



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 3 (79) 2017

NR 3

2017

SPIS TREŚCI

Dyskusja panelowa

MIEJSCE PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ W KSZTAŁCENIU DYPLOMOWYM I PODYPLOMOWYM – DYSKUSJA PANELOWA	1
--	---

Prawo

WYRZUCENIE OSOBY UZALEŻNIONEJ OD SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH Z DOMU – ASPEKTY PRAWNE <i>Katarzyna Syroka-Marczewska</i>	8
---	---

Profilaktyka

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. I <i>Maciej Dębski</i>	14
--	----

Współpraca międzynarodowa

WSPARCIE GRUZJI W PROWADZENIU PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ – PROJEKT SZKOLENIOWY <i>Tomasz Kowalewicz</i>	22
--	----

Leczenie, redukcja szkód

SUPERWIZJA – ROLA, STAN OBECNY, OCZEKIWANIA ŚRODOWISKA <i>Agnieszka Litwa-Janowska</i>	27
---	----

Badania, raporty

CO MŁODZIEŻ ROBI W SIECI? WYNIKI BADAŃ „NASTOLATKI 3.0” <i>Agnieszka Wrońska, Anna Borkowska</i>	32
---	----

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV WŚRÓD INIEKCYJNYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW <i>Janusz Sierosławski</i>	38
---	----

Regiony

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM <i>Artur Malczewski</i>	44
---	----

Recenzje

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE – NOWE PUBLIKACJE.....	III i IV okładka
--	------------------

W ramach IV Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy – polska polityka narkotykowa”, która odbyła się w Warszawie w dniach 26-28 czerwca 2017 roku, przeprowadzono dyskusję panelową na temat miejsca problematyki uzależnień w programach edukacyjnych uczelni wyższych. Dyskusję prowadziła Bogusława Bukowska, Zastępca Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a udział wzięli w niej: Jarosław Pinkas – Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, prof. dr hab. Iwona Niewiadomska z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, prof. dr hab. Marcin Wojnar z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej z Wrocławia oraz dr Bogusław Habrat z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

MIEJSCE PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ W KSZTAŁCENIU DYPLOMOWYM I PODYPLOMOWYM – DYSKUSJA PANELOWA

Bogusława Bukowska: Szanowni państwo jest mi niezmiernie miło, że mogę poprowadzić sesję poświęconą bardzo ważnemu tematowi – miejscu szkolenia w zakresie problematyki używania substancji psychoaktywnych na uniwersytetach medycznych i na kierunkach związanych z naukami społecznymi. Temat jest niezwykle istotny, biorąc pod uwagę, że badania wskazują, iż problem związany z używaniem substancji psychoaktywnych ma tendencje wzrostowe. Gości zaproszonych do panelu chciałabym prosić o opinię na temat tego, jak wygląda stan kształcenia dyplomowego lekarzy, a także osób, które w przyszłości mogą pracować w obszarze profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz z osobami już uzależnionymi. Jako przyczynek do dyskusji chcę powiedzieć o badaniach, które były prowadzone przez jednego z naszych panelistów – dr. Bogusława Habrata. Wprawdzie było to pod koniec lat 90., ale te badania pokazały, że liczba godzin poświęcona na problematykę związaną z używaniem substancji psychoaktywnych na uczelniach medycznych – tego to badanie dotyczyło – była niewielka. Było to zaledwie 10 godzin na wszelkiego rodzaju problemy, które mogą być związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkohol, narkotyki, jakakolwiek inna substancja. Jak ta sytuacja wygląda obecnie? Czy nastąpiła jakaś poprawa, czy nadal mamy do czynienia z dalece niesatysfakcjonującym obrazem rzeczy?

Marcin Wojnar: Dziękujemy za zorganizowanie tej sesji i zaproszenie nas do udziału w niej. Temat dyskusji jest dla nas istotny, ponieważ wszyscy jesteśmy, mniej lub bardziej bezpośrednio, związani z udzielaniem pomocy osobom uzależnionym i używającym różnych substancji. Sytuacja na uczelniach wyższych, mówię tu o szkoleniu dyplomowym, jest jeszcze trudniejsza, niż była wówczas, gdy na jedenastu wyższych uczelniach były wykonywane przywołane badania. Obecnie kierunków lekarskich w Polsce mamy więcej. Wydziały medyczne powstały na uczelniach publicznych w Olsztynie czy w Zielonej Górze, a także na uczelniach prywatnych – za chwilę ruszy wydział medyczny na Uczelni Łazarskiego w Warszawie i na prywatnej uczelni w Krakowie. A tematyka związana z używaniem substancji psychoaktywnych nadal jest bardzo zaniedbana.

Trzeba pamiętać o tym, że kierunek lekarski jest kierunkiem regulowanym, czyli istnieją wytyczne, które określają zarówno liczbę godzin do zrealizowania przez studentów podczas sześciu lat studiów, jak i precyzyjnie określone treści kształcenia, które w czasie tych godzin powinny być zrealizowane. Dla wielu dziekanów wydziałów lekarskich w Polsce jest to pewnego rodzaju ograniczenie i w związku z tym te treści, które są mało popularne czy uznawane za mało istotne w toku kształcenia lekarza, zostały jeszcze bardziej wyparte przez te, które w danym środowisku są uznawane za ważniejsze. I dlatego ta sytuacja jest jeszcze trudniejsza niż

kilkanaście lat temu. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym podczas sześciu lat studiów na edukację psychiatryczną jest przeznaczony 120 godzin i w ramach tego czasu wygospodarujemy kilka godzin, żeby przekazać studentom wiedzę o problematyce związanej z używaniem substancji psychoaktywnych. Na wielu uczelniach ta liczba godzin jest jeszcze mniejsza, na nauczanie psychiatrii przeznaczone bywa 90 godzin, a jest nawet jedna uczelnia, na której jest zaledwie 80 godzin.

Bogusława Bukowska: *To smutna refleksja. Czy państwo podzielają tę opinię?*

Jarosław Pinkas: Uważam, że jest jeszcze gorzej. Może dlatego, że w którymś momencie popełniono dramatyczny błąd skrócenia studiów. Odejścia od stażu podyplomowego. Skompresowania tak naprawdę sześcioletnich studiów w pięć lat, później rok medycyny symulacyjnej. I na czym oszczędzano? Nie na pediatrii, internie, chirurgii czy ginekologii tylko, niestety, na zajęciach z psychiatrii. A to de facto powinien być także oddzielny przedmiot.

Wypuszczamy w świat lekarza, który ma duże kłopoty z rozpoznaniem pacjenta uzależnionego, który nie potrafi z nim odpowiednio rozmawiać, ma problemy komunikacyjne z takim pacjentem.

Później młodzi lekarze trafiają do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, czyli wyższej uczelni kształcącej podyplomowo. Każdy specjalista w Polsce musi przejść przez kursy Centrum. W tej chwili w Centrum trwają intensywne prace nad tym, żeby zmienić proces kształcenia lekarzy psychiatrii. Żeby lekarze mieli zajęcia z zakresu szeroko rozumianych uzależnień. Obecnie jest to godzina czy dwie w trakcie czterotygodniowego kursu, który odbywa się na końcu specjalizacji.

