **porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych;**
- **podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów;**
- **twórcze i krytyczne myślenie;**
- **samoświadomość i empatia** (Botvin, Schinke, Epstein i Diaz, 1994).

Tę listę można poszerzyć o następujące umiejętności i kompetencje:

- **umiejętności związane z używaniem internetu:** redukcja oczekiwania pozytywnego efektu używania internetu (co jest związane z kryterium modyfikacji nastroju), wzmocnienie samokontroli, wzmacnianie poczucia własnej skuteczności, rezygnacja z używania uzależniających aplikacji czy gier (np. silnie kompulsywnych gier z gatunku *candy crush*¹), a także rozwijanie umiejętności rozpoznawania nieadaptacyjnych myśli i przekonań związanych z używaniem internetu;

- **umiejętności związane z planowaniem: planowanie aktywności (w tym snu), umiejętności organizowania własnego czasu, ale i czasu dla innych, angażowanie się w zajęcia twórcze, eksploracyjne** (Lin i Gau, 2013; Yang i Hao, 2005; Yang i in., 2016). Badania w zakresie efektywności strategii profilaktycznych wykazały jednak, że angażowanie się w odmienne zajęcia nie jest skuteczne, natomiast w przywołanych wcześniej badaniach zwrócono szczególną uwagę na charakterystykę aktywności (twórcze i eksploracyjne); można to tłumaczyć zapotrzebowaniem motywacyjnym na takie czynności (np. w przypadku osób grających w gry komputerowe). Zastąpienie gier aktywnościami rozwijającymi umiejętności interpersonalne,

E-uzależnienia należą do grupy tzw. uzależnień behawioralnych. W ich skład wchodzi te zaburzenia zachowania, które występują w internecie, tj. zaburzenie grania w gry komputerowe, zaburzenie używania internetu czy zaburzenie związane z nieprawidłowym używaniem sieci społecznościowych, takich jak na przykład Facebook.

a zaspokajających podobne potrzeby motywacyjne, ma duży potencjał profilaktyczny.

Ponadto badacze zwracają uwagę na rolę rodziców i opiekunów, a tym samym rozwój szeroko pojętych umiejętności rodzicielskich, a wśród nich głównie:

- **umiejętności komunikacyjnych pomiędzy rodzicem/opiekunem a dzieckiem**, zwiększenie czasu spędzanego z dzieckiem, rozumienie potrzeb dziecka i wspieranie rozwoju psychicznego rodzica (Lin i Gau, 2013);
- **umiejętności związanych z kontrolą/monitorowaniem używania internetu**, ale także zrozumienie potrzeb związanych z korzystaniem z internetu (Wu i in., 2013). Monitorowanie powinno polegać na ustaleniu przejrzystych zasad korzystania z sieci (dotyczących np. czasu, miejsca), rozmawiania o tym, co daje, a co odbiera internet (Kalmus, Blinka i Ólafsson, 2013).

Strategie informacyjne są rozumiane jako rzetelny przekaz informacji na temat negatywnych efektów danego zachowania (np. konsumpcji środków psychoaktywnych) i na temat bezpiecznego wykonywania danego zachowania (np. stosowanie zabezpieczeń podczas uprawiania seksu). W przypadku uzależnień behawioralnych stosuje się (a raczej

powinno się stosować) oba podejścia. Ze względu na fakt, że jest to relatywnie nowe zjawisko, dotychczas powstało niewiele programów profilaktycznych. Przykładem zastosowania obu podejść jest seria animowanych filmów „Owce w sieci”, które pokazują, które zachowania w sieci mogą prowadzić do niebezpiecznych konsekwencji (innych niż uzależnienie) i jak się przed nimi bronić.

Innym przykładem programu profilaktyki uniwersalnej uzależnienia od internetu jest program prowadzony w klasach 6-8 w Turcji (Korkmaz i Kiran-Esen, 2012). Dotyczył on szkolenia liderów młodzieżowych z zakresu informowania o bezpieczeństwie w sieci i zagrożeniach związanych z korzystaniem z internetu. Całość programu obejmowała 10 godzin

szkoleniowych, które miały przygotować uczestników do zaprojektowania i poprowadzenia dwóch 40-minutowych wykładów/prezentacji dla rówieśników. Podczas 10 sesji szkoleniowych podjęto następujące tematy: procesy grupowe, zadania liderów młodzieżowych, charakterystyka okresu dojrzewania i wsparcie psychologiczne, efektywna komunikacja – ćwiczenia, rola środowiska szkolnego i klasy w rozwoju strategii profilaktycznych, bezpieczne używanie internetu, podsumowanie, ewaluacja i wykorzystanie nabytych umiejętności. Wyniki ewaluacji programu wskazują na skuteczne oddziaływanie programu (pod warunkiem, że będzie on prowadzony regularnie, a nie jednorazowo).

E-uzależnienia są stosunkowo nowym zaburzeniem, co oznacza, że nie za dużo na ich temat wiemy – ani badawczo, ani pod kątem profilaktyki czy terapii. Ten zakres zaburzeń jest w dużo mniejszym stopniu poddany badaniom niż uzależnienia od substancji, dlatego nie dysponujemy aż tak szeroką wiedzą na temat skuteczności poszczególnych strategii.

Kolejny program przeprowadzono w Niemczech wśród dzieci w wieku 11-13 lat. Składał się on z czterech wykładów poświęconych używaniu internetu, komunikacji on-line, a także graniu w gry komputerowe i hazardowe (on-line). Program ten także został oceniony jako efektywny (Walther, Hanewinkel i Morgenstern, 2014).

De Leeuw, de Bruijn, de Weert-van Oene i Schrijvers (2010) opisali program promocji zdrowia, który obejmował także tematykę internetu i grania w gry, skierowany do młodzieży w wieku 11-16 lat. Szczegóły

programu nie zostały opisane, ale wyniki uzyskane przez badaczy wzbudzają obawy – korzystanie z internetu wśród odbiorców programu wzrosło, ogólna liczba osób grających w gry zmalała, ale wzrosła liczba osób grających w gry intensywnie (tzw. *heavy users*). Busch, de Leeuw i Schrijvers (2013) opracowali program promocji zdrowia dla szkół podstawowych w Holandii, który obejmował: wprowadzenie polityki promocji zdrowia na terenie szkoły; udział rodziców w promocji zdrowia w szkole; rozwój umiejętności psychospołecznych wśród dzieci; wspieranie nauczycieli w monitorowaniu działań związanych z promocją zdrowia. Na podstawie badań ewaluacyjnych stwierdzono, że program był skuteczny w obszarze wielu zachowań.

Analiza badań pozwala na sformułowanie pewnych rekomendacji:

1. Strategie informacyjne nie powinny stanowić strategii pierwszego wyboru w tworzeniu programów profilaktycznych.
2. Strategie związane z rozwijaniem kompetencji psychospołecznych u dzieci i młodzieży powinny stanowić stały komponent oddziaływań.
3. Rodzice najmłodszych dzieci powinni być adresatami strategii podnoszenia kompetencji wychowawczych, ale także kompetencji w zakresie e-czynności, niektóre z nich są prorozwojowe, a niektóre nie.
4. Poza wyborem strategii bardzo ważne są elementy programu, takie jak dostosowanie treści do odbiorców, przeszkolenie kadry, regularność interwencji i odwołanie się do właściwych teorii. Jedynie złożenie tych elementów daje szansę na efektywność oddziaływań profilaktycznych.

Przypisy

¹ Gry, które wzmacniają zachowania kompulsywne.

Bibliografia

Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4), 290–294.

Blachnio, A., & Przepiorka, A. (2015). Dysfunction of self-regulation and self-control in Facebook addiction. *Psychiatric Quarterly*, 87(3), 493–500.

Botvin, G., Schinke, S., Epstein, J., & Diaz, T. (1994). Effectiveness of culturally-focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(1), 116–127.

Busch, V., de Leeuw, R. J., & Schrijvers, A. J. P. (2013). Results of a multibehavioral health-promoting school pilot intervention in a Dutch secondary school. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 400–406. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.jadohe-alth.2012.07.008>.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Taymur, I., Evren, B. & Topcu, M. (2015). The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of Internet addiction risk. *Psychiatry Research*, 228(1), 156–161. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.035>.

de Leeuw, R. J., de Bruijn, M., de Weert-van Oene, G. H., & Schrijvers, A. J. P. (2010). Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: A prospective study. *BMC Public Health*, 10(1), 544–551. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-544>.

Donati, M. A., Chiesi, F., Ammannato, G., & Primi, C. (2015). Versatility and addiction in gaming: The number of video-game genres played is associated with pathological gaming in male ad-

olescents. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 18(2), 129–132. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0342>.

Gabrhelik, R. (2016). *Prevenční užívání návykových látek jako vědní disciplína a její aplikace v praxi [Prevention of substance use as a scientific discipline and its application in practice]*. Praha, Slovakia: *Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze*.

Kalmus, V., Blinka, L., & Ólafsson, K. (2013). Does it matter what mama says: Evaluating the role of parental mediation in European adolescents' excessive Internet use. *Children & Society*, 29, 122–133. <https://doi.org/10.1111/chso.12020>.

Korkmaz, M., & Kiran-Esen, B. (2012). The effects of peer-training about secure Internet use on adolescents. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4(38), 180.

Kuss, D. J., Shorter, G. W., van Rooij, A. J., van de Mheen, D., & Griffiths, M. D. (2014). The Internet addiction components model and personality: Establishing construct validity via a nomological network. W *Computers in Human Behavior* (T. 39, ss. 312–321). Crossref. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.07.031>.

Kuss, D. J., van Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(5), 1987–1996. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.002>.

Kwon, J. H. (2011). Toward the prevention of adolescent Internet addiction. W K. S. Young & C. N. de Abreu (Red.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (ss. 223–243). Hoboken, NJ: Wiley.

Lin, M. P., Ko, H. C., & Wu, J. Y. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 14(12), 741–746.

Lin, Y., & Gau, S. S. (2013). Association between morningness-eveningness and the severity of compulsive Internet use: The moderating role of gender and parenting style. *Sleep Medicine*, 14(12), 1398–1404. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.06.015>.

Rowicka, M. (2016). Uzależnienia behawioralne a osobowość. *Świat Problemów*, 12 (287).

Walther, B., Hanewinkel, R., & Morgenstern, M. (2014). Effects of a brief school-based media literacy intervention on digital media use in adolescents: Cluster randomized controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 17(9), 616–623. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0173>.

Wu, X. H., Chen, X. G., Han, J., Meng, H., Luo, J. H., Nydegger, L., & Wu, H. R. (2013). Prevalence and factors of addictive Internet use among adolescents in Wuhan, China: Interactions of parental relationship with age and hyperactivity-impulsivity. *PLoS One*, 8(4), 61782. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061782>.

Yang, F. R., & Hao, W. (2005). The effect of integrated psychosocial intervention on 52 adolescents with Internet addiction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 343–346.

Yang, X., Zhu, L., Chen, Q., Song, P., & Wang, Z. (2016). Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment. *Computers in Human Behavior*, 59, 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.01.041>.

Zhou, N., & Fang, X.-Y. (2015). Beyond peer contagion: Unique and interactive effects of multiple peer influences on Internet addiction among Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 50, 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.083>.

Niezależnie od tego, czy jesteśmy terapeutami uzależnień, czy niesiemy pomoc osobom bezdomnym, zawodowo wspieramy osoby należące do społeczności LGBTQ+, czy też pracujemy z zagrożoną młodzieżą lub kobietami, które doświadczyły przemocy – w życiu wielu naszych klientów i pacjentów może wystąpić doświadczenie o charakterze traumatycznym.

ABC PRACY Z PACJENTEM STRAUMATYZOWANYM. PODSTAWY TEORETYCZNE I WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

Maria Banaszak

Uniwersytet Warszawski

Anna Woźniak

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS



trauma.
uzależnienia.
zdrowie psychiczne.

Mając na uwadze złożoną problematykę zaburzeń, jakie możemy spotkać w terapii, należy zwracać szczególną uwagę na zdarzenia, jakie mogły się pojawić w przeszłości naszego pacjenta. Ostatnie badania pokazują, że ze zdarzeniami o charakterze traumatycznym styka się właściwie każdy człowiek. Są to zdarzenia, które powodują znaczny dystres i są na tyle intensywne, że reakcja na tego rodzaju sytuacje znacznie wykracza poza zwykłą reakcję na stres dnia codziennego.

Zdarzenie traumatyczne może być zarówno problemem źródłowym, które przyczyniło się do obecnego stanu pacjenta, z którym pracujemy, jak również może się pojawić w efekcie bieżących doświadczeń pacjenta związanych z zachowaniami ryzykownymi.

Przykładowo, trauma rozwojowa może być wywołana przez doświadczenie przemocy w dzieciństwie. W innej sytuacji, doświadczanie dyskryminacji i/lub wykluczenia społecznego może podtrzymywać objawy wynikające z przeżytej wcześniej traumy. Natomiast nadużywanie substancji psychoaktywnych, prowadzące do wykluczenia społecznego, może być sposobem na radzenie sobie z przeżytą w przeszłości traumą. Dlatego tak ważne jest, abyśmy w codziennym kontakcie terapeutycznym umieli rozpoznawać zdarzenia potencjalnie traumatyczne, a następnie – na podstawie obserwowanych objawów – potrafili prawidłowo diagnozować i odpowiednio reagować.

Pominięcie możliwych zdarzeń traumatycznych w historii pacjenta i charakterystycznych zaburzeń z nimi związanych, może skutkować nieadekwatnym leczeniem, co w efekcie

może prowadzić do nawracania objawów źródłowych, z którymi zgłosił się pacjent.

Charakterystyka zdarzeń traumatycznych

Typologia zdarzeń traumatycznych obejmuje czas ich trwania, intencjonalność, powtarzalność w czasie, charakter udziału pacjenta w zdarzeniu (pośredni/bezpośredni), czy zdarzenie było następstwem działania człowieka, czy miało charakter przypadkowy i niezwiązany z działaniami ludzi. Traumy możemy podzielić na te przez duże „T” oraz przez małe „t”. Do pierwszej grupy należą zdarzenia nagłe, nieprzewidywalne, osadzone w krótkim czasie trwania, związane z bezpośrednim lub pośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, nadużyciem seksualnym lub zagrożeniem nadużycia. Do tego rodzaju zdarzeń traumatycznych zaliczamy również uzyskanie informacji o śmierci lub groźnym wypadku osoby bliskiej. Trauma przez małe „t” jest przede wszystkim traumą relacyjną. Obejmuje złe doświadczenia relacyjne, przede wszystkim zaistniałe w dzieciństwie – maltretowanie fizyczne, molestowanie seksualne, odrzucenie, zaniedbanie. Jest podstawą do tworzenia więzi pozabezpiecznych, które w dorosłości mogą mieć również wpływ na reakcję na zdarzenia traumatyczne jednorazowe.

Trauma – i co dalej?

Kiedy mamy zdefiniowane zdarzenie, które stało się udziałem naszego pacjenta, możemy dalej kontynuować proces diagnostyczny. W zetknięciu ze zdarzeniem

traumatycznym pacjent wykazuje szereg objawów, które można zakwalifikować do specyficznych zaburzeń, występujących w następstwie różnych zdarzeń. Do najczęstszych objawów należą: znaczne pobudzenie, charakterystyczne reakcje emocjonalne (lęk, poczucie zagrożenia, bezradność, złość, panika, smutek), problemy ze snem, pojawienie się myśli intruzywnych i ruminacji¹ dotyczących zdarzenia i jego następstw, zniekształcenia poznawcze oraz fałszywe przekonania na temat siebie, zdarzenia i objawów. Grafika na rys. 2 ułatwia osadzenie spectrum objawów pacjenta w czasie i dzięki temu określa, z jakim rodzajem zaburzeń mamy do czynienia. Określenie charakteru zdarzenia oraz jego następstw ułatwi pracę z pacjentem i pomoże w dobraniu odpowiedniego kierunku terapii.

Diagnoza Zespołu Ostrego Stresu – ASD (Acute Stress Disorder)

Zespół Ostrego Stresu może pojawić się bezpośrednio po przeżytym zdarzeniu traumatycznym. Jest to zbiór charakterystycznych objawów, bezpośrednio związanych ze zdarzeniem, które miało miejsce w ostatnim czasie – diagnozę ASD możemy postawić w ciągu 3 do 30 dni po zdarzeniu.

Ostre Zaburzenie Stresowe może przejść w Zaburzenia po Stresie Traumatycznym, ale nie musi – jeśli pozwolimy pacjentowi zrozumieć, co się z nim dzieje i pozwolimy przeżyć zdarzenie w bezpiecznych warunkach. Wówczas PTSD może w ogóle nie wystąpić.

W okresie następującym bezpośrednio po zdarzeniu traumatycznym nie tłumimy i nie staramy się „wyleczyć” objawów, które się pojawiają.

W czasie pracy z pacjentem ze zdiagnozowanym ASD:

1. normalizujemy stan pacjenta – przede wszystkim pracujemy ze zniekształceniami poznawczymi i emocjonalnym procesem decyzyjnym,
2. prowadzimy psychoedukację pacjenta w zakresie objawów, których doświadcza i ich epidemiologii,
3. stabilizujemy stan pacjenta, jeśli w trakcie pracy pojawiają się zbyt silne reakcje emocjonalne, zakłócające racjonalne postrzeganie jego obecnej sytuacji.

Na stronie 22 przedstawiamy kryteria diagnostyczne ASD – ich znajomość, w połączeniu z dobrze przeprowadzonym wywiadem, pozwoli na zrozumienie reakcji pacjenta i obranie odpowiedniego kierunku postępowania.

Diagnoza zaburzeń po stresie traumatycznym

Jeśli objawy występujące po zdarzeniu traumatycznym utrzymują się dłużej niż miesiąc, a od zdarzenia nie upłynęły jeszcze dwa lata, możemy postawić diagnozę PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Objawami osiowymi dla PTSD są: ponowne przeżywanie zdarzenia, unikanie, nadmierne pobudzenie, zniekształcenia w sferze emocji i w sferze poznawczej pacjenta.

Charakterystyczna dla PTSD jest niemożność przeżycia zdarzenia w sposób adekwatny i zapamiętywanie go w sposób fragmentaryczny. W trakcie zdarzenia reakcje fizjologiczne i emocjonalne wychodzą poza okno afektywne pacjenta, nie mieszcząc się w jego naturalnej reakcji na stres dnia codziennego. Efektem tego są przedłużone w czasie, nienaturalne i nieadekwatne reakcje oraz sposoby radzenia sobie ze wspomnieniami i emocjami wywołanymi zdarzeniem. W tabeli na stronie 23 znajdują się kryteria diagnostyczne PTSD.

Uwagi praktyczne

W obliczu zdarzeń traumatycznych i ich następstw często mamy do czynienia z możliwą diagnozą towarzyszącą. U osób ze zdiagnozowanym PTSD najczęściej możemy rozpoznać również depresję lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W przypadku uzależnień, nadużywanie substancji ma na celu stłumienie trudnych do zniesienia reakcji emocjonalnych oraz objawów należących do podstawowych kryteriów diagnostycznych PTSD. W sytuacji podwójnej diagnozy w pierwszej kolejności należy pracować nad zaprzestaniem używania substancji, następnie skierować pacjenta na terapię traumy, gdzie będzie miał możliwość przepracowania i zrozumienia prezentowanych objawów.