Bogusława Bukowska: *Z tych dwóch wypowiedzi wynika, że istnieje pilna potrzeba wzbogacenia kształcenia lekarzy o zagadnienia dotyczące uzależnień. A jak ta*

kwestia wygląda w obszarze nauk społecznych? Wiemy przecież, że wiele osób, które pracują z osobami mającymi problem z uzależnieniem albo zawodowo zajmują się wcześniejszym etapem, a mianowicie profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, nie ma wykształcenia medycznego.

Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy: Uważam, że ta sytuacja wygląda nieco lepiej. A jest to skutkiem zmian, których doświadczyliśmy w 2012 roku i jeszcze wcześniej, kiedy zdecydowaliśmy, że uczelnie wyższe godzą się na boloński system kształcenia, realizowany w cyklu: 3+2 (studia licencjackie i studia magisterskie). Moim zdaniem wynikają z tego wymierne korzyści, ponieważ studenci w ramach studiów licencjackich

są zobligowani do tego, żeby realizować zajęcia związane, czy to z profilaktyką, profilaktyką uzależnień, czy z zaburzeniami zachowania. W czasie dwuletnich studiów magisterskich mogą się tym obszarom przyglądać w innych aspektach niż podczas studiów licencjackich. Studenci mają więc stworzone różnorodne okazje do refleksji na te tematy.

Dużo jednak zależy od tego, kto te treści przekazuje, jak jest przygotowana kadra dydaktyczna uczelni. To także istotna sprawa. Mówię o tym

w kontekście swoich doświadczeń pedagogicznych nauczyciela akademickiego. Przez kilka lat byłam prodziekanem do spraw kształcenia w czasach, kiedy jeszcze obowiązywały studia pięcioletnie. Stąd też moje wcześniejsze porównanie tych dwóch systemów kształcenia, ze wskazaniem na system boloński. Dlaczego mówię o tych doświadczeniach? Ponieważ to bardzo często dziekan czy prodziekan do spraw kształcenia decyduje o treściach programowych. Ja nie dostrzegam ograniczeń w realizacji podczas studiów treści związanych ze zdrowiem psychicznym, profilaktyką społeczną czy zaburzeniami zachowania, w które wpisują się zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Odnoszę wrażenie, iż ograniczenia te, o ile istnieją, bardziej tkwią w nas, osobach,

Przyglądałem się programom nauczania amerykańskich uczelni i tam psycholodzy, zajmujący się uzależnieniami, posiadają ogromną wiedzę z zakresu neuropsychologii i szeroko rozumianej neurobiologii. Natomiast w Polsce przekazywanie takiego zakresu wiedzy jest rzadkością.

które odpowiadają za ofertę programową i które je potem realizują. Trzeba się uderzyć w piersi. To my wypuszczamy tych absolwentów, którzy prezentują taki, a nie inny poziom wiedzy i mało tego, którzy podchodzą do życia zawodowego, celowo mówię nie do pracy, tylko do życia zawodowego, z pasją albo nie. I jeszcze jedna uwaga: powinniśmy uczyć studentów szerszego spojrzenia na problemy psychiczne człowieka i na zaburzenia. Nie miałabym nic przeciwko temu, gdybyśmy mówili generalnie o profilaktyce społecznej, w tym również związanej z uzależnieniami. Abyśmy nie traktowali uzależnień jako odrębnego problemu, ale spojrzeli na nie szerzej, czyli traktowali w kategoriach, czy to zaburzeń, czy może lepiej – zachowań ryzykownych.

Bogusława Bukowska: *Rozumiem, że to właśnie nauki społeczne w chwili obecnej stwarzają takie możliwości. Generalna konkluzja jest taka, że w odróżnieniu od studiów medycznych sytuacja na kierunkach społecznych pod względem przekazywania wiedzy dotyczącej uzależnień wygląda znacznie lepiej.*

Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy: Tak, takie mam wrażenie.

Iwona Niewiadomska: Reprezentuję Katolicki Uniwersytet Lubelski, dwa kierunki społeczne: psychologię i prawo. I pod względem uzależnień prezentują one dwa skrajne podejścia. Wydaje mi się, że prawo poświęca temu zagadnieniu niewiele miejsca. Jako student tego kierunku chyba ani razu nie usłyszałam kwestii związanej z uzależnieniami, może w aspekcie wypadków drogowych. Natomiast zupełnie inaczej jest na kierunku psychologia. Zastanawiam się, z czego to wynika. Znajduję dwie przesłanki, wyjaśniające przedstawione różnice. Jedna jest związana z tym, czy jest to kierunek regulowany, czy nie. Na kierunkach regulowanych – np. takich jak nauki o zdrowiu, dostrzegam problem braku zagadnień dotyczących problematyki uzależnień w minimach programowych. Na kierunkach nieregulowanych, takich jak psychologia, jest znacznie lepiej. Zastanawiając się z czego może wynikać zainteresowanie tego kierunku na KUL-u treściami dotyczącymi uzależnień, odpowiedź znajduję w tradycji. Na tym kierunku wykładała najpierw profesor Zenomena Płużek, w ramach psy-

chologii klinicznej, a potem książkę profesor Czesław Cekiera, i to oni wprowadzili tematykę uzależnień do kształcenia studentów na kierunku psychologia. Były to lata 70., 80. i 90. W związku z tym stało się czymś naturalnym, że jako studenci psychologii KUL zajmowaliśmy się tym zagadnieniem – zarówno od strony diagnostycznej, terapeutycznej, jak i od strony duchowej. Na Wydziale Nauk Społecznych KUL, ale przede wszystkim na kierunku psychologii, mamy dużo zagadnień poświęconych uzależnieniom. I to w bardzo różnych aspektach. Problematyka uzależnień jest włączana w różne rodzaje zainteresowań studentów – może to być np. zainteresowanie profilaktyczne, resocjalizacyjne, terapeutyczne bądź rodzinne. Można więc powiedzieć, że zagadnienia uzależnień są wplecione w różnego rodzaju zajęcia specjalizacyjne. Jeżeli są osoby szczególnie zainteresowane uzależnieniami, to dajemy im możliwość wzięcia udziału w podyplomowym szkoleniu w zakresie specjalisty terapii uzależnień. Podsumowując moją wypowiedź, mogę stwierdzić, że na KUL-u jest pewna ciągłość w zakresie działań poświęconych temu zagadnieniu.

Bogusław Habrat: Chciałbym jeszcze powrócić do badań przywołanych przez panią dyrektor Bukowską na początku naszej dyskusji. Mówiły one nie tylko o tragicznym stanie ilościowym kształcenia, bo na wszelkie kwestie dotyczące substancji psychoaktywnych i wszystkich uzależnień – od tytoniu, alkoholu i narkotyków, przeznaczano 10 godzin, ale także o jego jakościowej stronie. Studentom medycyny przekazywano treści związane z rzadkimi zespołami, z którymi zwykły lekarz prawdopodobnie nigdy w swoim życiu zawodowym się nie spotka. Dużo rozmawiano o takich kwestiach, które dla tego lekarza-niepsychiatry będą mało przydatne. Wtedy, ale sprawa jest aktualna i dziś, niedostateczną wagę przywiązywano do medycyny ambulatoryjnej, kładąc główny nacisk na problemy występujące w wysokospecjalistycznych klinikach. A przecież na co dzień najczęściej spotykamy się z medycyną ambulatoryjną. A studentom przekazywano głównie treści dotyczące tzw. dużej psychiatrii, tych poważnych zagadnień, którymi zajmują się coraz bardziej wyspecjalizowane ośrodki, natomiast w ogóle nie byli uczeni podstawowych rzeczy, takich jak kontakt z pacjentem, jak rozmawiać z pacjentem, który zaprzecza ewidentnym problemom z używaniem

substancji psychoaktywnych. Nie uczono tych rzeczy, które są podstawowe, czyli: wzbudzania w pacjencie motywacji do podjęcia leczenia, zachęcania go do podjęcia terapii w specjalistycznych placówkach. Do dziś sprawa umiejętności prowadzenia empatycznego dialogu z pacjentem, którego celem jest zmotywowanie go do zmiany zachowań na prozdrowotne, pozostaje jedynie postulatem, a nie codzienną praktyką.

Natomiast w odniesieniu do moich kolegów, którzy reprezentują nauki niemedyczne, chciałem powiedzieć, że wiedza, która jest przekazywana w ramach tych nauk jest w znacznym stopniu pozbawiona treści medycznych i biologicznych. Przyglądałem się programom nauczania amerykańskich uczelni i tam psycholodzy, zajmujący się uzależnieniami, posiadają ogromną wiedzę z zakresu neuropsychologii i szeroko rozumianej neurobiologii. Natomiast w Polsce przekazywanie takiego zakresu wiedzy jest rzadkością. Z osobami, które nie posiadają wiedzy neuropsychologicznej i neurofizjologicznej w stopniu dostatecznym, trudno jest współpracować, ponieważ nie ma wspólnego języka, wspólnego aparatu pojęciowego. Dlatego warto pomyśleć o współpracy, integracji i stworzeniu pewnego rodzaju modelu zintegrowanego nauczania. Dotyczy to zarówno „domedykalizowania” humanistów, jak i „dohumanizowania” medyków. W innym wypadku będziemy mieli sytuację, że uniwersytety medyczne będą kształciły sobie, a uniwersytety niemedyczne sobie.

Bogusława Bukowska: *Doktor Habrat dotknął bardzo ważnej kwestii, bo deficyty występują, w sposób symetryczny, i na wydziałach medycznych, i niemedycznych. Absolwenci uczelni medycznych mają braki w sferze komunikacji z pacjentem, a nauk społecznych w zakresie neurobiologii i neuropsychologii. Z moich rozmów z lekarzami wynika, że nie wiedzą oni, jak rozmawiać z osobą, która ma problem z używaniem substancji psychoaktywnych, w szczególności z narkotykami. Często czują się oni zupełnie bezradni wobec takiego pacjenta. Mało tego, mówią, że jest im też trudno w sobie samych pokonać psychologiczną barierę rozmowy z osobą uzależnioną od narkotyków. Łatwiej im już rozmawiać z osobą, która ma problem z alkoholem niż z narkotykami. Co możemy więc zrobić, żeby lepiej przygotować lekarzy do komunikowania się z pacjentem, który ma problem z używaniem środków psychoaktywnych?*

Jarosław Pinkas: W drugiej połowie kwietnia odbył się w Warszawie I Międzynarodowy Kongres Patient Empowerment. W jego programie znalazł się panel dyskusyjny dotyczący problematyki kształcenia lekarzy w zakresie komunikacji z pacjentem. Jednym z uczestników był student trzeciego roku medycyny jednej z brytyjskich szkół medycznych. Opowiadał on, jak są kształceni tamtejsi studenci w zakresie komunikacji lekarz–pacjent. Mówił, że przed każdym wejściem lekarza do pacjenta na salę otrzymuje on informacje na temat pacjenta, w jaki sposób powinien się z nim komunikować, ponieważ pacjent może nie dosłyszeć, niedowiedzieć, być uzależniony; jakich słów powinien używać. Studenci przez całe studia uczeni są komunikacji. A u nas cała przestrzeń komunikacji jest obca studentowi. Druga sprawa dotyczy kwestii relacji mistrz–uczeń. Tego również nie ma. Natomiast młodzi ludzie są wspaniale przygotowani, żeby zdać Lekarski Egzamin Końcowy, który jest bardzo trudny i jego wynik decyduje o tym, czy młody lekarz dostanie się na rezydenturę, czy nie. To są testy. Ten egzamin nie ma nic wspólnego z realną medycyną. Medycyna jest relacyjna, a młody lekarz nie ma w tym względzie podstawowych umiejętności, często nie wie, w jaki sposób nawiązać kontakt z pacjentem.

Bogusława Bukowska: *To bardzo ważne, co pan minister powiedział, bo żeby rozwiązać problem zdrowotny, lekarz musi umieć nawiązać dobrą relację z pacjentem.*

Marcin Wojnar: Zapytała pani, co możemy zrobić, żeby zmienić tę sytuację. Sięgnąłbym kilkanaście lat wstecz, kiedy profesor Marek Krawczyk był dziekanem I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wobec narastającego problemu używania substancji psychoaktywnych przez naszych studentów, poprosił on ówczesnego kierownika Kliniki Psychiatrycznej, żeby podjąć jakieś działania. I zaproponowaliśmy 25-godzinny program edukacyjno-profilaktyczny dla studentów pierwszego roku, którzy dopiero co rozpoczęli studia. W ramach tego programu chcieliśmy mówić o tym, jakie mogą być konsekwencje sięgania po substancje psychoaktywne, nie dotykając jeszcze kwestii klinicznych, a przekazując bardzo podstawową wiedzę.

Bogusława Bukowska: Jaki był tego efekt?

Marcin Wojnar: Trudno jednoznacznie powiedzieć, ale z pewnością namacalnym efektem jest wiedza studentów, bo kiedy po kilku latach wracają oni do Kliniki Psychiatrycznej na zajęcia z psychiatrii, to można z nimi prowadzić zaawansowane rozmowy na ten temat. Oni już wiedzą, z czym się wiąże eksperymentowanie z różnymi substancjami psychoaktywnymi i podejmowanie zachowań ryzykownych. Wymierną korzyścią jest także to, że łatwiej im przychodzi diagnozowanie pacjentów, których spotykają w Klinice.