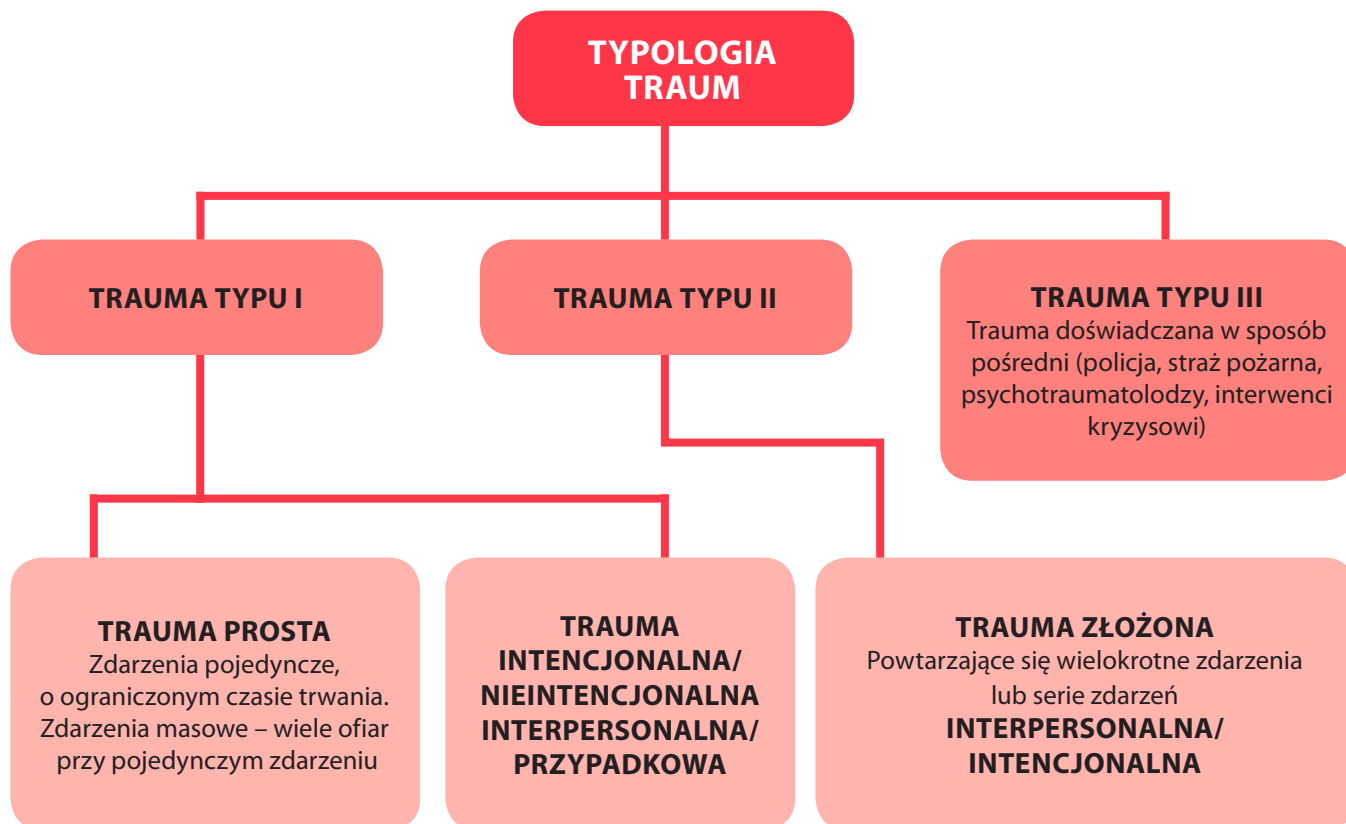
Formy terapii traumy o potwierdzonej skuteczności:

1. procedura przedłużonej ekspozycji,
2. terapia EMDR (*eye movement desensitization and re-processing*),
3. społeczność terapeutyczna (zalecana w szczególności w terapii pacjentów z podwójną diagnozą, przede wszystkim uzależnienie i PTSD jako zaburzenia współistniejące).

Przypisy

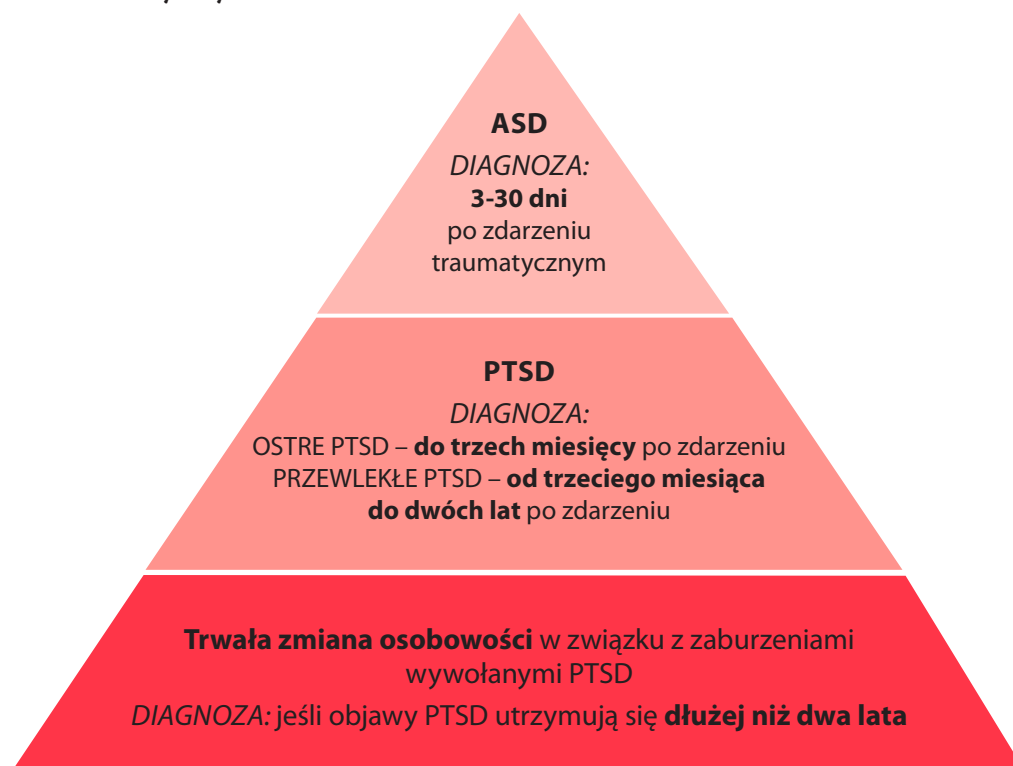
¹ Myśli intruzywne – nawracające poza świadomą kontrolą myśli, emocje i obrazy, związane ze zdarzeniem o charakterze negatywnym, powtarzalnym; ruminacje negatywne – ciąg negatywnych myśli i przekonań dotyczących zdarzenia oraz jego następstw.

Rys. 1. Podział zdarzeń traumatycznych na podtypy pozwalające zakwalifikować poszczególne zdarzenia do obecnie obowiązującej typologii traum.



Autor: Anna Woźniak, opracowanie własne na podstawie „Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje” A. Widera-Wysoczyńska, A. Kuczyńska.

Rys. 2. Główne założenia czasowe obowiązujące przy diagnozie PTSD, ASD oraz trwałej zmiany osobowości w obliczu zdarzeń traumatycznych.



Autor: Anna Woźniak, opracowanie własne.

Artykuł został opracowany na podstawie materiałów prezentowanych podczas konferencji „Trauma. Uzależnienia. Zdrowie psychiczne. Profesjonalizacja leczenia uzależnień i pomocy psychologicznej osobom z grup na-

rażonych na wykluczenie społeczne”, Warszawa, 19-20 listopada 2018 r.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Kryteria diagnostyczne ASD według DSM-5

- A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną, w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:**
- A1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
 - A2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
 - A3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel, doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
 - A4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia/wydarzeń traumatycznego/traumatycznych (np. pierwsze osoby na miejscu zdarzenia po wypadku – policja, straż pożarna, ratownicy medyczni; policjanci/pracownicy socjalni narażeni na oglądanie powtarzającej się przemocy wobec dzieci).
- B. Obecność dziewięciu (lub większej ilości) spośród wymienionych objawów w każdej spośród pięciu kategorii: natręctw, obniżonego nastroju, objawów dysocjacyjnych, objawów unikania oraz zwiększenia pobudliwości, doświadczanych po raz pierwszy lub nasilających się po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć).**
- Objawy natrętne:**
- 1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 - 2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).
 - 3. Reakcje dysocjacyjne (*flashback*), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć).
(Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią).
 - 4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- Obniżony nastrój:**
- 5. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, miłości, zadowolenia).
- Objawy dysocjacyjne:**
- 6. Poczucie nierealności otoczenia lub samego siebie (np. oglądanie siebie z innej perspektywy, poczucie oszołomienia, spowolnienie płynącego czasu).
 - 7. Trudność w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, leki, alkohol).
- Objawy unikania:**
- 8. Próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
 - 9. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- Objawy nadmiernej pobudliwości:**
- 10. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).
 - 11. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób bądź przedmiotów.
 - 12. Nadmierna czujność.
 - 13. Problemy z koncentracją.
 - 14. Wzmószona reakcja na zaskoczenie.
- C. Objawy zakłócenia (z kryterium B) występują w ciągu 3-30 dni od wystąpienia narażenia na przeżycie traumatyczne.**
- D. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach.**
- E. Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym [...].**

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) wg DSM-5

- A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną, w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:**
- A1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
 - A2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
 - A3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel, doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
 - A4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia/wydarzeń traumatycznego/traumatycznych (np. pierwsze osoby na miejscu zdarzenia po wypadku – policja, straż pożarna, ratownicy medyczni; policjanci/pracownicy socjalni narażeni na oglądanie powtarzającej się przemocy wobec dzieci).
- B. Obecność jednego lub większej liczby spośród podanych niżej natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć).**
- B1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 - B2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).
 - B3. Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć). Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postać.
 - B4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 - B5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)
- C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane jako jedno lub oba z poniższych.**
- C1. Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
 - C2. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju, związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub większa liczba) spośród poniższych.**
- D1. Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol, leki).
 - D2. Uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące siebie, innych osób lub świata (np. „Jestem złą osobą”, „świat jest bardzo niebezpieczny”, „Mój układ nerwowy został trwale zniszczony”).
 - D3. Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego zdarzenia (zdarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania siebie lub innych.
 - D4. Utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu).
 - D5. Znacząco zmniejszone zainteresowanie ważnymi czynnościami lub chęć udziału w nich.
 - D6. Poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia stosunków z nimi.
 - D7. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości).
- E. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych.**
- E1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób bądź przedmiotów.
 - E2. Nieprzemyślane lub autodestruktywne zachowania.
 - E3. Nadmierna czujność.
 - E4. Wzmószona reakcja na zaskoczenie.
 - E5. Problemy z koncentracją.
 - E6. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).
- F. Czas trwania zakłócenia (kryteriów B, C, D, E) wynosi więcej niż miesiąc.**
- G. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach.**

Artykuł powstał na bazie ponad półrocznych doświadczeń z prowadzenia pilotażowych interwencji profilaktycznych pn. #cojestbrane w populacji MSM wśród użytkowników chemsex w Warszawie. Ich realizatorami były osoby związane z dwiema organizacjami pozarządowymi – Społecznym Komitetem ds. AIDS i Lambda-Warszawa. Przedstawione w tekście informacje opierają się na istniejącym piśmiennictwie międzynarodowym, w tym na europejskich i krajowych badaniach dotyczących populacji MSM oraz używania narkotyków i NSP. Zostały one uzupełnione i dostosowane do polskiego kontekstu, biorąc pod uwagę doświadczenia kliniczne autorów.

CHEMSEX – PRÓBA ZDEFINIOWANIA ZJAWISKA W POLSCE

Michał Muskała

Community Health Worker (pol. środowiskowy pracownik ochrony zdrowia)

Społeczny Komitet ds. AIDS

Michał Pawłęga

Kierownik ds. zdrowia MSM

Społeczny Komitet ds. AIDS

Wprowadzenie

Zjawisko chemsex – jakkolwiek może dotyczyć wszystkich osób przyjmujących narkotyki i NSP – w szczególnym stopniu dotyka populacji MSM.

Zgodnie z definicją WHO¹, MSM (*ang.* men who have sex with men, *pol.* mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami) odnosi się do wszystkich mężczyzn angażujących się w seksualne i/lub romantyczne relacje z innymi mężczyznami. Warto w tym miejscu zauważyć, że określenia „mężczyzna” i „płeć” mogą być różnie interpretowane przez różne osoby. Dlatego też termin MSM obejmuje różnorodne sytuacje i konteksty, w których dochodzi do kontaktów seksualnych między osobami tej samej płci, w zakresie wykraczającym także poza typowe sytuacje seksu między mężczyznami. W szczególności ma on zastosowanie niezależnie od:

- motywacji (na przykład: obejmuje on nie tylko dobrowolny kontakt seksualny między dwoma mężczyznami identyfikującymi się jako homoseksualni, ale również podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści przez heteroseksualnych mężczyzn i inne),
- orientacji seksualnej (na przykład: obejmuje podejmowanie kontaktów seksualnych przez dwóch mężczyzn identyfikujących się jako biseksualni i pozostających w pożyciu seksualnym z partnerkami-kobietami lub dwóch heteroseksualnych mężczyzn podejmujących kontakty seksualne w warunkach detencji),

- tożsamości płciowej (na przykład: podejmowanie kontaktów seksualnych przez transkobietę² posiadającą męskie narządy płciowe z mężczyzną).

Ponadto warto również zauważyć, że włączenie danej osoby do grupy MSM nie musi być związane z jej identyfikacją z konkretną społecznością czy grupą społeczną – jako należącego do populacji MSM określimy zatem zarówno homoseksualnego mężczyznę identyfikującego się jako gej, jak i heteroseksualnego mężczyznę podejmującego kontakty seksualne z innymi mężczyznami w zamian za korzyści.

Określenie liczebności populacji MSM w Polsce jest trudne – badania mające na celu szczegółowe oszacowanie liczby należących do niej osób, nie są znane autorom. Przyjmując w uproszczeniu, że do grupy tej należałoby wyłącznie mężczyźni identyfikujący się jako homoseksualni, którzy stanowią według różnych badań od 2 do 6% populacji³, zaś w Polsce żyje 15,5 mln mężczyzn powyżej 15. roku życia⁴, liczebność tak zdefiniowanej populacji MSM wynosiłaby od 310 do 930 tys. osób.

Próba zdefiniowania zjawiska chemsex

Określenie chemsex odnosi się do użycia specyficznych substancji (narkotyków i/lub NSP) przed lub w trakcie kontaktu seksualnego przez gejów, biseksualistów i innych MSM. Po raz pierwszy zostało ono użyte w Wielkiej Brytanii dla opisanie niepokojących trendów związanych

z używaniem substancji psychoaktywnych w populacji homoseksualnych mężczyzn w Londynie i innych dużych miastach⁵. W ostatnich latach zauważalne jest nasilanie się tego zjawiska, przy jednoczesnym wykorzystywaniu nowych substancji psychoaktywnych o mało poznanym działaniu i dużym potencjale uzależniającym. Jak wynika z doniesień osób zajmujących się profilaktyką i terapią uzależnień, od kilku lat zjawisko to jest zauważalne także w Polsce. Na podstawie przytoczonej literatury oraz doświadczenia klinicznego proponujemy następującą definicję chemsex: określenie „chemsex” odnosi się do intencjonalnego użycia specyficznych narkotyków i NSP przed lub w trakcie kontaktu seksualnego, przez gejów, biseksualistów i innych MSM, często połączonego z poznawaniem partnerów, wyszukiwaniem miejsc kontaktów seksualnych oraz możliwości zakupu substancji psychoaktywnych, przy wykorzystaniu dedykowanych aplikacji geolokalizacyjnych⁶. Substancjami używanymi w powiązaniu z chemsex w Polsce są przede wszystkim katynony (przez użytkowników często mylnie określane jako „mefedron”) i GHB/GBL, rzadziej metamfetamina, ketamina, kokaina i MDMA. Oczekiwanym przez użytkowników efektem użycia substancji jest: znaczące obniżenie granic osobistych, znaczące zmniejszenie napięcia, wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego, a także znaczące zwiększenie towarzyszących mu doznań. Wskazane oczekiwane przez użytkowników efekty użycia przyjmowanych substancji mają kluczowe znaczenie w określeniu, czy podejmowany pod ich wpływem kontakt seksualny możemy określić jako chemsex. Dla przykładu – kontakt seksualny pod wpływem kannabinoidów nie można uznać za chemsex – ich użycie obniża wprawdzie granice, zmniejsza napięcie i zwiększa doznania seksualne, jednak nie w stopniu znacznym. Nie przyczynia się także do znaczącego wydłużenia czasu trwania stosunku. Podobnie podjęcie nieplanowanego kontaktu seksualnego po użyciu substancji stymulujących, przyjętych z intencją zabawy w klubie, nie będzie rozumiane jako chemsex – użytkownik mógł przyjąć substancję oczekując przyplwy większej energii do tańca i łatwości w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich.

Z większości przekazów medialnych dotyczących zjawiska chemsex wynika, że ma on charakter wyłącznie problemowy i jest zawsze związany z występowaniem znaczącego ryzyka dla zdrowia fizycznego i psychicznego użytkowników. Należy podkreślić, że chemsex

może być dla wielu ludzi pozytywnym doświadczeniem, w związku z którym nie doznają oni szkód. Oczywiście dla części użytkowników chemsex może być lub stać się problemowy i prowadzić do uzależnienia od substancji chemicznych (narkotyków i NSP), a także uzależnienia behawioralnego (od kompulsji seksualnej, masturbacji, jak i korzystania z aplikacji geolokalizacyjnych). Pragniemy zwrócić uwagę, że nie każdy chemsex należy rozpatrywać w kategoriach występowania znacznego ryzyka.

Skala zjawiska i profil użytkowników

Najpełniejsze dane dotyczące szacowania skali zjawiska chemsex pochodzą z Wielkiej Brytanii⁷. Wynika z nich, że w Anglii 6,6% wszystkich badanych MSM (n=979) zadeklarowało używanie chemsex w ciągu ostatnich 4 tygodni. Odsetek ten był znacznie wyższy w Londynie – wyniósł 14,3%. Niepokojące są dane dotyczące używania chemsex wśród MSM, którzy wiedzieli o swoim zakażeniu HIV. Było to odpowiednio: 21,9% badanych w Anglii i 32,7% w Londynie. Oznaczać to może, że prawdopodobnie chemsex występuje znacznie częściej w populacji MSM zakażonych HIV. W dalszej części artykułu postaramy się wyjaśnić tę obserwację.