Bogusława Bukowska: *To interesujący wątek, bo my bardzo wiele mówimy o profilaktyce w kontekście dzieci, młodzieży ze szkół gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych. I de facto oddziaływania profilaktyczne kończą się w tym momencie. Uczelnie bardzo rzadko podejmują działania adresowane do swoich studentów, a wiemy przecież, że nasilenie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych następuje wraz z pójściem na studia wyższe. Dlatego też istnieje wręcz konieczność objęcia tej grupy oddziaływaniami profilaktycznymi. Nie mówiąc już o tym skutku, o którym powiedział pan profesor, że potem z tą młodzieżą inaczej się rozmawia. Już na innym poziomie.*

Bogusław Habrat: Pani dyrektor powiedziała, że sprawą podstawową jest komunikacja, rozumiana nie tylko jako nauczenie się pewnego rodzaju technik komunikacyjnych, ale i oparcie się na zapomnianych relacjach życzliwości wobec osób cierpiących. Myślę, że zmieniała się współczesna wizja relacji pomiędzy chorującymi a lekarzami lub psychologami, którzy mają im pomóc. Lekarze w znacznej mierze stali się sprzedawcami usług medycznych dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Jesteśmy rozliczani z zamknięcia procedur; nie ocenia się nas pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności, poza rozpatrywaniem skarg, a i to jedynie pod względem formalnym, relacje pacjent–lekarz nie są oceniane pod kątem empatii, życzliwości, preferowania ośrodków przyjaznych pacjentowi. W pewien sposób system sprzyja permanentnemu odhumanizowaniu.

Z jednej strony współczesna medycyna ma na swoim koncie ogromne osiągnięcia natury technologicznej, jesteśmy wszyscy zachwyceni możliwościami, jakie

stwarza medycyna naprawcza. A z drugiej brakuje nam umiejętności w zakresie komunikacji z pacjentem. Również pacjenci są inni, niż byli kiedyś. Pacjenci nie przychodzą po pomoc, tylko żądają określonych usług od lekarzy. Gdy mówimy o pacjentach uzależnionych, to większość z nich jest zainteresowana usunięciem konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, jesteśmy traktowani przez pacjenta jako „usuwacze” powikłań związanych z używaniem substancji. I jako ci, którzy mają pomagać w egzekwowaniu świadczeń społecznych. Jeśli kierunek na: zbiurokratyzowanie, stechnologizowanie, odhumanizowanie, wzajemną nieufność i roszczeniowość oraz zabezpieczanie się przed roszczeniami nie zmieni się, będziemy zmierzać do utraty celów, jakimi są: skuteczna pomoc cierpiącym i satysfakcja z efektów tych działań.

Bogusława Bukowska: *Myślę, że nauka podstawowych umiejętności komunikacyjnych jest jednak bardzo ważna, spotykamy się z tym na co dzień, a budowanie innej wizji społeczeństwa to znacznie szersze zadanie. Chciałabym jednak wrócić do sformułowanych przez dr. Habrata oczekiwań wobec nauk społecznych, że w większym stopniu będą one uwzględniać w systemie szkolenia aspekty neurobiologiczne i neuropsychologiczne w używaniu substancji psychoaktywnych. Zapewne w tym, co mówił dr Habrat, jest dużo racji. Jak można to zmienić?*

Iwona Niewiadomska: Na psychologii na KUL-u na pierwszym roku studenci mają zajęcia z biologii, psychofizjologii, fizjologii układu nerwowego. I to jest baza. Ona się nie zmieniła. Chociaż na te zagadnienia jest nieco mniej godzin. Być może będziemy mieli coraz lepiej wykształconych psychologów uzależnień, bo na uczelnie coraz częściej wkracza neuropsychologia, kogniwiastyka. Ludzie fascynują się funkcjonowaniem mózgu. I o te dziedziny nauki poszerzy się wiedza na wydziałach nauk społecznych. Inna rzecz poruszona w naszej dyskusji dotyczy tego, abyśmy mówili tym samym językiem. Ja w ogóle jestem za tym, żeby do pewnych zagadnień podchodzić interdyscyplinarnie, dlatego że niejednokrotnie to samo nazywamy w różnych językach fachowych. Jeżeli się spotkamy, porozmawiamy w zespole różnych osób, które zajmują się uzależnieniami, jeżeli przedyskutujemy, co jest ważne w procesie kształcenia osób, które w przyszło-

ści mają pomagać osobom sięgającym po substancje psychoaktywne, to można się pokusić o stworzenie odpowiedniej Ramy Kwalifikacji, określającej, jaką wiedzę, umiejętności i kompetencje powinien mieć absolwent kierunku z obszaru nauk społecznych. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeżeli mówimy o tym, kim powinna być osoba, która zajmuje się uzależnieniami, to dzisiaj najlepiej powiedzieć, że jest to specjalista czy instruktor terapii uzależnień. I nie jest powiedziane, jakie on ma pierwotne wykształcenie. Bo czy dobrym specjalistą w zakresie uzależnień będzie lekarz? Psycholog? A może pedagog? Dzisiaj nikt nie wie tak do końca. Czyli może trzeba opracować te bazowe kompetencje.

Bogusława Bukowska: *Wracając do kwestii kształcenia lekarzy. Profesor Wojnar podał przykład działań profilaktycznych adresowanych do studentów, które po jakimś czasie przekładają się na sposób komunikacji z tymi osobami, gdy na kolejnym roku studiów rozpoczynają one kurs z psychiatrii. Ale czy coś więcej możemy zrobić w tym obszarze? Czy państwo mogą wpływać na program kształcenia studentów medycyny?*

Marcin Wojnar: Wiele elementów programów kształcenia zależy jednak od nas samych. Osoby odpowiedzialne za ich tworzenie, za strategię i politykę w zakresie dydaktyki w danej uczelni mają określoną specjalność lekarską i nie zawsze są otwarci na problematykę związaną z uzależnieniami; często jest im ona zupełnie obca. A my nie zawsze mamy możliwość upominać się o wprowadzenie nowych treści kształcenia. Moim marzeniem jest, aby w Polsce, tak jak w wielu krajach Europy Zachodniej, w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, medycyna uzależnień stała się osobną dziedziną medycyny i wyodrębnioną specjalnością lekarską, obecną w kształceniu podyplomowym, a nie tylko małym przedmiotem w trakcie studiów.

Warto pomyśleć o współpracy, integracji i stworzeniu pewnego rodzaju modelu zintegrowanego nauczania. Dotyczy to zarówno „dohumanizowania” humanistów, jak i „dohumanizowania” medyków. W innym wypadku będziemy mieli sytuację, że uniwersytety medyczne będą kształciły siebie, a uniwersytety niemedyczne sobie.

Jarosław Pinkas: Rozszerzę spektrum zagadnień, którymi się zajmujemy. Myślę, że jest to uprawnione. Kto trafia do zawodu lekarskiego? Na maturze trzeba mieć z czterech przedmiotów mniej więcej po 90%, czyli trafiają ci, którzy potrafią się nauczyć. Czy jednak do tak relacyjnego zawodu nie powinno się wprowadzić także innej kwalifikacji? Teraz często do zawodu trafiają adepci wybitnie wykształceni. Mamy wybitnie wykształconych lekarzy. Ale słowo lekarz zawiera coś więcej. W tym słowie jest jednak zawarta bardzo duża ilość emocji, które muszą być wniesione do zawodu na samym początku. Dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek. Ja wiem, to są truizmy, ale tak jest. Czy można nauczyć dobroci na studiach? I czy można nauczyć tego, żeby pacjentowi okazać

rozumienie? Tego uczelnia nie nauczy. Z tym czymś trzeba już przyjść na studia.

Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy: Tego nie nauczymy, natomiast możemy w pewnym stopniu sprawdzać. Możemy weryfikować dyspozycje człowieka do zawodu, który ma wykonywać. Tak było kiedyś. Sprawdzaliśmy predyspozycje do zawodu, ale odeszliśmy od tego. Na początku powinniśmy postawić sobie pytanie, kim jesteśmy jako ludzie i jakimi dysponujemy zasobami, również, jakimi kategoriami etycznymi operujemy, bo prze-

cież będziemy mieli do czynienia z bardzo trudnymi kwestiami i trudnymi decyzjami. Również wyborami moralnymi. Chciałabym jeszcze wrócić do wątku interdyscyplinarności. Pacjent używający substancji rzadko kiedy cierpi na „jedno” zaburzenie, którym jest uzależnienie. Często jest to osoba ze złożonymi zaburzeniami: internistycznymi, psychicznymi, czyli z tzw. podwójną diagnozą, z chorobą nowotworową itp. Czy potrafimy rozmawiać o tym z naszymi pacjentami? Czy zastanawiamy się nad tym, którym zaburzeniem zajmować się w pierwszej kolejności: uzależnieniem czy chorobą nowotworową? Czy w tych wyborach pozostajemy sami? Jeśli tak, dlaczego? Mamy

kolegów lekarzy wykształconych w tym kierunku, ale nie potrafimy pracować interdyscyplinarnie. Dlaczego nie zaserwować takiej formy edukacji podyplomowej, która integrowałaby różne sposoby myślenia o człowieku i o jego problemach.

Bogusława Bukowska: *Temat interdyscyplinarności pojawia się bardzo często. Nasi pacjenci potrzebują takiego podejścia do ich problemów. Szkolenie proponowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przygotowujące do otrzymania certyfikatu specjalisty i instruktora terapii uzależnień, mimo że formalnie nie podlega kształceniu podyplomowemu, to jednak w gruncie rzeczy spełnia taką funkcję. Można odbyć to szkolenie, jeżeli ma się tytuł magistra lub jest się lekarzem bądź pielęgniarką. W związku z tym, że w naszej dyskusji pojawiło się stwierdzenie, że trudno jest wpływać na treści programu kształcenia podczas studiów, być może szansą jest kształcenie podyplomowe. Rozumiem, że w tym obszarze nie ma takich ograniczeń, obwarowań. Jak to wygląda? Czy mają państwo doświadczenie w kształceniu podyplomowym? Czy w tym rodzaju edukacji jest jakaś szansa, żeby poszerzać zakres wiedzy, rzeczywiście rozwijać pewne kompetencje w obszarze uzależnień?*

Marcin Wojnar: Klinika Psychiatryczna WUM realizuje także kształcenie podyplomowe: przygotowujemy specjalistów, szkolimy rezydentów. Pod swoją opieką mamy obecnie kilkadziesiąt osób w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i w trakcie różnorodnych staży. Program specjalizacyjny, zaaprobowany przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, wyznacza nam określone ramy szkolenia, ale jest on znacznie bardziej elastyczny niż program kształcenia w trakcie studiów medycznych. W naszej Klinice duży nacisk kładziemy na to, żeby wszystkie osoby realizujące program specjalizacji odbyły staże w ośrodkach terapeutycznych. Nie wszędzie tak się dzieje. I w efekcie niewielu psychiatrów swobodnie porusza się w problematyce związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.

Iwona Niewiadomska: Ja powiem o doświadczeniach Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, bo już od 2002 roku prowadzimy studia podyplomowe profilaktyka społeczna i terapia uzależnień. I są to dobre doświad-

czenia. Dobre dla dwóch stron – zarówno uczestników, jak i podmiotu prowadzącego studia podyplomowe. Przede wszystkim dla naszych studentów, a potem absolwentów, dlatego, że budują oni ścieżkę kariery związaną z profilaktyką i terapią uzależnień. Jeżeli ktoś się zdecyduje, że po studiach chce kontynuować naukę jako specjalista terapii uzależnień, może to u nas uczynić. Dodatkowym atutem jest to, że absolwenci uzyskują podwójny dyplom – otrzymują certyfikat ministra zdrowia i certyfikat uczelniany. No i kolejna rzecz. W ramach tych specjalistycznych szkoleń są określone wymogi formalne dotyczące programu zajęć, który jest w dużej mierze interdyscyplinarny. Warto również podkreślić, że osoby prowadzące zajęcia są wysokiej klasy specjalistami. W związku z tym na KUL-u mają one możliwość budowania swojej kariery zawodowej. Trzeba też zauważyć, że certyfikat specjalisty czy instruktora terapii uzależnień jest bardzo dobrym certyfikatem, ponieważ dobrze sytuuje osoby go posiadające w obszarze zatrudnienia.

Bogusława Bukowska: *Nie bez przyczyny zapytałam o to zainteresowanie, bo jeśli chodzi o zainteresowanie studium w zakresie terapii uzależnień, to jest ono nieustające. W Krajowym Biurze uważaliśmy, że po kilku edycjach szkolenia zainteresowanie to będzie słabło. Okazuje się, że nic takiego się nie dzieje. Co roku na szkoleniach mamy około sto osób, które chcą ukończyć studium terapii uzależnień. Tak, jak powiedziała prof. Niewiadomska, część z tych szkoleń jest zintegrowana ze studiami podyplomowymi na uczelniach wyższych, chociaż nie na uczelniach medycznych. Takich doświadczeń nie mamy.*

Proszę państwa, nasze spotkanie dobiegło końca. Dziękuję wszystkim panelistom. Wydaje się, że podczas tej dyskusji wybrzmiało kilka bardzo istotnych wątków: konieczność nauki prawidłowej komunikacji lekarz–pacjent oraz integracji nauk społecznych z naukami medycznymi.

Zdarzają się sytuacje, w których rodziny osób uzależnionych od substancji psychotropowych lub środków odurzających podejmują decyzję, że dalsze wspólne zamieszkiwanie nie jest już możliwe i wyrzucają taką osobę z domu. Pobudki takich decyzji są bardzo zróżnicowane. Niejednokrotnie są podejmowane jako reakcja na bierność lub brak zgody na leczenie odwykowe. Motywacją może być także agresja osoby uzależnionej lub bezsilność jej otoczenia.

WYRZUCENIE OSOBY UZALEŻNIONEJ OD SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH Z DOMU – ASPEKTY PRAWNE

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Niniejszy artykuł będzie poświęcony wyłącznie aspektom prawnym decyzji związanych z wyrzuceniem osoby uzależnionej od substancji psychotropowych lub środków odurzających z domu, ich konsekwencjom oraz uwarunkowaniom ustawowym. Ocenę, czy taka decyzja jest właściwa z terapeutyczno-psychologicznego punktu widzenia i czy przyniesie lub przynosi oczekiwane rezultaty, pozostawiam specjalistom w tym zakresie.