W Polsce brakuje badań pozwalających na bezpośrednie oszacowanie skali zjawiska. Dlatego odwołujemy się do dostępnych danych, zgromadzonych w projektach badawczych, koncentrujących się na innych aspektach zdrowia MSM, w szczególności związanych z zagadnieniami dotyczącymi HIV. Ciekawych informacji dostarcza badanie SIALON II, przeprowadzone w 2012 roku na populacji mężczyzn korzystających z klubów dla MSM w Warszawie⁸. Używanie narkotyków i NSP w ciągu życia zadeklarowało w nim 40,3% badanych, przy czym najczęściej wskazywaną substancją były przetwory konopi indyjskich. Stosowanie stymulantów (tj. substancji, które mogą być potencjalnie powiązane z chemsex) w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało z kolei 12,9% respondentów. Jak wynika natomiast z niepublikowanych dotychczas danych surowych pochodzących z badania EMIS⁹, tylko część osób, które używały stymulantów, podejmowała pod ich wpływem kontakty seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy – było to 7,4% badanych. Mając na uwadze, że populacja samych tylko homoseksualnych mężczyzn w Polsce może wynosić od 310 do 930 tys. osób, zjawi-

ska chemsex dotyczyć może więc grupy od 23 do 69 tys. mężczyzn. Raz jeszcze należy pokreślić, że liczby te mogą się odnosić do wszystkich użytkowników, nie tylko problemowych. Przyjmując założenie, że około 20% użytkowników stosuje substancje problemowo lub jest od nich uzależniona, populację pozostającą w szczególnym zainteresowaniu systemu terapii uzależnień ze względu na chemsex może stanowić grupa między 5 a 14 tys. osób. Oznacza to, że zjawisko dotyczy subpopulacji MSM o niewielkiej liczebności. Z uwagi jednak na występującą znaczną liczbę potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych i dotyczących zdrowia jednostek (omówionych w dalszej części artykułu), subpopulacja ta stanowi ważną grupę odbiorców działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Podobnie jak w przypadku danych dotyczących skali zjawiska, nie dysponujemy szczegółowymi charakterystykami użytkowników w Polsce. Wspomniane badania, przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, wskazały na duże zróżnicowanie grupy mężczyzn podejmujących chemsex, w tym wiekowe – respondenci byli w wieku od 21 do 60 lat, mieli różne pochodzenie społeczne. Większość z nich miała wykształcenie wyższe, posiadała zatrudnienie i średni lub wysoki status majątkowy. Ciekawych danych w tym zakresie dostarcza pilotażowa interwencja profilaktyczna skierowana do użytkowników problemowych, przeprowadzona w 2018 roku w Warszawie w ramach projektu #cojestrane. Jej trzynastu odbiorców miało od 25 do 49 lat (mediana 35 lat), większość deklarowała się jako mężczyźni homoseksualni (ponad 90%). Cechami wspólnymi, które można było zaobserwować u co najmniej połowy badanych, były: palenie tytoniu (prawie 70% odbiorców), przebycie więcej niż jednej infekcji przenoszonej drogą płciową (ponad 90%), zakażenie HIV (100% odbiorców), stosunkowo późna inicjacja narkotykowa (u ponad połowy doszło do niej po 30. roku życia) przy jednoczesnej wcześniejszej inicjacji seksualnej (u ponad połowy doszło do niej przed 17. rokiem życia). Deklarowany status materialny był wysoki (38% odbiorców) lub bardzo wysoki (46% odbiorców). Przytaczamy te dane, ponieważ mogą one stanowić czynniki powiązane z występowaniem problemowego używania chemsex. W praktyce klinicznej mogą one stanowić również ważny sygnał do identyfikacji użytkowników problemowych.

Informacji o innych czynnikach powiązanych z występowaniem chemsex dostarczają badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii¹⁰. Zostały one wyrażone za pomocą

skorygowanego ilorazu szans AOR (*ang. adjusted odds ratios*). Najwyższą korelację zaobserwowano w odniesieniu do takich czynników, jak:

- używanie narkotyków i NSP w formie iniekcji (AOR=27,8),
- podejmowanie grupowych kontaktów seksualnych (AOR=10,1),
- bycie fistowanym¹¹ (AOR=8,82),
- posiadanie partnera zakażonego HBV/HCV (AOR=8,30),
- dzielenie się zabawkami erotycznymi (AOR=7,32),
- używanie aplikacji do poszukiwania niezabezpieczonych kontaktów seksualnych (AOR=7,40),
- posiadanie więcej niż 6 partnerów seksualnych w ostatnich 3 miesiącach (AOR=5,31),
- podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści (AOR=4,55).

Rola substancji, aplikacji i ich wpływ na doznania seksualne

Jak wspomniano, chemsex jest związany z używaniem określonych substancji, zaś oczekiwanym przez użytkowników efektem ich użycia jest: znaczące obniżenie granic, znaczące zmniejszenie napięcia, wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego, a także znaczące zwiększenie towarzyszących kontaktowi doznań. W tabeli 1 przedstawiono zestawienie narkotyków i NSP, które charakteryzuje opisany sposób działania. Z doświadczeń klinicznych pracy z klientami używającymi środków psychoaktywnych w celu zintensyfikowania doznań seksualnych problemowo, wynika, że w Polsce w tym kontekście najczęściej używane są katynony i GHB/GBL. W zestawieniu umieszczono także inne substancje, które mogą mieć potencjał do wywołania opisanych efektów. Oszacowanie skali ich wykorzystywania do chemsex wymagałoby jednak przeprowadzenia szczegółowych badań. Z doświadczeń klinicznych zdobytych w ramach #cojestrane wynika również, że wszyscy problemowi użytkownicy przyjmowali także leki poprawiające sprawność seksualną (tj. ułatwiające doprowadzenie do erekcji i jej utrzymanie), zaś ponad połowa z nich także leki uspokajające i nasenne, głównie z grupy benzodiazepin. Warto mieć na uwadze, że mogą one wchodzić w niekorzystne interakcje z innymi przyjmowanymi substancjami, a także prowadzić do uzależnienia.

Tabela 1. Substancje stosowane przez użytkowników chemsex w Polsce.

Nazwa substancji	Droga podania*	Działanie	Efekty uboczne
Katynony (w tym mefedron) Powszechnie używane nazwy: Mef, Mefka, M-kat, trójka, białe, śnieg, gwiazdny pył, kryształ, polak	Doustnie, donosowo, doodbytniczo (tzw. booty bump), iniekcyjnie	Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido	Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone żrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej
GHB/GBL Powszechnie używane nazwy: G, Dzi, krople, giebels, płyn do felg	Doustnie, doodbytniczo, iniekcyjnie	Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido, poczucie zrelaksowania	Senność, drgawki, nudności, wymioty, nietrzymanie moczu, zaniki pamięci, wysokie dawki mogą prowadzić do występowania zespołu odstawiennego, utraty przytomności, bradykardii (spowolnienie akcji serca), depresji oddechowej (zmniejszenie częstości oddechów i objętości oddechowej), nawet do śmierci
Metamfetamina Powszechnie używane nazwy: Meth, białe, M, T, Tina, kryształ, cristal, śnieg, ice	Doustnie, donosowo, doodbytniczo (tzw. booty bump), palenie przez szklaną fiolkę, iniekcyjnie	Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido	Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone żrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej
Ketamina Powszechnie używane nazwy: keta, K, special K, super K, witamina K, Kit Kat	Doustnie, donosowo, doodbytniczo, iniekcyjnie	Relaksacja, poczucie dysocjacji (oderwania się od ciała i świata zewnętrznego), zaniki pamięci, złagodzenie bólu, znieczulenie	Senność, drgawki, nudności, wymioty, nietrzymanie moczu, halucynacje, wysokie dawki mogą prowadzić do zaników pamięci, sztywności mięśni, utraty przytomności, bradykardii, depresji oddechowej, nawet do śmierci
MDMA Powszechnie używane nazwy: ecstazy, piguły, tabsy, pixy, dropsy, krążek, XTC, emka, eska	Doustnie, donosowo, doodbytniczo, iniekcyjnie	Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido	Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone żrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej
Kokaina Powszechnie używane nazwy: koka, koks, śnieg, biała dama, gram, charlie	Doustnie, poprzez palenie, wciąganie, wcieranie w śluzówkę, doodbytniczo, iniekcyjnie	Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido	Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone żrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej

* Pogrubioną czcionką zaznaczono najczęściej występujące drogi podania przez użytkowników chemsex w Polsce (na podstawie obserwacji klinicznych autorów).

Opracowanie własne na podstawie m.in. „High-risk drug use and new psychoactive substances, Results from an EMCDDA trendspotter study”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, June 2017 oraz Drug Enforcement Administration <https://www.dea.gov>.

Ważną rolę w chemsex odgrywają aplikacje geolokalizacyjne. Mogą one służyć nawiązywaniu kontaktów z potencjalnymi partnerami seksualnymi, nabywaniu substancji (narkotyków i NSP, preparatów poprawiających sprawność seksualną czy leków uspokajających i nasennych) czy poszukiwaniu miejsc, w których mogą być podejmowane kontakty seksualne (np. prywatne mieszkania, hotele, kluby organizujące zamknięte imprezy o charakterze seksualnym).

Przyjmowanie opisanych substancji (w tym leków) może mieć wpływ na wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego i powodować w jego trakcie bardziej intensywne doznania. Dodatkowo ich działanie może wpływać na subiektywne odczuwanie bliskości z innymi, najczęściej nieznanymi wcześniej ludźmi, zwiększanie poczucia pewności siebie (m.in. subiektywną ocenę własnej atrakcyjności) oraz obniżenie napięcia, w tym: związanego z kontaktem seksualnym z nieznanym partnerem, negatywnie ocenianymi społecznie kontaktami seksualnymi między mężczyznami, identyfikowaniem się jako homo- lub biseksualny mężczyzna, a także (w odniesieniu do części użytkowników) związane z nieinformowaniem partnerów o zakażeniu HIV (zarówno w sytuacji wykrywalnej, jak i niewykrywalnej wirerii). Działanie opisanych substancji może prowadzić także do ograniczenia kontroli i podejmowania kontaktów seksualnych, na które uczestnicy by się nie zdecydowali bez ich wpływu. Z uwagi na często występujący brak zabezpieczenia, który dla wielu osób może stanowić dodatkowy czynnik zwiększający ekscytację podczas kontaktu seksualnego, kontakty takie mogą prowadzić m.in. do infekcji przenoszonych drogą płciową (STI) i zakażenia użytkowników HIV. Należy także zauważyć, że chemsex dotyczy często kontaktów seksualnych z nieznanymi wcześniej partnerami, co przy dużej intensywności może mieć wpływ na zaburzenia intymności oraz bliskości użytkowników, trudności z ich odczuwaniem i przeżywaniem.

Potencjalne negatywne następstwa chemsex

Dla wielu użytkowników chemsex może się wiązać z negatywnymi następstwami, które mogą, ale nie muszą wystąpić, podobnie jak wśród innych użytkowników narkotyków i NSP. Nawet w przypadku pojawienia się negatywnych następstw, używanie nie musi mieć

charakteru problemowego. Jak wynika z doświadczeń klinicznych autorów niniejszego artykułu, w przypadku wystąpienia negatywnych następstw chemsex, mogą one wzajemnie na siebie wpływać i wzmacniać oddziaływanie. Proces ten został opisany w dalszej części. Do najważniejszych negatywnych następstw używania chemsex można¹² zaliczyć:

1. Ryzyka związane ze zdrowiem fizycznym

Należą do nich m.in.: przedawkowanie i związane z przyjmowaniem efekty uboczne oraz interakcje między przyjmowanymi substancjami (może to prowadzić do utraty przytomności i śmierci); problemy ze snem, wpływające również na zdrowie psychiczne, procesy poznawcze i zaburzenia funkcjonowania organizmu; utrata masy ciała spowodowana ograniczeniem przyjmowania pokarmów; seks bez zgody, w tym nadużycia seksualne związane z ograniczoną możliwością podejmowania świadomych decyzji lub utratą przytomności wynikającymi z użycia substancji; zakażenia STI i HIV związane z rezygnacją z zabezpieczenia podczas kontaktu seksualnego czy używaniem wspólnego sprzętu do przyjmowania substancji (np. przy iniekcjach); zakażenia skóry wynikające z nieprawidłowego podania substancji; niska adherencja leczenia antyretrowirusowego (ARV), która może wynikać z trudności w przyjmowaniu leków podczas sesji chemsex.

2. Ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym

Należą do nich m.in.: traumatyczne doświadczenia seksualne, w tym związane z podjęciem kontaktów seksualnych naruszających osobiste granice użytkownika; napady lęku; epizody psychotyczne oraz uzależnienie – zarówno od substancji chemicznych, jak i uzależnienie behawioralne od kompulsji seksualnej, masturbacji, pornografii i geolokalizacyjnych aplikacji randkowych.

3. Strata czasu

Ze względu na czas działania przyjmowanych substancji i mogącą się pojawiać (w szczególności dotyczy to katynonów i GHB/GBL) silną potrzebę przyjęcia kolejnej dawki oraz potencjalne trudności z kontrolowaniem kontaktów seksualnych i ilości przyjmowanych substancji sesje chemsex mogą trwać od 4 godzin do 4 dni; w związku z występowaniem skutków ubocznych (m.in. trudności ze snem, obniżony nastrój, objawy odstawienia) należy uwzględnić

czas potrzebny na trzeźwienie, tj. powrót do psychofizycznego dobrostanu.

4. Ryzyka związane z pracą i pieniędzmi

Obejmują przede wszystkim: koszt zakupu narkotyków/NSP; straty finansowe powodowane nieobecnością w pracy czy utratą możliwości zarobkowania, utratą zatrudnienia.

5. Ryzyka społeczne i związane z relacjami

Przy częstym używaniu, które przy jednoczesnym skoncentrowaniu na wyszukiwaniu partnerów i podejmowaniu z nimi kontaktów seksualnych zajmuje czas, możliwe jest wystąpienie trudności w podtrzymywaniu relacji interpersonalnych innych niż seksualne; rozluźnienie więzi z rodziną, przyjaciółmi, partnerem, zarzucenie zainteresowań czy hobby oraz – w konsekwencji używania – odrzucenie ze strony osób bliskich.

6. Ryzyka społeczne, w tym dotyczące społeczności MSM

Są one związane przede wszystkim z postępującą wraz z koncentracją na używaniu samotnością; także doświadczaniem stygmatyzacji ze strony społeczności MSM, w której, podobnie jak w innych grupach społecznych, występuje często negatywna ocena osób używających narkotyków i NSP oraz przekonania np. o wyłącznej odpowiedzialności osoby uzależnionej za jej chorobę, jak również możliwości zaprzestania używania dzięki silnej woli do zmiany.

Możliwe przyczyny występowania zjawiska chemsex

Punktem wyjścia w obszarze motywacji do podejmowania chemsex niech staną się wybrane wypowiedzi klientów realizowanej przez autorów artykułu interwencji profilaktycznej #cojestbrane, skierowanej do użytkowników problemowych:

- „Uważam, że jestem beznadziejny i brzydki. Kogo zainteresuje ktoś taki jak ja?”
- „Potrzebuję seksu jak każdy człowiek. Obawiałem się, że jak powiem o moim zakażeniu HIV, nie znajdę partnera do seksu”.
- „Seks z nieznanym partnerem był dla mnie zawsze stresujący. Nie wiedziałem, co o mnie myśli, czy mu się podobam, czy spełniam jego oczekiwania. Kiedy używam chems wszystkie te obawy nie mają znaczenia”.

- „Kręczę mnie różne dziwne rzeczy w seksie. Na trzeźwo nie mam odwagi ich zrobić. Z chems wszystko jest możliwe i nie mam z tym problemu”.
- „Kiedyś zawsze podczas seksu czułem, że nie powinienem tego robić, że seks z mężczyznami jest zły. Po użyciu substancji zapomniałem o tych wątpliwościach i czułem się bardzo dobrze”.

Powyższe wypowiedzi mogą się wpisywać w dwie koncepcje pomocne w wyjaśnieniu fenomenu występowania zjawiska chemsex w populacji MSM: stresu mniejszościowego i teorii modelu syndemicznego.

Stres mniejszościowy¹³ to dodatkowe obciążenie, na które są narażone osoby należące do naznaczonych mniejszościowych grup społecznych (np. MSM, mniejszości religijne i etniczne). Charakteryzuje się on:

- unikatowością, tzn. równoległe z codziennym doświadczaniem stresu, jednostki należące do grup mniejszościowych doświadczają dodatkowego stresu, powodowanego samym faktem przynależności do określonej grupy,
- chronicznością, tzn. ma charakter stały i jest doświadczany przez jednostkę przez cały czas,
- społecznym pochodzeniem, tj. wynika z wrogiego nastawienia środowiska, najczęściej kierowanego stereotypowymi przekonaniami dotyczącymi osób należących do danej grupy.

Podsumowując, stres mniejszościowy jest niezawiniony i niezależny od jednostki, jednocześnie doświadczany przez cały czas, stanowiąc dodatkowy czynnik wpływający na jej funkcjonowanie obok innych stresów, wynikających z codziennych sytuacji życiowych. Jedną ze strategii radzenia sobie z nim, próbą łagodzenia jego wpływu, może się stać używanie substancji zmieniających percepcję oraz podejmowanie kompulsywnych aktywności, które umożliwiają odseparowanie się od jego przeżywania.

Syndemia to stwierdzona obecność dwóch lub więcej epidemii, które wchodzą ze sobą w niekorzystne interakcje. Wpływa to negatywnie na przebieg każdej z nich, zaostrza ich negatywne skutki zdrowotne, a także pogłębia doświadczane w związku z nimi nierówności. Koncepcję syndemii opracował w latach 90. XX w. antropolog medycyny Merrill Singer¹⁴, określając ją jako model SAVA, stanowiący interakcję między:

- Substance Abuse (*pol.* nadużywanie substancji),
- Violence (przemoc) i
- AIDS.

Podstawą do opisanie zjawiska syndemii stała się sytuacja kryzysu epidemiologicznego, do którego doszło w Hartford w USA. Zaobserwowano wtedy wzajemne powiązanie pomiędzy elementami wpływającymi na występowanie ryzyka, czynnikami strukturalnymi, takimi jak brak mieszkań i ubóstwo, oraz aspektami społecznymi, jak stygmatyzacja i ograniczony dostęp do systemów wsparcia, które wzmacniały obciążenie chorobami.

W odniesieniu do populacji MSM występowanie syndemii można przedstawić za pomocą następującego modelu:

1. Rozwój homo- lub biseksualnej orientacji, z którą jednostka zaczyna się identyfikować. Następuje to z reguły w okresie pomiędzy 12. a 18. rokiem życia.
2. Zainicjowanie kontaktów ze społecznością MSM. Stanowi to naturalny proces poszukiwania ludzi podobnych do siebie, a wraz z budowaniem poczucia przynależności do tej grupy rozwój czynników osłabiających i wzmacniających (opisanych poniżej).
3. Rozwój czynników związanych z przynależnością do grupy mniejszościowej:
 - czynników osłabiających, związanych z: odczuwaniem wstydu dotyczącego podejmowanych kontaktów seksualnych, zagrożeniem lub doświadczeniem przemocy na tle orientacji seksualnej, używaniem substancji jako strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem mniejszościowym i zwiększoną zapadalnością na choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV (co wynika z większej prevalencji tych infekcji w populacji MSM, jak i biologicznych czynników zwiększających prawdopodobieństwo ich transmisji podczas kontaktów seksualnych między mężczyznami),
 - czynników wzmacniających, związanych z: poczuciem przynależności do grupy społecznej, doświadczaniem korzyści z bycia we wspólnocie oraz możliwości rozwijania pozytywnej (zdrowej) identyfikacji jako homo- lub biseksualny mężczyzna.
4. Jeśli czynniki osłabiające oddziałują na jednostkę w większym stopniu niż czynniki wzmacniające, sytuacja taka może skutkować wystąpieniem psychospołecznych problemów zdrowotnych, związanych w szczególności z nadużywaniem substancji i występowaniem zaburzeń psychicznych, w tym depresji.
5. Zaistniałe psychospołeczne problemy zdrowotne mogą prowadzić do powstania powiązanych ze sobą fizycznych problemów zdrowotnych (w tym związanych z rozwojem uzależnienia, zakażeniem HIV i STI, prób samobójczych i samookaleczeń), które stanowią wspomnianą wcześniej syndemię.

W niniejszym artykule przedstawiliśmy kluczowe informacje dotyczące chemsex, w tym możliwe przyczyny występowania zjawiska w populacji MSM oraz jego potencjalne skutki dla zdrowia jednostek i populacji. W następnym numerze Serwisu przedstawimy założenia dotyczące konstruowania interwencji profilaktycznych kierowanych do użytkowników chemsex (w tym użytkowników problemowych) oraz interwencji terapeutycznych, a także wskazówki do ich wdrożenia.

Przypisy

- ¹ Opracowano na podstawie: WHO „HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Consolidated Guidelines, July 2014” Rep. No. WHO/HIV/2014.8 Geneva. World Health Organisation, 2014.
- ² Transkobieta (M/K) – osoba transpłciowa, której płeć metrykalna po urodzeniu została oznaczona jako męska, ale identyfikuje się raczej/zdecydowanie z płcią żeńską.
- ³ Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., „Homoseksualizm”, PZWL, Warszawa 2014, s. 11-13.
- ⁴ Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2018 r. Stan w dniu 30.VI., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
- ⁵ Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P., „The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham”, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014.
- ⁶ Aplikacje, z których można korzystać za pomocą komputera lub smartfona, umożliwiające określenie geolokalizacji własnej i innych użytkowników oraz nawiązywanie z nimi kontaktów przez czat i udostępnianie zdjęć.
- ⁷ Hickson et al., State of play: Findings from 2014 Gay men’s sex survey”, Londyn 2016.
- ⁸ „City profiles, Recommendations on HIV prevention gaps and opportunities for Health Promotion among Men who have Sex with Men”, Sialon II project, 2013.
- ⁹ Badanie EMIS 2017 (ang. European MSM Internet Survey, pol. Europejskie Badanie Internetowe mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami), dane surowe.
- ¹⁰ Hegazi A. i in., „Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics”, International Journal of STD & AIDS, May, 12, 2016.
- ¹¹ Fisting – penetracyjny kontakt seksualny polegający na umieszczeniu dłoni, pięści bądź stopy w odbycie.
- ¹² Opracowano na podstawie doświadczeń klinicznych autorów oraz Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P., „The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham”, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014.
- ¹³ Iniewicz I., „Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych - rola stresu mniejszościowego”, Psychiatria Polska, 2012, tom XLVI, nr 4, s. 649-663.
- ¹⁴ Singer M., „A dose of drugs, a touch of violence, and case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic”. Free Inq Creat Sociol. 1996; 24(2): 99-110.

Celem artykułu jest identyfikacja pozytywnych i negatywnych aspektów terapii dostrzeganych przez osoby z zaburzeniami hazardowymi, które podjęły leczenie.

POZYTYWNE I NEGATYWNE ASPEKTY TERAPII IDENTYFIKOWANE PRZEZ OSOBY Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI

Łukasz Wieczorek
Katarzyna Dąbrowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy (*compulsive gambling*) i patologiczny (*pathological gambling*). Patologiczny hazard jako zaburzenie psychiczne, został sklasyfikowany w 1980 roku w trzeciej edycji amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pod nazwą impulsywne zaburzenia kontroli nigdzie indziej niesklasyfikowane (*disorders of impulse control not elsewhere classified*). Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe (*gambling disorders*), który używany jest coraz częściej.

Oferta leczenia dla osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny jest w dużej mierze tożsama z ofertą terapeutyczną dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Formy pomocy obejmują leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i wsparcie niemedyczne w formie oferty samopomocowej – Anonimowych Hazardzistów.

W ofercie specjalistycznej dominuje leczenie farmakologiczne, terapia behawioralna, poznawcza oraz

poznawczo-behawioralna. Jest bardzo mało badań nad skutecznością krótkich interwencji oraz nauki grania kontrolowanego, które mogą być alternatywą dla tradycyjnego podejścia terapeutycznego.

Metoda

W badaniach¹ wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semistrukturyzowanego. Wywiady przeprowadzono z osobami z zaburzeniami hazardowymi, pracownikami socjalnymi, terapeutami zatrudnionymi w placówkach leczenia uzależnień, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i z lekarzami psychiatrami. Łącznie przeprowadzono 90 wywiadów. Dobór respondentów był celowy. Kryteriami włączenia do badania dla osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia postawiona przez lekarza psychiatrę. Z kolei w przypadku profesjonalistów, kryteriami włączenia do badania był status zatrudnienia w placówce, gdzie leczą się osoby z zaburzeniami hazardowymi

Osoby z zaburzeniami hazardowymi dostrzegają pozytywne skutki terapii w wielu obszarach życia. Poprawie ulega ich samopoczucie fizyczne i psychiczne, zaczynają dbać o swoje zdrowie, w ich subiektywnej ocenie życie zmienia się na lepsze. Podejmując leczenie, utrzymują abstynencję nie tylko od grania, ale często przestają używać alkoholu i tytoniu.

i wykonywany zawód.

Przygotowano trzy rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pracowników socjalnych oraz profesjonalistów zatrudnionych w sektorze medycznym.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 24/2015), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki badania

Badani wyróżnili pozytywne i negatywne aspekty leczenia. Pozytywne aspekty związane są z poprawą zdrowia fizycznego i psychicznego, edukacją, dzięki której uzyskują podstawową wiedzę o uzależnieniu, utrzymywaniem abstynencji, poprawą relacji rodzinnych i sytuacji materialnej, wsparciem uzyskiwanym od innych pacjentów i terapeutów, programem terapeutycznym oraz możliwościami wyboru formy leczenia. Z kolei aspekty negatywne są związane z organizacją leczenia – jego intensywnością, organizacją grup terapeutycznych, programem oraz postawami personelu.

Pozytywne aspekty leczenia

Poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego

Pozytywne skutki terapii są dostrzegane w wielu obszarach życia. Pacjenci, podejmując terapię, zauważają poprawę swojej kondycji fizycznej i psychicznej. Osoby z zaburzeniami hazardowymi w trakcie leczenia zaczynają dbać o swoje zdrowie, co wiąże się z lepszym odżywianiem i ćwiczeniami. Terapia poprawia im samopoczucie, nastrój, wycisza i uspokaja, jak również przyczynia się do budowania poczucia własnej wartości i pewności siebie. Leczenie dało przekonanie, że można zmienić swoje życie, że nic nie jest przesądzone, daje nadzieję na przyszłość, napawa optymizmem, że z problemami można sobie poradzić.

Zacząłem ćwiczyć, zdrowo się odżywiać, dbać o siebie. Ćwiczę po prostu jak wół, na początku, jak przestawałem grać, to ćwiczyłem 7 razy tygodniu, po prostu. Czasami jeszcze 2 razy dziennie do tego. Schudłem 11 kilo w ogóle. (H2404_M_2)

Przy okazji terapii zaburzeń hazardowych pacjenci mają możliwość zagłębienia się w swoją psychikę, przyjrzenia się swoim problemom, co wpływa na ich rozwój osobisty i poczucie panowania nad własnym życiem.

Ja w poradni przeżyłem najlepszych 6 tygodni mojego życia. To bez dwóch zdań. To był czas, kiedy naprawdę, no nie ten sam początek, ale przynajmniej ze 4 tygodnie z tych 6 ja poświęciłem sam sobie, swojej psychice, swojej emocjonalności. To było jakby ktoś mi drzwi otworzył

do zupełnie nieznanego mi świata, to było niesamowite przeżycie dla mnie. (H1004_M_3)

Edukacja

W ocenie badanych osób z zaburzeniami hazardowymi pozytywnym skutkiem leczenia jest zdobycie wiedzy na temat różnych uzależnień, mechanizmów, sposobów radzenia sobie z głodem, postępowania w sytuacjach nawrotów i tym podobnych.

Jeśli później miałem jeszcze powrót do grania, to dużo łatwiej było mi z tego wyjść po tamtym doświadczeniu [z leczeniem-autorzy]. (H3003_M_2)

Dużo wiedzy się czerpie, takiej specjalistycznej, właśnie z terapii w [nazwa placówki – autorzy]. (H2603_M_1)

Utrzymywanie abstynencji

Z poprawą funkcjonowania psychicznego związane jest zadowolenie z utrzymywania abstynencji. Nie mając wyboru w ustalaniu celów terapeutycznych, pacjenci muszą zachowywać abstynencję od grania, ale dodatkowo udaje im się utrzymywać abstynencję od alkoholu. Pozytywnym skutkiem leczenia jest również zaprzestanie palenia tytoniu. Utrzymywanie abstynencji przekłada się na inne obszary życia, np. pracę zawodową.

W życiu nie myślałem, że będę potrafił przestać pić i grać. Na drugi dzień, jak poszedłem na terapię, nagle minął jeden dzień, nie piłem, nie grałem, później tydzień, później 2 tygodnie, później miesiąc. (H1605_M_1)

Czuję się w sensie fizycznym bardzo dobrze. No bo alkoholu nie używam w ogóle teraz ani nic. Wstaję po prostu na baczność do pracy, jak trzeba, bach, bach i jadę, a nie tam, że na wydechu mam z 1,5 [promila-autorzy]. (H0906_M_1)

Relacje z rodziną

Po podjęciu leczenia poprawie uległy relacje z partnerem i rodziną, którzy cieszą się, że bliska osoba z zaburzeniami hazardowymi już nie gra. Pacjenci odbudowują kontakt z rodziną, relacje się poprawiają, nie ma tylu konfliktów i sytuacji trudnych wynikających z kłopotów finansowych i braku zaufania.

Bardzo dobrze odbudowałem swój kontakt rodzinny, kiedy dowiedzieli się, że poszedłem na terapię i w ogóle lecę się i jest dużo lepiej, jak było. No to nawet i do domu od czasu do czasu pojadę, już się pytali, kiedy przyjadę teraz. (H0906_M_1)

Po dwóch chyba, dwóch i pół roku czy trzech latach stosunki, rozmowy między mną a żoną, pomimo że mamy rozdzielczość majątkową, nie mamy rozwodu, zaczęły się poprawiać. Już nie na zasadzie obwiniania mnie. Ja, powiem szczerze, po trzech latach nauczyłem się rozmawiać ze swoją żoną. Dziwne, że po tylu latach potrafiłem rozmawiać. (H1505_M_3)

Sytuacja materialna

Leczenie sprzyja także poprawie sytuacji materialnej, która często przez granie jest trudna. Badani doświadczali wielokrotnie długów, które często odgrywały kluczową rolę przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu terapii. Po podjęciu leczenia nie wydają pieniędzy na granie, co przekłada się na poprawę finansów.

Teraz przez to, że już nie gram jakiś czas, to ta moja sytuacja finansowa powoli, powoli, ale wraca jakoś tam do normy, no i zaczynam zauważać jakąś tam gotówkę, którą mogę sobie wydać na różne jakieś rzeczy, bo ja tak naprawdę przez ten okres grania, a trwało to tam kilka lat, no nie kupowałem sobie ani żadnych ciuchów, ani nie robiłem nic dla siebie, ani nie wyjeżdżałem na wakacje, więc to moje życie takie osobiste zubożało mocno. (H2605_M_1)

Wsparcie pacjentów i terapeutów

Pozytywne aspekty leczenia, wynikające z realizowanego w placówkach programu, pacjenci wiążą przede wszystkim z możliwością terapii z osobami, które mają takie same problemy i uzyskiwanym od nich wsparciem. Podczas spotkań z innymi uzależnionymi tworzą sieć wsparcia, z której korzystają w momencie kryzysu, chodzą razem na mityngi i na zajęcia terapeutyczne. Kontakty z innymi osobami z zaburzeniami hazardowymi oraz ich doświadczenia, o których rozmawiają podczas zajęć grupowych i poza nimi pomagają im utrzymywać abstynencję.

Jest tyle ludzi, którzy mówią o tylu różnych rzeczach, które są człowiekowi bliskie tak. Bo są to osoby, które albo przestały grać niedawno, albo przestały grać jakiś czas temu i zmagają się z tymi samymi problemami, z jakimi ja się zmagam. Czyli to jest zbiór osób po prostu mi bliskich z założenia, bo to są takie same osoby jak ja. (H2404_M_2)

Oprócz wsparcia, jakie pacjenci uzyskują od innych leczonych, ważnym, pozytywnym aspektem terapii jest relacja z terapeutami, zarówno w kontakcie indywidualnym,

jak i podczas grup terapeutycznych. Terapeuci pomagali osobom z zaburzeniami hazardowymi w wykonywaniu zadań terapeutycznych, pacjenci mogli wyjaśnić wątpliwości związane z leczeniem, mogli rozmawiać na każdy temat.

Jeżeli miałem jakieś wątpliwości czy czegoś nie rozumiałem na terapii, to zawsze mogłem pójść do mojego terapeuty indywidualnego i on wytłumaczył mi moje obiekcje czy jakieś tam wątpliwości na ten temat i zawsze takie rozmowy były dla mnie naprawdę budujące. (H2505_M_1) Terapeuci są dla pacjentów autorytetem. Z terapeutami, którzy sami ukończyli leczenie odwykowe, pacjenci czuli więź. Dobra relacja z terapeutą mogła wpływać na rezultaty leczenia. Prowadzenie zajęć terapeutycznych z byłymi uzależnionymi pacjenci uznawali za pozytywny aspekt leczenia.

Świetna kadra. Muszę powiedzieć, że są to ludzie, którzy mają wiedzę, umieją tę wiedzę przekazywać, część z nich jest sama po przejściach z alkoholem – alkohol głównie, bo hazardzisty terapeuty nie spotkałam jeszcze. Jak on czy ona o czymś mówi, to wie, o czym mówi i czuję taką troskę po prostu. (H1704_K_3)

Program terapeutyczny

W ocenie osób z zaburzeniami hazardowymi pozytywne aspekty terapii związane są z formułą prowadzenia zajęć, gdzie istnieje przyzwolenie na otwarte wypowiedzi, bez obawy o krytykę ze strony innych uczestników.

Po prostu mogę powiedzieć, co mi leży, każdy mnie wysłucha, nikt mnie nie skrytykuje. (H1805_M_1)

Możliwość bez wstydu jakiegoś, tak, zażenowania, mówienia o tym. Są tam ludzie, którzy mają taki sam problem jak ja. (H2703_M_1)

Szczególnie było to istotne dla osób, które obawiały się rozmawiać o konsekwencjach swojego grania z rodziną i bliskimi. Podczas spotkań grupowych, gdzie są inne osoby uzależnione, które są raczej anonimowe, z którymi nie mają częstych kontaktów, mogą otwarcie mówić o problemach wynikających z grania.

Cieężko jest się po prostu przyznać komuś z rodziny, czy bliskiemu do czegoś, co się zrobiło, jakoś nie wiem, w moim przypadku jest to łatwiej zrobić osobom obcym, z którymi, jak nie będę chciał, to się więcej nie spotkam. Jest to jakiś komfort psychiczny, a po drugie mam ten komfort, że te osoby mają tę samą chorobę co ja i pewnie mnie rozumieją. (H2703_M_1)

Możliwość wyboru formy leczenia

Dla pacjentów pozytywnym aspektem terapii była możliwość leczenia w formie ambulatoryjnej, która w przeciwieństwie do leczenia stacjonarnego, nie zmusza do opuszczenia środowiska społecznego, rezygnowania z aktywności zawodowych i opuszczenia rodziny. Co ważne, dla pacjentów zorganizowana terapia wypełnia wolny czas, daje wolność wyboru i możliwość rezygnacji w każdym momencie.

Jak jestem w ośrodku zamkniętym przez 3 miesiące, dajmy na to, czy tam ile? 2 czy 3 miesiące, a tutaj forma ambulatoryjna i mogę przychodzić sobie nie codziennie, ale 2 razy czy 3 razy w tygodniu, czy tam raz w tygodniu jak teraz jest, to żyję normalnie w społeczeństwie i zawodowo i wszystko, spełniam się, funkcjonuję, w miarę jakieś relacje rodzinne itd. są, jest wszystko utrzymane. Natomiast w formie zamkniętej trudno by mi było sobie teraz wyobrazić, bo po przejściu tej terapii ja chyba bym się w życiu nie zdecydował na formę zamkniętą, bo nie wiem, jakbym później musiał się wypoziomować, żeby się odnaleźć w społeczeństwie. Nawet po dwóch, trzech miesiącach, będąc poza, żeby nie zagrać, nie myśleć o graniu itd. (H0806_M_1)

Negatywne aspekty leczenia

Intensywność leczenia

Podając terapię, pacjenci na ogół nie wiedzą, jak będzie ona przebiegać. W trakcie trwania leczenia okazuje się, że jest ono dla nich zbyt intensywne. Szczególnie na oddziale dziennym, gdzie zajęcia są długie i trwają cały tydzień. Pacjenci są nimi zmęczeni i nie są skupieni na tematyce zajęć.

Śpię czasami na tej terapii, no bo faktycznie, bo to kurde tyle siedzieć, to sama głowa leci. (...) mnie to męczyło okropnie. Ja już kawy piłem tyle, że szok, żeby nie spać, no ale gdzie tam, no gada i nawet nie wiem, kiedy już głowę w dole. (H0906_M_1)

Intensywność terapii sprawia, że osoby z zaburzeniami hazardowymi nie mają czasu na inne aktywności, nie spędzają go z rodziną, tylko w placówce. Konsekwencją tej intensywności może być rezygnacja z leczenia.

Tego czasu nie ma dużo, no bo dwa razy w tygodniu mam te 3 godziny właśnie terapii po pracy i raz w tygodniu mityngi, także tego czasu zostaje bardzo mało tak naprawdę dla rodziny. (H2603_M_1)

Organizacja grup terapeutycznych

Pacjenci nie byli zadowoleni z organizacji grup terapeutycznych, ponieważ w ich ocenie były one zbyt duże, co utrudniało kontakt z terapeutami i było barierą w aktywnym uczestnictwie w leczeniu. Zdarzało się, że liczebność grup przekraczała 20 osób. Z doświadczeń pacjentów wynika, że przez to brakuje czasu na ćwiczenie umiejętności praktycznych.

Nas było, nie wiem, z 30 paru pacjentów na trójkę terapeutów i chyba były dwa tygodnie, że rzeczywiście tam kontakt z tymi terapeutami był bardzo ograniczony i korzystanie z tej terapii było trudne. (H3003_M_2)

W ocenie badanych negatywnym aspektem leczenia w poradni jest mieszanie osób z różnymi uzależnieniami w jednej grupie. Osoby z zaburzeniami hazardowymi stanowią znacznie mniejszą część grupy, w wyniku czego mają poczucie osamotnienia i niezrozumienia dla problemów wynikających z grania.

Ja trafiłem do takiej grupy, w której były osoby uzależnione też od alkoholu i od powiedzmy jakichś tam narkotyków czy jakichś innych substancji psychoaktywnych i ja czułem się trochę jakby taki osamotniony, bo praktycznie osoby, które były uzależnione od hazardu, były chyba tylko oprócz mnie, to były może dwie osoby, a w kolejnych jakby etapach, w kolejnych grupach to już byłem praktycznie sam i te tematy bardziej były takie związane z osobami z problemem alkoholowym, a nie takimi z problemem hazardowym. (H2505_M_1)

Mieszanie w grupach terapeutycznych osób z zaburzeniami hazardowymi i uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych w nierównych proporcjach, ze znacznym marginalizowaniem hazardzistów skutkuje realizowaniem programu z perspektywy osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Terapeuci wkładają wszystkie rodzaje uzależnień do jednego worka, co nie przyczynia się do uchwycenia specyfiki hazardu.

Bardzo dużo jest dla alkoholików i tak jak na początku, ja jak zaczynałem przygodę, naprawdę identyfikowałem się tylko z problemem hazardu, bo teraz też identyfikuję się z problemem alkoholu. Dla mnie nie ma różnicy, czy ja pójdę do alkoholików, czy do hazardzistów, ale jak zaczynałem, no to z tym hazardem było tak, że jak ja poszedłem na terapię, to byłem sam jeden hazardzista. Tak trochę to było dla mnie takie nawet krępujące, że tylko ja jestem tym hazardzistą, a wszyscy mają inne uzależnienie. (H2204_M_1)

Zdaniem badanych osoby z zaburzeniami hazardowymi mają inne rodzaje problemów niż osoby uzależnione od

alkoholu czy narkotyków. Kwestie poruszane na zajęciach w dużej mierze ich nie dotyczą, nie identyfikują się z nimi, co może wpływać na utrzymywanie się w leczeniu.