Prawo własności – uwagi ogólne

Zgodnie z treścią art. 140 Kodeksu cywilnego¹ (dalej: kc), w granicach określonych przez ustawy i zasady współzycia społecznego właściciel może, z wyłączeniem innych osób, korzystać z rzeczy zgodnie ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem swego prawa, w szczególności może pobierać pożytki i inne dochody z rzeczy. Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, wspomniany przepis określa granice uprawnień właściciela w sposób generalny, wskazując, że właścicielowi wolno czynić ze swoją rzeczą wszystko, co nie jest zabronione przez ustawy, zasady współzycia społecznego i co nie pozostaje w sprzeczności ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa².

Prawne aspekty postępowania eksmisyjnego

Rodzina, która chciałaby wyrzucić z domu osobę uzależnioną od narkotyków powinna podjąć kroki w kierunku postępowania eksmisyjnego. Przesłanki

eksmisji mogą być różne. Odnosząc analizę prawną do opisywanej tematyki, najczęściej podstawą powództwa będzie art. 13 ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego³ (dalej: ustawa o ochronie praw lokatorów), który stanowi, że jeżeli lokator wykracza w sposób rażący lub uporczywy przeciwko porządkowi domowemu, czyniąc uciążliwym korzystanie z innych lokali w budynku, inny lokator lub właściciel innego lokalu w tym budynku może wytoczyć powództwo o rozwiązanie przez sąd stosunku prawnego uprawniającego do używania lokalu i nakazanie jego opróżnienia. Sąd w każdej sprawie powinien indywidualnie ocenić, czy zachowanie osoby uzależnionej od narkotyków rzeczywiście wykracza w sposób rażący lub uporczywy przeciwko porządkowi domowemu, czyniąc uciążliwym korzystanie z innych lokali w budynku. Ponadto współlokator może wytoczyć powództwo o nakazanie przez sąd eksmisji współlokatora tego samego lokalu, jeżeli ten swoim rażąco nagannym postępowaniem uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie. Mając powyższe na uwadze, należy podkreślić, że decyzja sądu o eksmisji wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego i weryfikacji twierdzeń powoda, czyli np. twierdzeń rodziny, że osoba uzależniona jest agresywna.

Przykład: Sądy biorą pod uwagę, czy dane zachowanie osoby, która ma zostać eksmitowana trwa od wielu lat i nie są to zdarzenia incydentalne, a próby zmiany tego zachowania są bezskuteczne⁴.

Przykład: Sądy weryfikują twierdzenia rodziny dotyczące m.in. stosowania przez osobę uzależnioną przemocy psychicznej, w tym werbalnej (przeklinanie, używanie obelżywych słów), a także przemocy fizycznej (czy w mieszkaniu dochodziło do rękoczynów, również w obecności świadków, czy miała miejsce interwencja policji itp.)⁵.

Ustawa o ochronie praw lokatorów wymaga zatem wykazania, iż naganne zachowanie współlokatora ma charakter rażąco i uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie. Przez rażąco naganne postępowanie uniemożliwiające wspólne zamieszkiwanie należy rozumieć powtarzające się, o dużym nasileniu złej woli, zachowanie jednego z lokatorów⁶. W ocenie sądu złożenie wniosku o ubezwłasnowolnienie nie może być traktowane jako jedna z okoliczności mieszczących się w hipotezie „rażąco nagannego postępowania uniemożliwiającego wspólne zamieszkiwanie”⁷.

Reasumując, aby wyrzucić osobę uzależnioną z domu w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, rodzina powinna złożyć do sądu cywilnego pozew o eksmisję. Właściwy jest sąd dla miejsca zamieszkania pozwanego (pозwany, czyli osoba uzależniona). Jednocześnie należy podkreślić, że okoliczności danej sprawy będą decydujące, czy zostanie orzeczona eksmisja. Sam fakt uzależnienia od narkotyków nie będzie wystarczający. Jak już wspomniano, w tego rodzaju sprawach sąd będzie brał pod uwagę całokształt okoliczności.

Lokal socjalny

Jeżeli sąd podejmie wobec osoby uzależnionej decyzję nakazującą opróżnienie przez nią lokalu, nie oznacza to automatycznie tzw. eksmisji na bruk. Sąd może orzec wówczas o uprawnieniu do otrzymania lokalu socjalnego bądź o braku takiego uprawnienia wobec osób, których nakaz dotyczy. Sąd nie może orzec o braku uprawnienia do otrzymania lokalu socjalnego wobec następujących podmiotów: 1) kobiety w ciąży, 2) małoletniego, niepełnosprawnego w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej⁸ lub ubezwłasnowolnionego oraz sprawującego nad taką osobą opiekę i wspólnie z nią zamieszkałą, 3) obłożnie chorych, 4) emerytów i rencistów spełniających kryteria do otrzymania świadczenia z pomocy społecznej, 5) osoby posiadającej status bezrobotnego⁹, 6) osoby spełniającej przesłanki określone przez radę gminy w drodze uchwały – chyba że osoby te mogą zamieszkać w innym lokalu niż dotychczas używany.

Ponadto, orzekając o uprawnieniu do otrzymania lokalu socjalnego, sąd nakazuje wstrzymanie wykonania opróżnienia lokalu do czasu złożenia przez gminę oferty zawarcia umowy najmu lokalu socjalnego.

Reasumując, osoba uzależniona od narkotyków, wobec której zakończyło się postępowanie eksmisyjne, ma prawo w określonych sytuacjach, np. posiadając status bezrobotnego, do otrzymania lokalu socjalnego.

Jeśli sąd w wyroku eksmisyjnym nie przyznał prawa do lokalu socjalnego osobie, wobec której orzeczono eksmisję, gmina wskazuje jej pomieszczenie tymczasowe, chyba że osoba eksmitowana samodzielnie znalazła takie pomieszczenie bądź też zostało jej ono wskazane przez właściciela lokalu, który musi opuścić.

Przykład: Wyroków sądowych nakazujących opróżnienie lokalu nie wykonuje się w okresie od 1 listopada do 31 marca roku następnego włącznie, jeżeli osobie eksmitowanej nie wskazano lokalu, do którego ma nastąpić przekwaterowanie.

Obowiązek alimentacyjny

Osoba uzależniona od narkotyków w celu ochrony przed eksmisją może powoływać się także na zasady współżycia społecznego oraz obowiązek alimentacyjny, jeżeli to rodzice, prawni opiekunowie lub rodzeństwo podjęli działania zmierzające do wyrzucenia jej z domu. Zakres świadczeń alimentacyjnych zależy od usprawiedliwionych potrzeb uprawnionego (czyli osoby uzależnionej) oraz zarobkowych i majątkowych możliwości zobowiązanego (czyli rodziców/prawnych opiekunów), a nie tylko od wieku danej osoby, tj. czy jest pełnoletnia, czy nie. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy, ustanie obowiązku alimentacyjnego nie jest samo przez się związane z osiągnięciem przez dziecko pełnoletności¹⁰.