No bo to, co jest gdzieś tam uniwersalnie poruszane i te problemy dotyczą też właśnie przy innych uzależnieniach, to zupełnie jednak inaczej wyglądają przy hazardzistach. Nie ma tego wszystkiego, co jest związane ze środkami psychoaktywnymi. Narkomani i alkoholicy mają to gdzieś bardziej wspólne i przez to ja, też chodząc na terapię, musiałem dużo o tym słuchać, a zupełnie nie był to mój problem, te problemy były zupełnie inne. (H3003_M_2)

Nieodpowiedni program terapeutyczny

Nieuwzględnienie specyfiki hazardowej przejawia również sam program terapeutyczny, który jest oparty na programie dla osób uzależnionych od alkoholu i realizowany w sposób dyrektywny. Osoby z zaburzeniami hazardowymi są zdania, że program jest niedostosowany do ich potrzeb, nie bierze pod uwagę specyfiki choroby. Materiały wykorzystywane na zajęciach są dostosowane głównie do terapii osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. *Ten program jest siłą rzeczy no taki, bym powiedział, nie-dopasowany. Wiele razy mi się zdarzało, że dostawaliśmy jakieś materiały od terapeutów na terapii, gdzie były to materiały dla alkoholików. Trzeba było sobie samemu gdzieś tam przerabiać i nawet nie chodzi o to, żeby zmienić sobie słowo, bo to żaden problem, ale no pewne różnice są w tych chorobach.* (H3003_M_2)

Program, który jest realizowany w placówkach, nie pozwala na uwzględnienie wcześniejszych doświadczeń związanych z leczeniem na kolejnych etapach terapii. Za każdym razem, kiedy osoby z zaburzeniami hazardowymi podejmują leczenie, muszą rozpocząć terapię od początku.

Kiedy byłem na terapii zamkniętej, to przerobiłem bardzo duży taki zakres tematów. I to troszeczkę mi się nie spodobało, że kiedy poszedłem na [nazwa placówki – autorzy] już z informacją o tym, że jestem po sześciotygodniowej terapii, gdzie miałem wypisany nawet program, co ja przerobiłem na tej terapii itd., to zostałem jakby wrzucony do grupy takiej początkowej. Tak jakbym nie miał tej terapii zamkniętej i dosłownie od tego samego momentu bym zaczynał i to mnie tam w jakiś sposób dotknęło, że się tak wyrażę, bo uważam, że te pierwsze 3 miesiące, czyli kolejny raz przerabianie tej grupy destrukcyjnej było trochę zbędne. (H1504_M_1)

Program terapeutyczny nie uwzględnia możliwości uczestnictwa w terapii rodzin osób z zaburzeniami hazardowymi, co powoduje, że nie ma możliwości przepracowania z te-

rapeutą problemów z tego obszaru, a w ocenie pacjentów jest to niezbędne dla utrzymania prawidłowych relacji.

Bardzo trudne są te relacje z osobami, które się skrzywdziło. Bo jest to jednak inny rodzaj krzywdy niż gdzieś tam przy innych uzależnieniach, i ta krzywda bardzo długo trwa, w sensie ma taki namacalny wymiar, finansowy na przykład. Gdzie nawet mając zrozumienie od kogoś, no zrozumienie zrozumieniem, a gdzieś pieniądze są zupełnie inną płaszczyzną. (H3003_M_2)

Osobom z zaburzeniami hazardowymi brakowało uwzględnienia w programie kwestii regulacji długów, zarządzania finansami i podejścia do pieniędzy.

Znaczący powiem tak: Jest bardzo ważny aspekt, który odróżnia nas, trochę może za wielkie słowo, ale od alkoholików – to jest kwestia pieniędzy, długów. Fajnie by było, gdyby poradnie terapeutyczne były też gdzieś tam skierowane na pracę z pieniędzmi, na pracę z zarządzania czasem, na pracę z zarządzania pieniędzmi. (H3003_M_1)

Zdaniem respondentów zajęcia wynikające z programu terapeutycznego są monotonne, nie zachęcają pacjentów do angażowania się, przez co niewiele z nich korzysta i trudno jest im wykorzystać pozyskaną wiedzę w życiu codziennym. Dodatkowo podczas grup terapeutycznych oczekuje się od nich opisywania intymnych aspektów życia, już na samym początku leczenia.

Nie tyle że nudno, tyle że po prostu cały czas w kółko to samo słyszałem przez cały tydzień. No bo taka jest prawda. (H0906_M_1)

Obawiam się jakby wprowadzenia jeszcze w moje intymne czy prywatne życie dodatkowych osób. I może to jest ta bariera, że niespecjalnie mógłbym czy chciałbym w tym uczestniczyć. (H3103_M_1)

Personel placówki

Negatywne aspekty leczenia związane są również z terapeutami – ich doświadczeniem zawodowym, czy też innymi pracownikami i ich stosunkiem do pacjentów. Zdaniem osób z zaburzeniami hazardowymi zdarzają się terapeuci, którzy mają małe doświadczenie w leczeniu tego rodzaju zaburzenia. Część terapeutów podejmuje się terapii osób z zaburzeniami hazardowymi, mimo że brak im merytorycznego przygotowania. Zdarza się, że podchodzą oni do leczenia zaburzeń hazardowych tak samo jak do leczenia uzależnienia od alkoholu czy narkotyków.

Ja naprawdę, niestety, uważam, że jest grono terapeutów, którzy nie są do końca kompetentni, jeśli chodzi o leczenie hazardzistów, nie wiem, czy w ogóle uzależnionych osób.

Nigdy w życiu mi żaden terapeuta na pewno nie zaszkodził, ale miałem wrażenie, że też mi niespecjalnie pomógł. Widziałem, że terapeuci w tym temacie, to już w ogóle się poruszają trochę tak intuicyjnie i nie jest to poparte jakimś doświadczeniem i chyba też wiedzą. (H3003_M_2)

Personel placówek nie ma zaufania do pacjentów, wymagając usprawiedliwień i dokładnego tłumaczenia nieobecności. Osobom z zaburzeniami hazardowymi nie podoba się, że muszą dokładnie wyjaśniać, dlaczego nie będzie ich na spotkaniu terapeutycznym.

Musiałem odwołać jedno czy dwa spotkania ze względu na sytuację w pracy itd. Nie mogłem po prostu być. Dzwoniąc, np. tam do ośrodka, byłem traktowany jako taka osoba, nie wiem, może po prostu inni pacjenci nadużywają tego i stąd jest taka sytuacja. No może jest to związane z jakimś brakiem zaufania do ogólnie pacjentów i akurat ja się tam trafiam, no to jestem w stanie w jakiś sposób zrozumieć. Ale niespecjalnie mi się podoba to wypytywanie: „A dlaczego?”, „A co się stało?”, „A tego...”. Pani w rejestracji nie musi wiedzieć, jaka jest przyczyna tego, że ja akurat nie przyszedłem, czy nie mogłem przyjść na spotkanie z terapeutą. (H3103_M_1)

Podsumowanie

Osoby z zaburzeniami hazardowymi dostrzegają pozytywne skutki terapii w wielu obszarach życia. Poprawie ulega ich samopoczucie fizyczne i psychiczne, zaczynają dbać o swoje zdrowie, w ich subiektywnej ocenie życie zmienia się na lepsze. Podejmując leczenie, utrzymują abstynencję nie tylko od grania, ale często przestają używać alkoholu i tytoniu. Proces terapeutyczny wpływa również na poprawę relacji z bliskimi – rodziną, partnerem oraz przyjaciółmi; osoby z zaburzeniami hazardowymi otrzymują wsparcie i akceptację ze strony otoczenia, poprawia się ich status materialny. W trakcie terapii pacjenci uzyskują wiedzę na temat uzależnienia od alkoholu i narkotyków, mechanizmów powstawania uzależnień, nawrotów choroby oraz sposobów postępowania po przerwaniu abstynencji. Pozytywne aspekty leczenia związane są również z możliwością przebywania z osobami z tym samym zaburzeniem oraz terapeutami, którzy rozumieją ich problemy. Pozytywnym aspektem terapii jest także dobra relacja z terapeutą, który jest dla pacjentów autorytetem, pomaga im w pokonywaniu trudności napotykanych podczas leczenia. Pacjenci ceniłi mocno zasady spotkań grupowych, podczas których istnieje możliwość otwartych wypowiedzi, bez obawy, że

zostaną narażeni na krytykę ze strony innych uczestników. Podczas takich spotkań mogą mówić to, o czym obawiają się powiedzieć najbliższym. Pozytywnym aspektem terapii była możliwość leczenia w godzinach popołudniowych z wykorzystaniem formy ambulatoryjnej, wypełniającej czas wolny. Leczenie w poradni nie zmusza do opuszczenia środowiska, rezygnowania z pracy, pozwalając jednocześnie na aktywne uczestnictwo w terapii.

Badani wymieniali także negatywne strony leczenia. Negatywne aspekty terapii są związane z długością trwania zajęć, przez co pacjenci nie mają czasu na własne aktywności. Osobom z zaburzeniami hazardowymi nie podoba się również organizacja grup terapeutycznych, przede wszystkim leczenie w grupach wspólnie z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. W tak zorganizowanych zajęciach stanowią marginalną część uczestników, a grupa jest zdominowana przez osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków. Terapeuci, prowadząc zajęcia, skupiają się głównie na osobach, które stanowią większość w grupie.

Materiały przekazywane pacjentom są niedostosowane do zaburzeń hazardowych, program jest wzorowany na programie dla osób uzależnionych od alkoholu, w wyniku czego pacjenci nie angażują się w leczenie, nie identyfikują się z grupą i mają poczucie marginalizacji. Program terapeutyczny nie uwzględnia uczestnictwa rodzin osób z zaburzeniami hazardowymi w terapii, co zdaniem badanych uniemożliwia utrzymywanie prawidłowych relacji. Zajęcia terapeutyczne są monotonne i pacjenci nie angażują się w nie wystarczająco, przez co trudno im wykorzystywać pozyskaną wiedzę w życiu codziennym. Osoby z zaburzeniami hazardowymi niechętnie podczas zajęć chcą opisywać intymne zdarzenia z własnego życia. Negatywne doświadczenia związane z leczeniem są powiązane również z personelem – terapeutami i innymi pracownikami placówki. Zdarza się, że terapeuci nie mają doświadczenia w leczeniu osób z zaburzeniami hazardowymi, podejmują się ich terapii, mimo że brakuje im merytorycznego przygotowania. Personel placówki wymaga od pacjentów dokładnego tłumaczenia nieobecności, co buduje atmosferę braku zaufania i jest postrzegane w kategoriach negatywnych.

Przypisy

¹ Badania zostały sfinansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia (umowa numer: 3/HEK/2015; 72/HE/2014).

W artykule kontynuuję omawianie sytuacji dotyczącej substancji psychoaktywnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Tym razem zostaną zaprezentowane informacje dotyczące Czech i Słowacji. Pochodzą one z krajowych raportów narkotykowych publikowanych co roku przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii i Biuletynu Statystycznego EMCDDA.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CZECHACH I NA SŁOWACJI

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Skala używania narkotyków w Czechach

Rozpowszechnienie używania narkotyków w Czechach było stosunkowo stabilne w ostatnich latach, przy czym największą rolę odgrywają w tym obszarze konopie indyjskie, które są najczęściej używaną substancją nielegalną. Zażywanie narkotyków koncentruje się głównie wśród młodych dorosłych w wieku 15-34 lata, przede wszystkim mężczyzn. Najnowsze dane z 2016 roku wskazują, że prawie co piąty młody człowiek (15-34 lata: 19,4%) w ostatnim roku stosował konopie indyjskie, czyli nieco poniżej poziomu odnotowanego w badaniach z lat 2013-14 (CRDR, 2018). Wyższe wskaźniki zostały zarejestrowane tylko we Włoszech i Francji, co oznacza, że skala rozpowszechnienia używania marihuany w Czechach należy do najwyższych w Europie. Używanie innych nielegalnych substancji było znacznie mniej powszechne. MDMA/ecstasy było najczęstszym stymulantem używanym w populacji ogólnej, a jego stosowanie również było skoncentrowane przede wszystkim wśród młodych dorosłych. Używanie metamfetaminy (znanej lokalnie jako perwityna) jest mniej powszechne wśród populacji, ale jest to główna substancja wśród osób sięgających często po narkotyki, głównie w iniekcjach. Najnowsze badania wskazują, że 1 na 100 dorosłych próbował nowych substancji psychoaktywnych (NSP) kiedykolwiek w życiu. Podobnie jak w przypadku innych substancji, stosowanie NSP jest wyższe wśród mężczyzn i młodych dorosłych w wieku 15-34 lata. Częstość zażywania narkotyków jest wyższa wśród podgrup młodych ludzi (np. w trakcie imprez klubowych) (CRDR, 2018).

Jednym z podstawowych źródeł informacji o skali używania narkotyków wśród młodzieży są dane uzyskane w Europejskim Projekcie Badania Szkół w zakresie Alkoholu i innych Narkotyków (ESPAD). Wyniki czeskie były znacznie powyżej średniej ESPAD. Warto zauważyć, że wskaźniki używania kiedykolwiek w życiu marihuany oraz środków uspokajających i nasennych bez recepty były ponad dwukrotnie wyższe niż średnia europejska (37% w porównaniu do 16% i 16% w porównaniu do 6%). Ponadto spożycie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni (Czechy 68%, a średnia europejska 48%) i intensywne picie epizodyczne (odpowiednio 42% i 35%) były wyraźnie powyżej średniej; wyższe wskaźniki dotyczyły również używania papierosów (30% i 21%). W analizie długoterminowej stwierdzono spadek używania konopi indyjskich po osiągnięciu najwyższego poziomu w 2007 roku i zmniejszenie spożycia alkoholu w latach 2011-2015 (CRDR, 2018).

Szacunki problemowych użytkowników narkotyków w Czechach

W Czechach problemowe używanie narkotyków jest związane głównie z zażywaniem domowej metamfetaminy (perwityny), przeważnie wstrzykiwanej. Szacuje się, że w Czechach jest 34 300 użytkowników metamfetaminy i około 12 500 użytkowników heroiny lub innych opioidów, których można określić jako osoby mogące mieć problemy z powodu narkotyków. Chociaż buprenorfina pozostaje głównym narkotykiem wśród osób używających często opioidów, w ostatnich latach pojawiły się sygnały dotyczące

zwiększonego niewłaściwego stosowania leków przeciwbólowych na bazie opioidów wśród osób problemowo zażywających nielegalnych substancji psychoaktywnych (CRDR, 2018). W 2016 roku szacunkowa liczba osób zażywających narkotyki w iniekcjach wyniosła 43 tys. osób. Na podstawie najnowszych badań populacyjnych z 2016 roku około 2 na 10 użytkowników marihuany można określić jako osoby używające marihuany w sposób ryzykowny, czyli taki, który może powodować problemy (CRDR, 2018). Dane z wyspecjalizowanych ośrodków leczenia są dostępne do 2014 roku. Wskazują one, że amfetaminy (głównie metamfetamina) były najczęściej zgłaszaną substancją przez nowych klientów rozpoczynających leczenie w 2014 roku; na drugim miejscu znalazły się konopie indyjskie. Metamfetamina jest często stosowana w kontekście zażywania wielu substancji z opioidami. Dane od klientów rozpoczynających leczenie również to potwierdzają. Wstrzykiwanie pozostaje głównym sposobem zażywania narkotyków, w szczególności wśród osób sięgających po metamfetaminę lub opioidy jako narkotyk podstawowy. Długoterminowa analiza danych z placówek leczniczych wskazuje na wzrost wieku pacjentów leczących się z powodu narkotyków (CRDR, 2018).

Zakażenia wirusem HIV i HCV

W Czechach dane dotyczące zakażeń związanych z zażywaniem narkotyków są dostępne w krajowych rejestrach i badaniach obejmujących różnych użytkowników narkotyków. Dane te wskazują, że wskaźniki zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)/zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV) i zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród osób zażywających narkotyki pozostały stabilne w ostatnich latach (CRDR, 2018). Liczba nowo zdiagnozowanych osób zakażonych HIV wśród populacji ogólnej jest stosunkowo niska. Na tle innych krajów Czechy mają niskie wskaźniki HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach (0,7 nowego przypadku na milion mieszkańców), zbliżone do polskich (0,8 nowego przypadku na milion mieszkańców). Najwyższe wskaźniki odnotowano w Luksemburgu – 33 przypadki, oraz na Łotwie – 22 przypadki. Nowe zakażenia HIV dotyczą głównie grupy mężczyzn, którzy mają seks z mężczyznami. Wskaźniki zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie pozostają niskie. Liczba nowo zgłoszonych przypadków ostrego zakażenia

HBV nadal spada. Wiąże się to z procedurami programu szczepień dla ogółu ludności wprowadzonymi w 2001 roku (CRDR, 2018). W Czechach ponad połowa nowo zgłoszonych przypadków zakażenia HCV, w którym znana jest droga transmisji, dotyczy używania narkotyków w iniekcjach. Najnowsze dane z programów niskoprogowych wskazują, że mniej niż jeden na pięciu badanych w tych placówkach był pozytywny na HCV (14,56%) (CRDR, 2018).

Zgony i zatrucia z powodu narkotyków

Informacje na temat nagłych wypadków związanych z narkotykami w Czechach pochodzą ze specjalnego systemu ostrzegania w publicznej służbie zdrowia oraz z Krajowego Rejestru Hospitalizacji, który zgłasza dane dotyczące ostrych hospitalizacji wymagających co najmniej 24 godzin opieki. Dane z publicznej służby zdrowia wskazują, że od 2011 roku nastąpił niewielki wzrost zatruc narkotykami. W 2016 roku łącznie zgłoszono 1101 zatruc, które nie były śmiertelne, podobnie jak w roku 2015 (1205) (CRDR, 2018). Metamfetamina i benzodiazepiny były najczęściej zgłaszanymi narkotykami odpowiedzialnymi za zatrucia, które nie zakończyły się zgonem. Na kolejnym miejscu znalazły się konopie indyjskie. Warto zwrócić uwagę, że od roku 2005 znacznie spadły zatrucia związane z heroiną. Jednocześnie Krajowy Rejestr Hospitalizacji wykazuje długoterminowy spadek liczby ostrych hospitalizacji z powodu zatruc narkotykowych. Regionalne różnice w metodach gromadzenia danych i możliwych wadach w kodowaniu substancji oznaczają, że krajowe szacunki związane z zatruciami powinny być traktowane z ostrożnością (CRDR, 2018). W Czechach informacje dotyczące zgonów, które można bezpośrednio powiązać z używaniem narkotyków (tj. zatrucia i przedawkowania) gromadzone są w specjalnych rejestrach zgonów i ogólnej śmiertelności. W 2016 roku w sumie zgłoszono 32 przypadki zgonów związanych z zażywaniem narkotyków, mniej niż w 2015 roku (44 przypadki) (CRDR, 2018). Czechy mają niskie wskaźniki zgonów z powodu narkotyków, które wynoszą 4,3 przypadku na milion mieszkańców. W przypadku Polski wskaźnik wynosi 9,1 przypadku na milion. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Estonii (132,3), Szwecji (87,8) i Norwegii (81,2) (Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2018). Według wyników toksykologicznych opioidy (buprenorfina lub inne leki opioidowe oraz heroina), same lub w połączeniu z innymi substancjami psychoaktywnymi,

były głównym narkotykiem odpowiedzialnym za mniej niż połowę zgonów spowodowanych przez narkotyki w 2016 roku w Czechach, co stanowi mniejszy odsetek niż w 2015 roku. W tym samym czasie zwiększyła się proporcja zgonów z powodu przepisywanych leków opioidowych. Stymulanty, głównie metamfetamina, są powiązane z około jedną trzecią zgonów spowodowanych przez narkotyki. Większość ofiar tego rodzaju narkotyków to mężczyźni (CRDR, 2018).