Przykład: Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, „przez usprawiedliwione potrzeby uprawnionego rozumieć należy potrzeby, których zaspokojenie zapewni mu – odpowiedni do jego wieku i uzdolnień – prawidłowy rozwój fizyczny i duchowy. Możliwości zarobkowe i majątkowe zobowiązanego określają zarobki i dochody, jakie uzyskiwałby przy pełnym wykorzystaniu swych sił fizycznych i zdolności umysłowych, nie zaś rzeczywiste zarobki i dochody. Dzieci mają prawo do równej z rodzicami stopy życiowej, niezależnie od tego, czy żyją z nimi wspólnie, czy też oddzielnie”¹¹.

Obowiązek alimentacyjny rodziców wobec dziecka nie jest ograniczony żadnym sztywnym terminem i nie jest również związany ze stopniem wykształcenia w tym sensie, że nie ustaje z chwilą osiągnięcia przez dziecko określonego stopnia podstawowego czy średniego wykształcenia¹². Należy jednak pamiętać, że zgodnie z treścią art. 133 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego¹³ (dalej: kro), rodzice mogą uchylić się od świadczeń alimentacyjnych względem dziecka pełnoletniego, jeżeli są one połączone z nadmiernym dla nich uszczerbkiem lub jeżeli dziecko nie dokłada starań w celu uzyskania możliwości samodzielnego utrzymania się. Ustawodawca dał w ten sposób wyraz powszechnemu stanowisku orzecznictwa i doktryny, które wskazuje, że pełnoletnie dziecko w pierwszej kolejności powinno samo postarać się o uzyskanie przychodu, a dopiero później móc żądać środków od osób zobowiązanych.

Przykład: Zaniedbywanie się w nauce uzasadnia ustanie obowiązku alimentacyjnego¹⁴, jeśli wynika to z zawinionych zaniedbań dziecka¹⁵.

Według Sądu Najwyższego nie wyłącza obowiązku alimentacyjnego rodziców całkowita niezdolność do pracy spowodowana narkomanią, mimo że osobom, które popadły w narkomanię, z reguły przypisuje się winę w doprowadzeniu się do tego stanu¹⁶. Za takim stanowiskiem mają przemawiać względy humanitarne¹⁷. Jednocześnie Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że w zakresie wykładni prawa i praktyki sądowej w sprawach o alimenty, w której wskazano, że żądanie alimentów przez osobę niezdolną do samodzielnego utrzymania się, która z własnej winy znalazła się w niedostatku, szczególnie przez osobę, która mimo starannego jej wychowania i opieki rodziców sama doprowadziła się do nałogowego alkoholizmu czy narkomanii i odmawia poddania się leczeniu, może stanowić nadużycie prawa podmiotowego¹⁸.

W stosunku do rodzeństwa zobowiązany może uchylić się od świadczeń alimentacyjnych, jeżeli są one połączo-

ne z nadmiernym uszczerbkiem dla niego lub dla jego najbliższej rodziny. Ponadto żądanie brata lub siostry świadczeń alimentacyjnych od swego rodzeństwa powinno odpowiadać zasadom współżycia społecznego. Należy więc brać pod uwagę kwestię wzajemnych stosunków między osobami uprawnionymi i zobowiązanymi do alimentacji, ich ewentualne konflikty i niewłaściwe postępowanie uprawnionego¹⁹. Rażąco niewłaściwe postępowanie uprawnionego może polegać m.in. na: zachowaniach godzących w życie i zdrowie członka

Decyzja o wyrzuceniu z domu osoby uzależnionej od substancji psychotropowych lub środków odurzających niesie ze sobą określone konsekwencje, w tym także prawne dla obu stron. Każdorazowo decyzja sądu w tym zakresie powinna opierać się na wielopłaszczyznowej analizie konkretnego stanu faktycznego, a strona, która kwestionuje poczynione ustalenia, powinna pamiętać, że zgodnie z art. 78 Konstytucji obowiązuje zasada dwuinstancyjności postępowania.

rodziny, zachowaniach naruszających godność, dobre imię i inne dobra osobiste człowieka lub zawinionym popadnięciu w niedostatek lub umyślnym wywołaniu sytuacji prowadzącej do żądania alimentów. Reasumując, osoba uzależniona od narkotyków w celu ochrony przed eksmisją może powoływać się na zasady współżycia społecznego oraz obowiązek alimentacyjny. Jednocześnie należy podkreślić, że okoliczności faktyczne każdej sprawy są inne. Jak już wspomniano, decyzja o wyrzuceniu osoby uzależnionej z domu może być motywowana różnymi przesłankami oraz na różnym etapie jej uzależnienia,

dlatego też trudno jednoznacznie ocenić, w jakim kierunku orzeknie sąd zarówno w zakresie obowiązku alimentacyjnego, jak i eksmisji.

Zameldowanie vs. prawo do zamieszkiwania

Posiadanie meldunku przez osobę uzależnioną od substancji psychotropowych lub środków odurzających nie wpływa na prawo do zamieszkiwania w lokalu i nie generuje takiego prawa. Fakt zamieszkiwania jest przesłanką do zameldowania²⁰. Osoba przebywająca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązana zameldować się w miejscu pobytu stałego²¹ lub czasowego²², trwającego ponad 3 miesiące, najpóźniej w 30. dniu, licząc od dnia przybycia do tego miejsca. Osoba, która opuszcza miejsce pobytu stałego lub czasowego trwającego ponad

3 miesiące, jest obowiązana wymeldować się w organie gminy, właściwym ze względu na dotychczasowe miejsce jej pobytu, najpóźniej w dniu opuszczenia tego miejsca. Obowiązek meldunkowy cudzoziemców został szczegółowo uregulowany w rozdziale 5 ustawy o ewidencji ludności²³. Wspomniana ustawa stanowi, że zameldowanie na pobyt stały lub czasowy służy wyłącznie celom ewidencyjnym i ma na celu potwierdzenie faktu pobytu osoby w miejscu, w którym się zameldowała (art. 28 ust. 4 ustawy o ewidencji ludności).