Rynek narkotykowy w Czechach

Konopie indyjskie są najczęściej zabezpieczanym narkotykiem w Czechach. Dane dotyczące monitorowania nielegalnego rynku wskazują, że ilość zabezpieczonej marihuany nadal się zwiększa (CRDR, 2018). W 2016 roku zabezpieczono 722,11 kg marihuany podczas 4777 konfiskat tego narkotyku (Statistical Bulletin, 2018). Wzrasta także produkcja krajowa marihuany w Czechach, i to zarówno w warunkach naturalnych, jak i sztucznych. Marihuana z tych upraw jest głównie przeznaczona na rynek krajowy, ale spora część trafia również do krajów sąsiednich. Zorganizowane grupy przestępcze pochodzenia wietnamskiego przyczyniły się do wzrostu upraw na dużą skalę, a w ostatnich latach grupy te zaangażowały się również w produkcję i dystrybucję metamfetaminy (perwityny) (CRDR, 2018). Podobnie jak w Polsce, gdzie zorganizowane grupy przestępcze pochodzenia wietnamskiego zajmują się dużymi uprawami marihuany. Metamfetamina jest najczęściej zażywany stymulantem w Czechach, w przeciwieństwie do innych krajów europejskich, gdzie, oprócz Słowacji, dominuje na rynku

kokaina (zachodnia i południowo-zachodnia część Unii Europejskiej) lub amfetamina (wschodnia i północna część Unii Europejskiej) (CRDR, 2018). Dostępne informacje sugerują, że chociaż metamfetamina pierwotnie produkowana jest na rynek krajowy, to jednak spore jej ilości są eksportowane na sąsiednie i północnoeuropejskie rynki, np. do Niemiec. Wytwarzanie perwityny odbywa się głównie w laboratoriach domowych o małej objętości, które można łatwo przenieść, aby uniknąć ryzyka wykrycia. Mimo to w ostatnich latach ujawniono laboratoria o dużej objętości, obsługiwane przez zorganizowane grupy przestępcze (CRDR, 2018).

Dużym zainteresowaniem cieszą się w Czechach leki zawierające pseudoefedrynę, która jest głównym prekursorem stosowanym w produkcji metamfetaminy. W 2009 roku w Czechach wprowadzono ograniczenia dotyczące sprzedaży leków zawierających pseudoefedrynę, czego skutkiem był znaczny wzrost nielegalnego ich przywozu z zagranicy, głównie z Polski. W związku z ograniczeniami w sprzedaży leków zawierających pseudoefedrynę wprowadzonych w Polsce w 2015 roku, leki te są obecnie nielegalnie importowane z Turcji, a Polska pozostaje dla nich znaczącym krajem tranzytowym (CRDR, 2018). Ponadto dane operacyjne sugerują, że ponadnarodowe grupy przestępcze zajmujące się handlem i produkcją perwityny przenoszą część swojej działalności za granicę, głównie do Polski, w celu skrócenia drogi handlu prekursorami i minimalizowania ryzyka związanego z wykryciem substancji (CRDR, 2018). W 2017 roku w Polsce zabezpieczono siedem laboratoriów produkujących metamfetaminę, co pokazuje, iż produkcja tego narkotyku jest prowadzona nie tylko w Czechach, ale również w krajach sąsiednich.

Tabela 1. Zabezpieczenia nowych substancji psychoaktywnych w Czechach w 2016 roku.

	Nazwa substancji	Rodzaj miary	Ilość zabezpieczona	Liczba zabezpieczeń	Liczba zabezpieczeń detalicznych	Liczba zabezpieczeń średnie	Liczba zabezpieczeń hurtowych
1	PCP	g	2,7	1	1		
2	3-MMC	g	10,1	1	1		
3	Alpha-PVP	g	1,1	1	1		
4	4-CMC	g	102,6	2	1	1	
5	DMT	g	1077,2	2		2	
6	25B-NBOMe	blotter*	22	1	1		
7	4F-MPH	g	2	1	1		
8	1P-LSD	blotter	5	1	1		
9	Phentermine	tabletki	3282	2	1		1

* Rodzaj bibuły, papierowego paska nasączonego substancją.

Źródło: System Wczesnego Ostrzegania.

W 2016 roku po raz pierwszy zabezpieczono w Czechach laboratorium produkujące duże ilości amfetaminy, głównie na eksport.

Zabezpieczenia kokainy wykazują znaczne roczne wahania, duże konfiskaty kokainy wskazują na to, że była ona prawdopodobnie przeznaczona do dystrybucji poza rynek krajowy (CDRD 2018). Kokaina trafia do Czech głównie z Belgii, Hiszpanii i Holandii, za pośrednictwem kurierów i przewoźników przesyłek pocztowych (CDRD, 2018). Belgia i Holandia stały się w ostatnich latach jednym z głównych kanałów przemytowych kokainy z krajów Ameryki Południowej (Europejski Raport Narkotykowy, 2018).

W ostatnich latach heroina skonfiskowana w Czechach coraz częściej dociera do tego kraju drogą południowego Kaukazu (z Iranu przez Armenię, Azerbejdżan i Gruzję na Ukrainę lub Mołdawię). Jest ona częściej wybierana niż historyczna trasa przemytu z Bałkanów (CDRD, 2018). W latach 2013–2016 leki zawierające buprenorfinę, plastry fentanylowe i środki przeciwbólowe na bazie morfiny były również konfiskowane z nielegalnego rynku. Sporadycznie odnotowuje się również przypadki produkcji opioidów pochodzenia domowego (z kodeiny lub morfiny) (CDRD, 2018). Podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej MDMA/ecstasy nie jest produkowane w kraju, a importowane głównie z Holandii. W Polsce nie odnotowano produkcji MDMA, jedynie miejsca tabletkowania tej substancji.

W odniesieniu do nowych substancji psychoaktywnych na czeskim rynku dominują katynony i syntetyczne kannabinoidy. W 2016 roku 44 NSP (głównie syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy) zostały wykryte w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania. Biorąc pod uwagę charakter rynku nielegalnych narkotyków w Czechach, organy ścigania koncentrują swoje działania na wykrywaniu i zapobieganiu nielegalnym działaniom związanym z handlem narkotykami, głównie związanym z perwityną i konopiami indyjskimi, w regionach graniczących z Niemcami, Austrią i Polską (CDRD, 2018).

Używanie narkotyków na Słowacji

Ostatnie badanie dotyczące używania narkotyków wśród osób dorosłych zostało przeprowadzone na Słowacji w 2015 roku. Wyniki pokazują, że marihuana i haszysz są najbardziej rozpowszechnionymi substancjami używanymi wśród populacji dorosłych na Słowacji, a zażywanie przetworów konopi jest najwyższe wśród osób w wieku 15–34 lata (9,3%).

Ponad trzykrotnie wyższe wskaźniki używania marihuany odnotowano wśród młodych dorosłych mężczyzn (15–34 lata: 13,8%) niż kobiet (4%). Omawiane badanie wykazało, że nieco mniej niż jedna trzecia młodych ludzi zażywała konopie indyjskie kiedykolwiek w życiu, ale co dziesiąty badany zażywał marihuanę w ciągu ostatniego roku (SDR, 2018). Analizując trend używania marihuany wśród młodych dorosłych, warto zauważyć, że rozpowszechnienie używania konopi indyjskich zmniejszyło się o prawie połowę w latach 2006–2010 (wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku). Ostatnie badanie z 2015 roku wskazało na wzrost odsetka badanych używających konopi indyjskich wśród tej grupy.

Według badań najczęściej używanym stymulantem wśród dorosłej populacji jest MDMA/ecstasy, jego stosowanie jest szczególnie rozpowszechnione wśród osób w wieku 15–24 lata (SDR, 2018). Na drugim miejscu plasuje się metamfetamina. Jednak używanie tej substancji koncentruje się głównie w niektórych podgrupach, które zażywają narkotyki w sposób problemowy. W 2015 roku mniej niż 1% dorosłych zgłosił stosowanie jakiegokolwiek nowej substancji psychoaktywnej kiedykolwiek w życiu, co jest wynikiem zbliżonym do polskich danych, gdzie według wyników badań w populacji generalnej 1,3% respondentów zadeklarowało używanie nowych substancji psychoaktywnych (SDR, 2018). Dwa miasta Słowacji: Bratysława i Pieszczany uczestniczą w corocznych ogólnoeuropejskich badaniach dotyczących ścieków przeprowadzanych przez Grupę Analizy Ścieków w Europie (SCORE). Badanie to dostarcza informacji na temat zażywania narkotyków na poziomie lokalnym na podstawie oznaczenia poziomu nielegalnych narkotyków i ich metabolitów znajdujących się w ściekach. Ostatnie wyniki wskazują na spadek używania metamfetaminy w obu miastach w latach 2016–2017 (SDR, 2018). Używanie wszystkich środków pobudzających (kokainy, amfetaminy, metamfetaminy i MDMA) wydaje się bardziej rozpowszechnione w Bratysławie niż w Pieszczanach; co więcej, poziomy MDMA i metabolitów kokainy rosną w obu miastach w weekendy (SDR, 2018).

Jednym z podstawowych źródeł informacji o skali używania narkotyków wśród młodzieży są dane uzyskane w Europejskim Projekcie Badania Szkół w zakresie Alkoholu i innych Narkotyków (ESPAD). Najnowsze dane pochodzą z 2015 roku. Długoterminowa tendencja wskazuje, że wskaźnik rozpowszechnienia używania konopi indyjskich wśród osób w wieku 15–16 lat wzrósł w latach 1995–2007 ponad trzykrotnie. Nieznaczny spadek odnotowano w 2011

roku i od tego czasu wskaźnik ustabilizował się na wysokim poziomie. Z badań ESPAD z 2015 roku wynika, że używanie nielegalnych narkotyków innych niż konopie indyjskie jest nieco wyższe niż średnia w ESPAD, podczas gdy używanie nowych substancji psychoaktywnych było poniżej średniej badania ESPAD na Słowacji (SDR, 2018).

Rynek narkotykowy na Słowacji

Podaż narkotyków w krajach sąsiadujących ze Słowacją odgrywa coraz ważniejszą rolę na rynku nielegalnych narkotyków na Słowacji, chociaż odnotowuje się również produkcję krajową. Uprawy konopi indyjskich i miejsca produkcji metamfetaminy pozostają najczęściej zabezpieczanymi nielegalnymi miejscami produkcji/uprawy jakichkolwiek narkotyków na Słowacji. Dane wskazują, że obie substancje są coraz częściej pozyskiwane z Czech. Ponadto marihuana pochodzi z krajowych upraw. Krajowa produkcja metamfetaminy odbywa się głównie w małych laboratoriach typu „kuchennego”, przy użyciu efedryny lub leków dostępnych bez recepty, zawierających pseudofedrynę, podobnie jak to ma miejsce w sąsiednich Czechach. Produkcja metamfetaminy jest coraz częściej ujawniana na Słowacji. Heroina pochodzi z Afganistanu i jest przemykana drogą bałkańską (SDR, 2018). Zazwyczaj nielegalne substancje są wwożone na Słowację drogą lądową (w samochodach osobowych, autobusach lub pociągach), chociaż wzrasta korzystanie z usług kurierskich.

Nowe substancje psychoaktywne na Słowacji

W 2015 roku na Słowacji odnotowano pojawienie się po raz pierwszy dziewięciu nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Było to możliwe dzięki Systemowi Wczesnego Ostrzegania. NSP, głównie syntetyczne kannabinoidy i katynony, są importowane z Czech, Polski i Węgier lub przybywają bezpośrednio z krajów Azji Wschodniej (SDR, 2018). W 2016 roku wykryto na Słowacji nielegalne laboratorium produkujące nowe substancje psychoaktywne. W proceder byli zaangażowani przestępcy z Polski. Ponadto w 2016 roku wykryto również w Polsce dwa laboratoria produkujące nowe substancje psychoaktywne. Warto podkreślić, iż poza Polską i Słowacją nie było innych miejsc produkcji nowych substancji psychoaktywnych w Unii Europejskiej, co oznacza, że trafiły one do UE z innych krajów, głównie z Chin.

Zakażenia HIV i HCV na Słowacji

Dostępne dane dotyczące HIV i AIDS wskazują, że częstość zakażenia HIV/AIDS wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach na Słowacji jest bardzo niska. W 2016 roku zgłoszono jeden nowy przypadek zakażenia HIV związany z wstrzykiwaniem narkotyków. Specjalne badanie monitorujące wskaźnik wśród osób stosujących narkotyki w iniekcjach leczonych w Centrum Leczenia Uzależnień od Leków w Bratysławie donosiło o stabilnym, niskim odsetku zakażenia wirusem HIV w tej grupie. To samo źródło potwierdza, że infekcja wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest najczęstszą infekcją związaną z narkotykami na Słowacji. Chociaż częstość występowania zakażenia HCV wśród nowych klientów placówek leczniczych w Bratysławie utrzymuje się na dość stabilnym poziomie (około 40%), to od 2010 roku prawie 5 na 10 pacjentów uzyskało wynik pozytywny na obecność HCV. Ponadto dodatkowe analizy wskazują, że HCV jest częstsze wśród osób, które wstrzykiwały sobie narkotyki przez 10 lat lub dłużej (SDR, 2018).

Zgony i śmiertelność wywołane narkotykami na Słowacji

W 2015 roku Krajowe Centrum Informacji Toksykologicznej zgłosiło 122 przypadki ostrego zatrucia związanego z narkotykami, z których jedna trzecia była spowodowana przez metamfetaminę. Roczna liczba zgonów spowodowanych przez narkotyki wahała się między 13 a 26 przypadków w latach 2012–2016. W 2016 roku wszystkie przypadki zostały potwierdzone toksykologicznie, a około 9 z 10 zgonów spowodowanych przez leki powiązane z opioidami. Większość ofiar śmiertelnych to byli mężczyźni w wieku 30 lat lub więcej. Wskaźnik śmiertelności wywołanej narkotykami wśród dorosłych (w wieku 15–64 lata) wynosił prawie 5 zgonów na milion w 2016 roku, czyli mniej niż ostatnia europejska średnia, wynosząca 21,8 zgonów na milion osób (SDR, 2018).

Bibliografia

- Biuletyn Statystyczny EMCDDA, EMCDDA 2018.
- CRDR Czech Republic Drug Report, EMCDDA 2018.
- SDR Slovakian Drug Report, EMCDDA 2018.
- Europejski Raport Narkotykowy, EMCDDA 2018.

Na temat rozpowszechnienia problemów związanych z nad/używaniem substancji wśród młodych osób niesłyszących i słabosłyszących wiemy bardzo niewiele¹. Nie realizuje się badań (nie tylko w Polsce²), które można by wprost odnosić do tej populacji. Brakuje też oferty profilaktycznej opartej na naukowych podstawach, która uwzględniałaby specyficzną sytuację młodzieży z tej populacji.

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I PROFILAKTYKA W ŚRODOWISKU MŁODZIEŻY NIESŁYSZĄCEJ I SŁABOSŁYSZĄCEJ

Marcin J. Sochocki

Fundacja Poza Schematami

Bartłomiej Walczak

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego

W 2018 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło Fundacji Poza Schematami realizację zadania³ mającego na celu opracowanie, opartego na naukowych podstawach, programu profilaktyki uniwersalnej, zapobiegającego używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież niesłyszącą i słabosłyszącą (z całkowitym i częściowym deficytem słuchu). Jednym z pierwszych etapów tego projektu była diagnoza mająca na celu jakościowe zobrazowanie: 1) problemu (ewentualnego) używania substancji psychoaktywnych przez grupę docelową projektu oraz 2) możliwości i potrzeb z zakresu profilaktyki szkolnej używania tych substancji. W artykule prezentujemy wybrane rezultaty, ograniczając się do tematyki wzorów konsumpcji, przekonań normatywnych i profilaktyki. Jak już wspomniano, autorzy zajmujący się problematyką osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Polsce, zwracają uwagę na niedobór badań z zakresu problemu niepełnosprawności w kontekście używania i nadużywania substancji psychoaktywnych oraz problematyki uzależnień⁴. Z kolei dostępne dane wskazują, jak zauważa A. Chańko, że „znaczna część osób niepełnosprawnych usiłuje znaleźć »rozwiązanie« swoich problemów poprzez »ucieczkę« w alkohol, leki czy narkotyki. Szkodliwe picie alkoholu, uzależnienie od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnych jest (...) poważnym problemem w środowisku osób głuchoniemych”. Przywoływana autorka relacjonuje dalej, że świadczenie „pomocy tym osobom jest (...) utrudnione, a często nawet niemożliwe ze względu na trudność w komunikowaniu się (nieznajomość języka migowego przez terapeutów, brak

umiejętności czytania z ust przez część osób głuchoniemych), nieznajomość specyficznej kultury głuchoniemych oraz problem z zachowaniem anonimowości”⁵. Ograniczona możliwość wymiany i kontaktu ze środowiskiem osób słyszących czasem przyczynia się do marginalizacji środowiska osób z deficytem słuchu, utrwalając niekonstruktywne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Na problem uzależnień, braku anonimowości w środowisku osób głuchych oraz pewnej hermetyczności tej społeczności zwracano także uwagę w Raporcie Zespołu ds. Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich⁶. Na podobne zagadnienia zwróciła uwagę Danuta Stępień (sekretarz generalna Polskiego Związku Głuchych) podczas konferencji „(Nie)zależni? Niepełnosprawność i uzależnienia” (2012 rok): „Na pewno hermetyczność środowiska głuchych nie wpływa korzystnie na wykrywanie pośród niego tego problemu; głównie chodzi o uzależnienie od alkoholu. Diagnoza PZG w tym obszarze wskazała na to, że częstym powodem uzależnień jest brak akceptacji rodziny, gdy rodzi się dziecko głuche. Dorastające dziecko poprzez alkohol szuka akceptacji i zrozumienia wśród osób słyszących. Często też takie osoby mają problem z tożsamością, nie wiedzą, do jakiego świata należą: do słyszących czy do głuchych”⁷. Mamy tu bowiem do czynienia z kulturą Głuchych wyróżniającą się od kultury dominującej. Głuchotę można bowiem rozumieć nie tylko przyjmując perspektywę biomedyczną, ale także „jako pewną cechę osobniczą (nie wartościowaną negatywnie), dającą poczucie przynależności do określonej grupy społecznej, którą łączą pewne wspólne wartości, przekonania, wspólny

język (...). Głuchota tak rozumiana stanowi istotny element tożsamości społecznej jednostki⁷⁸. Zgodnie z tym podejściem jest to zatem, pod względem kulturowym (w tym językowym), grupa mniejszościowa.

Nasze badania

Badania, których rezultaty omawiamy poniżej, zostały zrealizowane w październiku 2018 roku (poprzedzono je pilotażem w lipcu 2018 roku) za pomocą zogniskowanych wywiadów grupowych. Próba: młodzież niesłysząca i słabosłysząca w wieku 14-16 lat (13 osób, w tym 4 chłopców) oraz 18-19 lat (14 osób, w tym 4 chłopców), ich nauczyciele/pedagodzy (14 osób, w tym jeden mężczyzna). Badania przeprowadzono w dwóch wielkomiejskich placówkach, do których uczęszczali uczniowie z grupy docelowej. Przeprowadziliśmy **łącznie 6 wywiadów grupowych – dwa wywiady z nauczycielami oraz po dwa wywiady z młodzieżą z każdej podgrupy wiekowej**. Wywiady z adolescentami, oprócz autorów tego tekstu, prowadziła także komoderator⁹. Zadaniem komoderatora było zapewnienie wsparcia badanym wówczas, gdyby doszło do sytuacji, w której respondenci zgłaszałiby jakiegokolwiek trudne/problemowe związane z poruszonymi podczas badań tematami.

Wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych przez adolescentów

Badani ze starszej grupy wiekowej młodzieży przyznawali, że podczas spędzania czasu wolnego w rówieśniczym gronie używa się alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Relacjonowano palenie papierosów i marihuany. Mówiono, że alkohol i papierosy stanowią czasem nieodłączny atrybut imprez lub udanych imprez. Podobnie jak konsekwencje towarzyszące nadmiernemu spożyciu alkoholu, takie jak wymioty czy niewłaściwe zachowywanie się.

Inny relacjonowany przez starszą młodzież sposób używania marihuany to sięganie po nią bez udziału osób trzecich lub podczas spotkań towarzyskich w niewielkim gronie (ale nie podczas „imprez”). Mówiono, iż zdarzało się, że po substancji psychoaktywnej uczniowie sięgali na terenie placówek (szkoły lub internatu).

W wywiadzie z młodzieżą ze starszej grupy pojawiły się stwierdzenia, że głuchota utrudnia dostęp do mniej powszechnych substancji psychoaktywnych. Stanowi bowiem barierę w zdobyciu informacji na ich temat. Inną barierą

w używaniu takich substancji ma być silna kontrola społeczna w środowisku osób głuchych.

Część spośród starszych nastolatków mówiła, że rodzice nie pozwalają im na używanie substancji psychoaktywnych. Odnotowano także relację, zgodnie z którą za alkoholową inicjację małoletniego dziecka odpowiadali rodzice.

W kontekście potencjalnie szkodliwych substancji młodzież ze starszej grupy wiekowej wspominała o częstym używaniu przez głuchych rówieśników napojów energetycznych. Stwierdzono przy tym, że częściej sięgają po nie chłopcy. O spożywaniu napojów energetycznych informowali też najmłodsi badani. Z tym, że uważali, iż oni sami i ich rówieśnicy sięgają po nie w umiarkowany sposób, a niektórzy w ogóle ich nie stosują. Z kolei mówiąc o używaniu alkoholu i papierosów nie wskazywali na kolegów ze swojej grupy wiekowej, lecz na uczniów starszych, pełnoletnich. Młodzi respondenci obserwowali pijącą i palącą starszą młodzież, w tym na terenie placówek.

Nauczyciele relacjonowali, że zdarzały się przypadki, w których przyłapywali uczniów pod wpływem alkoholu. Ich zdaniem podczas imprez w rówieśniczym gronie, szczególnie w trakcie obchodzenia osiemnastych urodzin, dochodzi do konsumpcji napojów alkoholowych. Badani relacjonowali, że ich zdaniem uczniowie sięgają także po marihuanę i ecstazy.

Odnotowano opinię nauczycieli, że alkoholowa inicjacja uczniów głuchych zwykle następuje później niż w przypadku uczniów słyszących, pobierających nauki w szkołach ogólnodostępnych. Niektóre z opisywanych przypadków wskazują na czerpanie wzorów konsumpcji alkoholu z domu. Nauczyciele zauważali, że upowszechnianie wzorów konsumpcji substancji psychoaktywnych wśród uczniów zachodzi za pośrednictwem stosunkowo niewielkiej grupy najstarszych podopiecznych, częściej sięgających po nikotynę, alkohol i marihuanę. Wpływ tej grupy jest „wzmacniany” bliskimi kontaktami z absolwentami.

Przekonania normatywne adolescentów dotyczące używania substancji psychoaktywnych

Jak to sygnalizowano wcześniej, badana młodzież ze starszej grupy wiekowej twierdziła zgodnie, że używanie alkoholu i niektórych innych substancji psychoaktywnych stanowi element normalności podczas imprez i wielu spotkań towarzyskich organizowanych w rówieśniczym gronie. Jednak wśród badanych wyraźny był podział dotyczący oceny tak relacjonowanego stanu rzeczy. Pewna grupa uczestników

wywiadów aprobowała tę sytuację. Część wypowiadających się osób stwierdzała, że ma negatywny stosunek do tej normy, kontestuje ją, a czasem wręcz pogardza osobami, które stosują się do tego, uznawanego za powszechny, wzoru zachowań. Badani deklarujący alkoholową abstynencję mówili, że doświadczali presji ze strony rówieśników, nakłaniających ich do picia.

Podczas wywiadów zbierano także informacje o uznawanym stopniu dopuszczalności używania różnych rodzajów substancji. W starszej grupie wiekowej najbardziej aprobowaną i zarazem stosowaną używką był alkohol, dalej marihuana i papierosy (choć tu ważne były indywidualne preferencje, czasem np. nie aprobowano palenia papierosów). Sięganie po inne nielegalne substancje psychoaktywne nie stanowiło normy, traktowane było raczej jako ewenement.

Starsi uczniowie stwierdzali, że nie ma osobnych norm różnicujących picie dziewcząt i chłopców. Mówiono, że nie tyle zależy to od płci, ile od grupy odniesienia.

Najmłodsi uczestnicy wywiadów relacjonowali, że istnieją różnice normatywne dotyczące używania substancji w zależności od płci. Mówiono, że dziewczęta pod tym względem częściej są bardziej powściągliwe. Podobnie jak w przypadku starszej młodzieży, w grupie młodszych respondentów odnotowano przykład wywierania presji rówieśniczej skłaniającej do picia alkoholu. Pojawiła się jednak opinia, zgodnie z którą przebywanie w środowisku osób słyszących może mieć deprawujący wpływ na osobę głuchą – prowadząc do sięgania po substancje psychoaktywne. Stwierdzano w tym kontekście, że przebywanie w środowisku osób głuchych jest mniej zagrażające. W grupie nauczycieli także wskazywano na kontakty ze środowiskiem słyszących rówieśników jako jeden z czynników sprzyjających używaniu substancji psychoaktywnych.

Doświadczenia młodzieży z zakresu profilaktyki

Podczas wywiadów poznawaliśmy skojarzenia respondentów ze słowem „profilaktyka”. Niektórzy starsi i młodszy uczniowie nie znali tego określenia.

Inni respondenci ze starszej grupy wiekowej podawali zróżnicowany zakres odniesień – od synonimu w postaci „zapobiegania” po działania prozdrowotne nakierowane na dbanie o zdrowie psychiczne w odniesieniu do rozwijania umiejętności interpersonalnych. Wśród podawanych definicji znalazło się zdrowe odżywianie i ogólne dbanie o zdrowie, zasady bezpiecznego korzystania z globalnej sieci oraz generalnie – umiar. Ponadto profilaktykę określono jako „bariery”.

Starsi adolescenti, opisując własne doświadczenia z zakresu profilaktyki szkolnej, wskazywali na działania odwołujące się do strategii informacyjnej, w tym opartej na konwencji edukacji negatywnej, o podawczym, nieaktywizującym odbiorców, charakterze, spotkania z tzw. świadkami trzeźwości, czyli osobami, które mówiły o swoim uzależnieniu od substancji psychoaktywnych i drodze, jaką przebyły; pogadankach przeprowadzanych przez zewnętrznych (wobec szkoły) prelegentów lub podczas lekcji w ramach realizacji tematów zajęć, np. „Wychowania do życia w rodzinie”. Niekiedy adresatem takich przedsięwzięć były jednocześnie wszystkie klasy w szkole. W działaniach tych wykorzystywano też filmy. Czasem mówiono o tym, że spotkanie ze „świadkiem trzeźwości” wywarło duże wrażenie na respondentach, było także odebrane negatywnie. Stwierdzano, że pogadanka o „dopalaczach” połączona z projekcją filmu wywołała strach respondentów przed tymi środkami.

Inną relacjonowaną formą oddziaływań był osobisty przykład nauczycieli, opowiadających o swojej abstynencji. Mówiono także o rówieśniczym wsparciu.

Uczniowie z młodszej grupy wiekowej relacjonowali, że uczestniczyli w oddziaływaniach o charakterze profilaktycznym podczas lekcji, takich jak biologia czy religia. Młodzież podawała przykłady uczestniczenia w działaniach charakterystycznych dla edukacji negatywnej.

Badana młodzież z młodszej grupy wiekowej, oceniając różne formy oddziaływań z zakresu profilaktyki, była zainteresowana potencjalnym udziałem w zajęciach wykorzystujących aktywizujące sposoby pracy. Stwierdzano, że w przypadku filmów ważne byłoby, aby występowali w nich głusi aktorzy, a materiały multimedialne powinny być tłumaczone. Pojawiła się opinia, że zajęcia profilaktyczne powinien prowadzić ktoś spoza szkoły, autorytet potrafiący zainteresować uczniów, np. lekarz.

Profilaktyka i wychowanie z perspektywy kadry pedagogicznej

Badani zwrócili uwagę, że przebywający w placówkach uczniowie często spędzają tam większą część swojego nastoletniego życia, a bywa, że w ogóle większość życia, bowiem zdarza się, że młodzi ludzie trafiają do internatu w wieku przedszkolnym. Mówiono także, że większość słyszących rodziców nie zna języka migowego lub potrafi porozumiewać się w tym języku tylko na poziomie elementarnym. Dzieci uczone są języka polskiego, jednak

– zdaniem wypowiadających się osób – to nie wystarcza. Prowadzi to do szczególnie trudnej sytuacji większości podopiecznych – opierając się na relacjach nauczycieli, można powiedzieć, że większość będących pod ich opieką dzieci od wczesnego dzieciństwa doświadcza emocjonalnego porzucenia ze strony słyszących rodziców. Badani mówili, że starają się kompensować te rodzinne dysfunkcje, po części zastępując w procesie wychowawczym rodziców, a także pośrednicząc w komunikacji pomiędzy nimi a ich dziećmi. Nauczyciele zwracali też uwagę na bardzo silne więzi społeczne łączące podopiecznych, więzi te budowane są na wspólnocie języka, odmienności związanej z głuchotą. Skojarzenia i definicje nauczycieli dotyczące profilaktyki odnosiły się do wskazania synonimów, w rodzaju „zapobieganie”, „zabezpieczenie”, mówiono o zdrowiu i jego promocji, programach, filmach i nudzie, a także trosce i edukacji. Relacjonowano, że w placówkach nie ma odpowiednich materiałów dydaktycznych, edukacyjnych, aby prowadzić zajęcia profilaktyczne, np. szkoły dysponują starymi filmami. Wspominano także, że profilaktyka realizowana jest incydentalnie przez osoby z zewnątrz i nie stanowi codziennych, zaplanowanych oddziaływań. W tym kontekście wspomniano o programie wychowawczo-profilaktycznym jako o dokumencie mającym jedynie charakter fasadowy.

Nauczyciele mówili, że na terenie placówek wdrażane są różne przedsięwzięcia profilaktyczne. Mówiono o akcjach i zapraszaniu osób z zewnątrz oraz o działaniach podejmowanych przez kadrę placówek – realizacji wielogodzinnych programów autorskich o charakterze warsztatowym oraz pogadanek prowadzonych przez wychowawców klas. Stosowano techniki dramy. Relacjonowano, że podejmowane są starania mające na celu dostosowanie zajęć profilaktycznych do potrzeb uczniów – wskazywano na różnicowanie oddziaływań ze względu na wiek uczniów i diagnozę problemów występujących w klasie. Opisywane działania dotyczyły zarówno negatywnych konsekwencji podejmowania zachowań ryzykownych, jak i rozwijania umiejętności społecznych. Ponownie zwracano uwagę na brak odpowiednich materiałów do realizacji zajęć profilaktycznych, uwzględniających specyficzne potrzeby osób głuchych, czasem posługiwano się filmami zrealizowanymi w technice VHS¹⁰.

Niektórzy badani mówili, że w oddziaływaniach o charakterze profilaktycznym stawiali za przykład swoją abstynencką postawę. Nauczyciele relacjonowali, że w sytuacji przyłapania uczniów na byciu pod wpływem alkoholu

wzywali policję i w zasadzie nie podejmowali innych działań. Interwencja taka miała mieć skutek odstrasżający dla innych.

Badani wypowiadali się sceptycznie na temat możliwości angażowania rodziców w działania z zakresu profilaktyki. Powoływano się przy tym na nikłe zainteresowanie rodziców podczas wcześniejszych prób włączania ich w tego rodzaju działania. Mówiono ponadto, że barierą jest oddalenie miejsc zamieszkania ojców i matek uczniów od placówek. Większość rodziców przebywa poza miejscowościami, w których zlokalizowane są placówki. Nauczyciele mówili także o realizacji udanych warsztatów dla rodziców. Podejmowane działania nie były jednak poddawane ewaluacji.

Wnioski i rekomendacje¹¹

Starsza młodzież знаła najbardziej popularne substancje psychoaktywne: nikotynę, alkohol, marihuanę, ponadto ecstasy, LSD, kokainę i amfetaminę; jednostki wskazały na „dopalacze”, DHT, „pigułki gwałtu” (DRD), opiaty. Z kolei młodsi uczniowie mieli wyłącznie zgeneralizowany, negatywny obraz narkotyków.

Źródłem wiedzy był przede wszystkim internet – warto zwrócić uwagę, że język polski nie jest dla Głuchych pierwszym językiem, stąd niezależnie od faktycznej rzetelności informacji zaczerpniętych z sieci, dane te są dodatkowo reinterpretowane na poziomie przekładu.

Starsi uczniowie zauważali pozytywne strony stosowania substancji psychoaktywnych. Alkohol ma być remedium na stany depresyjne, ułatwiać kontakty interpersonalne, w szczególności ze słyszącymi. Marihuana z kolei ma przeciwdziałać depresji i autoagresji, nie uzależniać. Po stronie negatywów badani wymieniali utratę kontroli nad zachowaniem i szkodliwy wpływ na zdrowie. Młodsi badani dostrzegali wyłącznie ujemne strony – brak kontroli nad sobą, agresję, szkodliwy wpływ na zdrowie i status ekonomiczny. Starsi uczniowie wskazywali na niekorzystne oddziaływanie napojów energetyzujących na zdrowie, w szczególności, kiedy łączy się ich spożycie z alkoholem. Nikotyna była postrzegana wyłącznie w kontekście uszczerbku na zdrowiu. Ci spośród respondentów, którzy posiadali wiedzę o „dopalaczach”, postrzegali je jednoznacznie jako źródło zagrożenia.

Badania pozwalają na wskazanie specyficznych czynników chroniących uczestniczącą w wywiadach młodzież. Uczniowie zauważali, że głuchota jest barierą w dostępie

do substancji psychoaktywnych, raz z uwagi na ograniczony dostęp do informacji i samych substancji w związku z utrudnionym kontaktem z populacją słyszących, dwa – ze względu na silną kontrolę społeczną w populacji osób Głuchych. Potwierdzają to nauczyciele, przypuszczając, że w tym środowisku inicjacja alkoholowa zachodzi później niż wśród uczniów słyszących.

Różnice dotyczące wiedzy obu badanych grup młodzieży na temat narkotyków mogą być dla autorów programów profilaktycznych wskazówką na temat możliwej recepcji przekazów perswazyjnych odnoszących się do opisanego wyżej zakresu; w przypadku starszych nastolatków warto z góry nastawić się na większą potrzebę konfrontowania się z obiegowymi opiniami i stereotypami.

Badani byli podzieleni w ocenie osób używających substancji psychoaktywnych. Dla części z nich sięganie po alkohol, a także marihuanę, stanowiło nieodłączny element udanej imprezy, inni z kolei traktowali takie zachowanie pogardliwie, jako wyraz słabości. Abstynenci wskazywali na presję wywieraną przez pijących rówieśników. Substancje inne niż alkohol, nikotyna i marihuana nie były akceptowane – wszyscy badani traktowali je jako ewenement. Istotnym warunkiem brzegowym określającym wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych była hermetyczność środowiska Głuchych. Wyraża się ona m.in. w częstszym spotykaniu się w **swoim gronie** niż w grupie mieszanej. Przygotowując oddziaływania profilaktyczne, **warto rozważyć odwołanie się do wspólnoty osób Głuchych** (być może częściowo kompensując wspomniane wcześniej negatywne relacje z rodzicami), **promując normy abstynencyjne (nie tylko w młodszej grupie wiekowej)**.

Starsi uczniowie wskazywali na konsumpcję alkoholu, marihuany w grupie rówieśniczej. Widoczne były dwa wzory używania marihuany: w większej grupie podczas spotkań towarzyskich i w niewielkich, kilkusobowych grupach. Zdarzały się przypadki sięgania po substancje psychoaktywne na terenie szkoły lub internatu. Wzory konsumpcji alkoholu były zaczerpnięte z domu (tam też czasem miała miejsce inicjacja) lub przejmowane od innych uczniów i/lub absolwentów. Nauczyciele dostrzegali istnienie wśród najstarszych uczniów grupy o zwiększonej ekspozycji na substancje psychoaktywne (stanowiącej około jednej dziesiątej populacji). Uczniowie ci mieli wpływ na jednostki aspirujące. W tym kontekście, niejako w kontrze do tej grupy, opracowując programy profilaktyczne, **warto rozważyć możliwość wykorzystania uzupełniającej**

strategii profilaktycznej – edukacji rówieśniczej opartej na współpracy z młodzieżowymi liderami.

Zgodnie z deklaracjami uczniów, stosowanie napojów energetyzujących jest powszechne, szczególnie wśród starszych chłopców. Niemniej płęć – na poziomie deklaratywnym – ma znaczenie przede wszystkim wśród młodszych. Chłopcy byli opisywani jako częściej eksperymentujący, nie tylko z napojami energetyzującymi. Oznaczałoby to, że (podobnie jak w populacji generalnej nastolatków¹²) **chłopcy są bardziej narażeni na doświadczanie szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.**

Profilaktyka była rozumiana przez uczniów jako szerokie spektrum działań – od zapobiegania po działania prozdrowotne. Ich własne doświadczenia obejmowały jednak głównie profilaktykę negatywną, przekazywaną za pomocą metod podawczych.

Nauczyciele wskazywali na ograniczoną dostępność materiałów dydaktycznych i edukacyjnych na terenie placówek. Symbolem tego mogą być stosowane przez nich filmy na zanikających już kasetach VHS. Relacjonowane badania wskazują zatem na **potrzebę opracowania i/lub upowszechniania w tym środowisku materiałów z zakresu profilaktyki, które spełniałyby zarazem kryteria dobrej jakości.** Podczas wywiadów z nauczycielami mówiono (nie tylko w kontekście przestarzałego sprzętu), że szkolne dokumenty będące programami wychowawczo-profilaktycznymi mają charakter fasadowy. Takie opinie znajdują potwierdzenie w innych badaniach¹³ i pod tym względem badane placówki chyba wpisują się w szkolną „normę”.

Wydaje się, że w badanych placówkach na poziomie oddziaływań z zakresu profilaktyki uniwersalnej dominowała profilaktyka negatywna, nieweryfikowana badaniami ewaluacyjnymi. Z kolei zajęcia rozwijające kompetencje społeczne, prowadzone technikami warsztatowymi, o nieincydentalnym charakterze pojawiały się rzadziej. **Wywiady wskazują, że poza oczywistą dystynkcją dotyczącą odmienności populacji uczniów (oraz niedoborem odpowiednich materiałów), sytuacja w badanych placówkach nie odbiega zasadniczo od ogólnego obrazu szkolnej profilaktyki¹⁴ i dotychczasowe doświadczenia w profilaktyce tak nauczycieli, jak i uczniów stanowiąc będą dla profesjonalnych działań profilaktycznych raczej utrudnienie niż wsparcie.** Trudno bowiem zakładać, że w szkoleniach dla przyszłych realizatorów można będzie bazować na ich uprzednich kompetencjach w posługi-

waniu się warsztatowymi formami pracy z uczniami lub rodzicami albo na wiedzy z zakresu profilaktyki opartej na naukowych podstawach. W przypadku uczniów nie będzie można założyć, że w toku wcześniejszych zajęć profilaktycznych zostały ukształtowane jakieś ważne z perspektywy planowanego projektu zasoby umiejętności lub wiedzy. Od tego uogólnienia jest pewien pozytywny wyjątek – **liczebność klas, która była mniejsza niż w publicznych szkołach ogólnodostępnych, stwarza możliwość intensyfikacji i zarazem indywidualizacji oddziaływań profilaktycznych**¹⁵.

Specyfika funkcjonowania głuchej młodzieży, istotnie wpływająca na możliwości podejmowania działań profilaktycznych, wiąże się z warunkami ich codziennego funkcjonowania. Otóż dla tych, których rodzice nie są głusi, często internat był dosłownie drugim domem, a możliwość bezpośredniej komunikacji i budowania więzi ze słyszącymi rodzicami – ograniczone. Można zakładać, że powoduje to występowanie poczucia emocjonalnej pustki, którą częściowo wypełniają silne więzi we wspólnocie Głuchych, znaczenie mają też relacje z nauczycielami. Wydaje się, że ten problem może dotyczyć większości podopiecznych badanych placówek. **Na pewno relacjonowane badania mogą posłużyć do sformułowania hipotezy o trudnościach w budowaniu bliskich więzi pomiędzy dziećmi i słyszącymi rodzicami. Pozytywna weryfikacja hipotezy oznaczałaby istnienie specyficznego czynnika ryzyka, który dotyczyłby dzieci głuchych wychowywanych przez słyszących rodziców.** Z uwagi na ważkość problemu hipoteza ta powinna być podjęta w kolejnych badaniach lub uprawdopodobniona bądź zanegowana w inny sposób.

Nauczyciele w zasadzie nie dostrzegali szans na zaangażowanie większej grupy rodziców w zajęcia profilaktyczne realizowane na terenie placówek. W uzasadnieniu podawano, że mieszkają oni zwykle poza miejscowościami, w których znajdują się szkoły, stąd konieczne jest przygotowanie materiałów dostępnych za pośrednictwem internetu lub dostarczanych w inny sposób.

Uczniowie byli potencjalnie zainteresowani zajęciami profilaktycznymi, prowadzonymi przez osoby spoza szkoły z wykorzystaniem aktywizujących technik i filmów. Te deklaracje są informacją o **potencjalnej otwartości młodzieży na wdrażanie profilaktyki opartej na naukowych podstawach.** Pewnym wyzwaniem będzie być może **redefinicja roli nauczycieli i postrzeganie ich przez uczniów także jako kompetentnych profilaktyków.**

Omówione wyżej badanie miało jakościowy charakter i nie można odnosić go wprost do całej populacji młodzieży głuchej i słabosłyszącej. Dostarczyło ono jednak materiału, który dając wgląd w będące przedmiotem zainteresowania zagadnienia, umożliwił już sformułowanie hipotez. Zaprezentowane wyniki i wnioski mogą też być przedmiotem dyskusji wśród (nie tylko) specjalistów zajmujących się profilaktyką i wychowaniem na temat specyficznych czynników ryzyka i czynników chroniących dotyczących uczniów niesłyszących i słabosłyszących. Do czego zachęcamy.

Przypisy

- 1 M. Jewdokimow, „Przegląd literatury naukowej i specjalistycznej dotyczącej problemu używania substancji psychoaktywnych i środków zastępczych przez młodzież głuchą oraz słabosłyszącą – raport”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa, lipiec 2018 (raport niepublikowany).
- 2 J.C. Titus, J.A. Schiller, D. Guthmann, „Characteristics of Youths With Hearing Loss Admitted to Substance Abuse Treatment”, *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13:3, Summer 2008, s. 336-350.
- 3 Projekt zostanie zakończony w grudniu 2020 roku. Zaprezentowane poniżej badania przeprowadzone zostały w ramach realizacji zadania 2.3.1. pkt 1 Narodowego Programu Zdrowia. Badania wykonała Fundacja Poza Schematami, środki na projekt przyznano w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- 4 B.J. Grzyb, D. Ulewicz-Adamczyk, „Problematyka uzależnień a niepełnosprawność człowieka – ujęcie teoretyczne wybranych obszarów”, w: B. Skwarek, E. Wulbach, I. Lewicka (red.), „Patologie i uzależnienia (wybrane problemy teorii i praktyki)”, Warszawa–Łódź 2014.
- 5 A. Chańko, „Stygmat społeczny osoby współuzależnionej”, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 9(504). 2011, s. 27.
- 6 M. Świdziński (red.), „Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich”, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- 7 B. Rędzia, „Dobre wzorce przeciw uzależnieniom”, dostępne na: <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/123240> [dostęp: luty 2019]
- 8 M. Czajkowska-Kisil, A. Klimczewska, „CODA – inność nie rozpoznana”, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016, s. 8.
- 9 Elżbieta Stawecka.
- 10 *Video Home System* – technika zapisywania i odtwarzania dźwięku oraz obrazu opracowana w latach 70. XX w. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku był to bardzo popularny format zapisu, obecnie zarzucony (nie produkuje się już nośników w tym systemie).
- 11 Prezentowane tu wnioski i rekomendacje odnoszą się do całości zebranego podczas badań materiału, a nie jedynie fragmentów zaprezentowanych w tym artykule.
- 12 Por. np. J. Sierosławski, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.”, IPiN, Warszawa 2015.
- 13 Por. np. U. Bissinger-Ćwierz (oprac.), „Raport: Jakość programów wychowawczych oraz szkolnych programów profilaktyki realizowanych w szkolnictwie artystycznym w roku szkolnym 2012/2013”, Centrum Edukacji Artystycznej, Lublin 2013.
- 14 Por. np. posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień z 10 września 2018 r., a szczególnie wystąpienie i prezentację R. Frączka (prezentacja „Profilaktyka w praktyce – jakość programów profilaktycznych realizowanych przez samorządy lokalne”, przygotowana przez J. Terlikowską i R. Frączka).
- 15 Na temat liczebności uczniów w klasach por. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli.

DZIAŁANIA KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA RZECZ JAKOŚCI W PROFILAKTYCE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) od wielu lat wspiera wysiłki na rzecz podniesienia jakości w zakresie profilaktyki narkomanii. Dlatego pod koniec 2018 roku wydało kolejną, już trzecią wersję podręcznika pt. „Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”. To wydanie podręcznika udało się wzbogacić, dzięki zaangażowaniu Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej, o płytę CD z podręcznikami adresowanymi do różnych grup odbiorców, które ułatwiają implementację standardów oraz sprzyjają większemu ich rozpowszechnieniu. Polska jest jedynym krajem, w którym przetłumaczono i wydano w języku polskim większość materiałów opracowanych w ramach dwóch projektów zrealizowanych w latach 2008–2010 oraz 2013–2015. Oba projekty były finansowane ze środków Komisji Europejskiej i wzięło w nich udział kilkanaście krajów UE. Opracowane w ramach powyższych projektów materiały szkoleniowe były wykorzystywane w Polsce przede wszystkim do szkolenia przedstawicieli samorządów lokalnych. Ponadto Krajowe Biuro, we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej i Fundacją Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, zorganizowało w latach 2014–2018 kilka międzynarodowych konferencji, podczas których tematyka standardów była – jeśli nie głównym – to jednym z wiodących tematów sesji.

Działania Krajowego Biura w zakresie upowszechniania europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków nie ograniczały się tylko do ich promowania w Polsce. Podczas sesji CND w Wiedniu w marcu 2016 roku Krajowe Biuro zorganizowało dodatkową sesję tematyczną (wraz z partnerami z Europejskiego Centrum Monitorowania Problemu Narkotyków i Narkomanii, Włoch oraz organizacjami pozarządowymi), w trakcie której toczyła się dyskusja, której celem było szukanie odpowiedzi na pytanie: czy potrzebujemy w ogóle standardów? Dodatkowo eksperci z Krajowego Biura prowadzili szkolenia na temat europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków dla przedstawicieli innych krajów (Litwa, Łotwa, Gruzja, Kazachstan, Kirgistan, Uzbekistan), na podstawie dodatkowych materiałów opracowanych w ramach implementacji europejskich standardów.

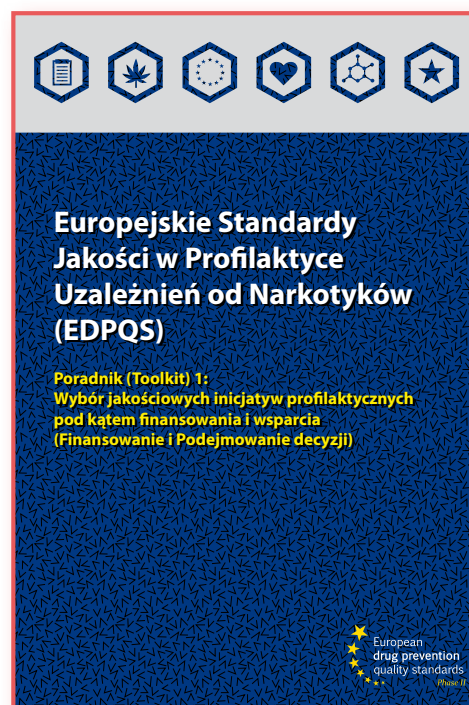
W 2019 roku, również w ramach międzynarodowej konferencji dla gmin na temat przeciwdziałania narkomanii, organizowanej przez „Res Humanae” we współpracy z Centrum Informacji KBPN, będziemy dyskutować m.in. na temat podnoszenia jakości działań profilaktycznych. Tegoroczna konferencja odbędzie się w dniach 23–25 lipca w Warszawie. Osoby zainteresowane otrzymaniem wersji drukowanej podręcznika z płytą CD lub udziałem w konferencji prosimy o kontakt z pracownikami Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura (nfpp@kbpn.gov.pl).

Warto również wspomnieć o kolejnych nowych działaniach, które wykorzystują m.in. doświadczenia projektu dotyczącego europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uczestniczy w międzynarodowym projekcie pod nazwą „ASAP training for quality in prevention”, którego celem jest promocja działań polegających na zwiększeniu efektywności implementacji standardów jakości profilaktyki w Europie. Projekt rozpoczął się na początku 2019 roku i będzie trwał dwa lata. Polska (Krajowe Biuro) jest liderem komponentu dotyczącego analizy systemu działań profilaktycznych w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Celem tych działań jest zmapowanie systemów profilaktycznych w Europie m.in. poprzez identyfikację kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką. Ponadto w ramach ww. komponentu zostaną opracowane wytyczne dotyczące wdrażania europejskich standardów jakości w profilaktyce. W tym projekcie, finansowanym ze środków Komisji Europejskiej, uczestniczy 10 krajów Unii Europejskiej (Belgia, Chorwacja, Włochy, Litwa, Łotwa, Grecja, Estonia, Słowenia, Węgry i Polska), EMCDDA (agenda UE), UNODC (agenda ONZ) oraz EUSPR (międzynarodowe stowarzyszenie zajmujące się badaniami w obszarze profilaktyki).

Liderem całego projektu są przedstawiciele włoskiej organizacji ALISA z regionu Liguria. W ramach komponentu trzeciego nacisk zostanie położony na szkolenia osób zajmujących się profilaktyką. Przewiduje się opracowanie i wdrożenie dwuetapowego szkolenia. W jego ramach zostaną wyszkoleni tzw. trenerzy wiodący (ang. *master trainers*),

którzy następnie przeszkolą osoby zajmujące się profilaktyką w krajach uczestniczących w projekcie. Ponadto warto zwrócić uwagę, że jednym z proponowanych działań w ramach projektu jest zbudowanie platformy pod nazwą Virtual Community of Practice (Wirtualna Społeczność Praktyków). Ideą powstania platformy internetowej jest wspieranie osób pracujących w obszarze profilaktyki narkomanii w zakresie dzielenia się wiedzą m.in. z zakresu najlepszych praktyk oraz wymiany doświadczeń i opinii w ramach podejmowanych działań. Pierwszym krokiem w celu stworzenia takiej wirtualnej przestrzeni dla praktyków będzie identyfikacja potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie funkcjonalności samej platformy.

Podręczniki wraz z dodatkowymi materiałami dostępne są pod linkiem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1418110



Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków (EDPQS) – Wybór jakościowych inicjatyw profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia

Okładka pierwszego z czterech poradników na temat standardów w profilaktyce (Poradnik 1 – dla decydentów, Poradnik 2 – dla praktyków, Poradnik 3 – dla trenerów, Poradnik 4 – dla koordynatorów działań profilaktycznych lub promotorów jakości w profilaktyce).



Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik

Przewodnik zawiera opis ośmiu etapów cyklu projektowego w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków wraz z autorefleksyjną listą kontrolną do wykorzystania w trakcie planowania i wdrażania programu profilaktycznego.



Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków

Okładka trzeciej wersji podstawowego podręcznika.

FENTANYL – NIEBEZPIECZNY NARKOTYK

UWAŻAJ NA FENTANYL I JEGO POCHODNE!



Mała domieszka tej substancji w „towarze” może być zagrożeniem dla Twojego życia.

NAWET ZNAKE ŻRÓDŁO NIE ZMNIJSZA RYZYKA!

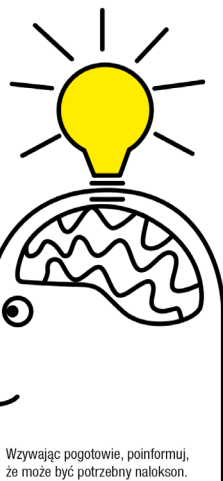
Fentanyl o wiele łatwiej przedawkować niż heroinę. To substancja, która spowodowała wiele zgonów w ostatnim czasie. Fentanyl może występować pod różnymi nazwami (biała heroina, fent, chińska heroina), w postaci proszku, suszu bądź pastylek do palenia.

PAMIĘTAJ!

- Zachowaj ostrożność. Nie zażywaj.
- Bądź krytyczny wobec deklarowanego przez sprzedawcę składu.
- Gdy zażywasz więcej, substancja będzie miała silniejsze działanie.
- Nie kieruj się przyzwyczajeniem, bo pod tą samą nazwą mogą być sprzedawane różne substancje psychoaktywne.
- Nawet gdy zażyjesz minimalną ilość pochodnych fentanyli (np. jedną milionową grama), zagraża ona przedawkowaniem.
- Nie mieszaj różnych substancji.
- Nie zażywaj sam. Staraj się, aby ktoś był obok, kto w razie potrzeby wezwie pomoc.
- Mów innym o ryzyku używania fentanyli i jego pochodnych.
- Dowiedz się, jak można udzielić pierwszej pomocy w przypadku przedawkowania.

REAGUJ!

- Jeżeli zachowanie osoby, która przygła „towar”, budzi Twój niepokój, nie wahaj się – wezwij pomoc, dzwoniąc na pogotowie pod numer 999 albo 112.
- Jeżeli ktoś w Twoim otoczeniu przestanie oddychać, niezwłocznie wezwij pogotowie i zacznij reanimację – 30 ucisków klatki piersiowej i 2 wdechy.



Wzywając pogotowie, poinformuj, że może być potrzebny nalokson.

Autor: [Olivier Schier]
Konsultacje naukowe: Marcin Wojnar,
Tomasz Harasimowicz, Grzegorz Wodowski
Opracowanie graficzne: Małgorzata Szyszkowska

Wydano ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
Egzemplarz bezpłatny.



CO TO JEST FENTANYL?

Fentanyl i jego pochodne to syntetyczne opioidy o działaniu przeciwbólowym i anestetycznym, mające zastosowanie w medycynie. W niektórych krajach UE od ponad dekady obserwuje się zjawisko używania fentanyli i 3-metylfentanyli (TMF) w celach odurzania się.

JAK DZIAŁA FENTANYL?

Fentanyl, podobnie jak inne opioidy, działa pobudzająco na receptory opioidowe, wywołując podobne spektrum objawów, takich jak błogostan, otępienie, rozluźnienie mięśni, rozleniwienie, senność. Właściwości te sprawiają, że jest to substancja niezwykle silnie uzależniająca, która używana w celach pozamedycznych – prowadzi do uzależnienia.

RYZYKO ZDROWOTNE

Używanie fentanyli, podobnie jak innych opioidów, szybko prowadzi do rozwoju uzależnienia psychicznego i fizycznego oraz zjawiska tolerancji, tzn. że aby uzyskać ten sam efekt, osoba używająca musi przyjmować coraz większe dawki narkotyku. Silna potrzeba zażywania substancji powoduje, że użytkownik traci kontrolę nad swoim życiem, a potrzeba zdobycia narkotyku i jego użycia staje się główną osią życia. Przedawkowanie tego narkotyku było w Estonii przyczyną około 650 zgonów w latach 2005-2011. Zgony z powodu przedawkowania fentanyli odnotowano także w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Szwecji i Finlandii.

Informacja za opisem na stronie https://dopalaczeinfo.pl/strony/narkotyki_od_a_do_z#fentanyl

Prezentowane ulotki są dostępne w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Zasady dystrybucji zostały opisane na stronie <https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=110563>

UWAŻAJ NA NOWE OPIOIDY

Fentanyl o wiele łatwiej przedawkować niż heroinę.

Nowe opioidy, z grupy pochodnych fentanyli, działają na organizm w bardzo niewielkich (liczonych w mikrogramach) dawkach. Nie można ocenić, jaka ilość będzie przedawkowaniem, a jaka może się okazać śmiertelna.

Fentanyl i jego pochodne są słabo zbadane, zażywanie ich bez ryzyka jest niemożliwe. Sprzedawane w internecie nowe substancje psychoaktywne (NPS) często nie są tymi, do których zachęcają handlarze, i można natrafić na pochodne fentanyli.

Jeżeli zachowanie osoby, która zażyła substancję, budzi Twój niepokój, wezwij pogotowie, dzwoniąc pod numer 112 albo 999.

Pamiętaj, że każda NPS to nieznana substancja, dlatego:

- Zachowaj ostrożność. Nie zażywaj.
- Bądź krytyczny wobec deklarowanego przez sprzedawcę składu.
- Nie kieruj się przyzwyczajeniem, bo pod tą samą nazwą mogą być sprzedawane różne substancje psychoaktywne.
- Uwważ, bo najmniejsze ilości pochodnych fentanyli zagrażają przedawkowaniem.
- Mów innym o ryzyku używania fentanyli i jego pochodnych.
- Naucz się udzielać pierwszej pomocy, przysła się, gdy ktoś przedawkuje – wówczas możesz uratować mu życie.
- Jeżeli ktoś w Twoim otoczeniu przestanie oddychać, wezwij pogotowie i zacznij reanimację – 30 ucisków klatki piersiowej i 2 wdechy.

SPRAWDZAJ SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE, ZANIM JE ZAŻYJESZ.

Autor: Bartosz Michalewski
Konsultacje naukowe: Marcin Wojnar,
Tomasz Harasimowicz, Grzegorz Wodowski
Opracowanie graficzne: Małgorzata Szyszkowska
Opracowano ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbnp@kbnp.gov.pl
www.kbnp.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński
Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz
Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,
Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Redakcja:
Fundacja PRAESTERNO
ul. Widok 22/30, 00-023 Warszawa
tel.: 22 621 27 98
e-mail: biuro@praesterno.pl
www.praesterno.pl

Egzemplarz bezpłatny
Numery archiwalne na stronie:
www.sin.praesterno.pl