Ochrona posesoryjna osoby wyrzuconej z domu

Gdyby rodzina zdecydowała się na wyrzucenie z domu osoby uzależnionej od narkotyków bez przeprowadzenia postępowania eksmisyjnego, o którym mowa powyżej, istnieje możliwość wniesienia do sądu powództwa o naruszenie posiadania na mocy art. 344 kc. Przeciwno temu, kto samowolnie naruszył posiadanie, jak również przeciwko temu, na czyją korzyść naruszenie nastąpiło, posiadaczowi (wydaje się, że osoba uzależniona jest w posiadaniu zależnym, tj. zajmuje część mieszkania razem z rodziną) przysługuje roszczenie o przywrócenie stanu poprzedniego i o zaniechanie naruszeń. Roszczenie to nie jest zależne od dobrej wiary posiadacza ani od zgodności posiadania ze stanem prawnym, chyba że prawomocne orzeczenie sądu lub innego powołanego do rozpoznawania spraw tego rodzaju organu państwowego stwierdziło, że stan posiadania,

powstały na skutek naruszenia, jest zgodny z prawem. Samowolne naruszenie polega na bezprawnym wkroczeniu w sferę władztwa faktycznego posiadacza. Kwalifikacja naruszenia jako samowolnego wymaga więc ustalenia, że osoba dokonująca naruszenia nie była do tego upoważniona, tzn. że było ono obiektywnie bezprawne. Należy podkreślić, że roszczenie wygasa, jeżeli nie będzie dochodzone w ciągu roku od chwili naruszenia. Okoliczność, że dana osoba jest pełnoletnia, nie zmienia jej stanu prawnego w porównaniu ze stanem przed uzyskaniem pełnoletniości.

Sprawy o ochronę naruszonego posiadania – bez względu na wartość przedmiotu sporu – należą do właściwości rzeczowej sądu rejonowego²⁴. Sąd, uwzględniając powództwo o przywrócenie stanu posiadania, jest zobowiązany do określenia sposobu jego przywrócenia, to jest do zamieszczenia w wyroku dyspozycji, których wykonanie do tego doprowadzi; niezamieszczenie ich nie upoważnia komornika do odmowy wszczęcia przeciwko dłużnikowi egzekucji²⁵.

Reasumując, osoba uzależniona od narkotyków w celu ochrony przed wyrzuceniem z domu może złożyć do sądu cywilnego pozew o ochronę posiadania. Jednocześnie należy podkreślić, że okoliczności danej sprawy będą decydujące dla sądu.

Środki zabezpieczające

Pod pojęciem „wyrzucenie z domu” z jednej strony możemy odwoływać się do treści wspomnianego

Tabela 1. Środki zabezpieczające.

Środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy, co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 kk, w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 kk, w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148 kk (zabójstwo), art. 156 kk (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 197 kk (zgwałcenie), art. 198 kk (wykorzystanie seksualne osoby bezradnej), art. 199 § 2 kk (doprowadzenie małoletniego do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania innej czynności seksualnej poprzez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie jej krytycznego położenia) lub art. 200 § 1 kk (obcowanie z małoletnim poniżej lat 15, dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania) popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych oraz wobec skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu), XXIII (przestępstwa przeciwko wolności), XXV (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece), popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej duże prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia.

art. 13 ust. 2 ustawy o ochronie praw lokatorów, z drugiej zaś strony istnieje środek zabezpieczający w postaci zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu. Katalog środków zabezpieczających znajduje się w rozdziale X Kodeksu karnego²⁶ (dalej: kk).

Środki zabezpieczające mogą być orzekane tylko po popełnieniu czynu, a nie przed jego popełnieniem, tzn. nie można ich orzekać wtedy, gdy stwierdzimy, że osoba jest niebezpieczna, czyli jest prawdopodobne, że osoba ta popełni czyn w przyszłości. Mając powyższe na uwadze, należy podkreślić, że sytuacja osoby uzależnionej od narkotyków będzie zależeć od jej zachowania i tego, czy popełniła przestępstwo. Warto w tym miejscu podkreślić, że czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Ponadto w każdej chwili sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego

wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Środki zabezpieczające mogą zostać orzeczone wobec określonych kategorii sprawców, wśród których znajdują się osoby skazane za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka (patrz tabela 1). Reasumując, rodzina, która podjęła decyzję o konieczności wyrzuceniu z domu osoby uzależnionej od narkotyków, może podjąć kroki prawne w celu orzeczenia przez sąd karny wobec takiej osoby środków zabezpieczających.

Bezpłatna pomoc prawna

Strony biorące udział w postępowaniu przed sądem cywilnym, np. w postępowaniu eksmisyjnym, czyli zarówno rodzina, jak i osoba uzależniona od narkotyków, mogą złożyć do sądu wnioski o zwolnienie od kosztów sądowych oraz wnioski o ustanowienie

Tabela 2. Nieodpłatna pomoc prawna.

Nieodpłatna pomoc prawna przysługuje określonym przez ustawodawcę w unpp kategoriom osób, tzn.:

1) osobie fizycznej, której w okresie 12 miesięcy poprzedzających zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej zostało przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia. Osoba uprawniona, o której mowa powyżej, przed uzyskaniem nieodpłatnej pomocy prawnej składa pisemne oświadczenie, że nie wydano wobec niej decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia; 2) osobie fizycznej, która posiada ważną Kartę Dużej Rodziny (dalej: Karta), o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny, tj. prawo do posiadania Karty przysługuje członkowi rodziny wielodzietnej, przez którą rozumie się rodzinę, w której rodzic (rodzice) lub małżonek rodzica mają na utrzymaniu co najmniej troje dzieci: w wieku do ukończenia 18. roku życia albo w wieku do ukończenia 25. roku życia, w przypadku gdy dziecko uczy się w szkole do dnia 30 września następującego po końcu roku szkolnego, a w przypadku, gdy dziecko uczy się w szkole wyższej do końca roku akademickiego, w którym jest planowane ukończenie nauki albo bez ograniczeń wiekowych w przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności. Karta oraz jej duplikat są przyznawane i wydawane na wniosek członka rodziny wielodzietnej. Wniosek o przyznanie Karty lub wydanie jej duplikatu składa się w gminie właściwej ze względu na miejsce zamieszkania członka rodziny wielodzietnej. Warto podkreślić, że Karta jest przyznawana bezpłatnie, natomiast wydanie duplikatu Karty podlega opłacie w wysokości 9,21 zł; 3) osobie, która uzyskała zaświadczenie, o którym mowa w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, 4) osobie, która posiada ważną legitymację weterana albo legitymację weterana poszkodowanego, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, 5) osobie, która nie ukończyła 26 lat, 6) osobie, która ukończyła 65 lat, 7) osobie, która w wyniku wystąpienia klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej znalazła się w sytuacji zagrożenia lub poniosła straty. Każda osoba uzależniona od narkotyków przy spełnieniu któregokolwiek z ww. wymogów, np. osoba, która nie ukończyła 26 lat może skorzystać z nieodpłatnej pomocy prawnej. Nie jest konieczne przedkładanie jakichkolwiek dodatkowych dokumentów, które potwierdzałyby fakt uzależnienia czy też odbywanej terapii.

adwokata/radcy prawnego z urzędu. Złożenie ww. wniosków jest bezpłatne.

Jednocześnie warto pamiętać, że bez względu na powyższe, od 1 stycznia 2016 roku na terenie całego kraju zaczął funkcjonować system nieodpłatnej pomocy prawnej w związku z wejściem w życie ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej²⁷. Pomoc prawna nie dotyczy jednak postępowania przed sądem, a jedynie pomocy na etapie przedsądowym, także osoba uzależniona od narkotyków może zasięgnąć opinii adwokata lub radcy prawnego w swojej sprawie przy spełnieniu wymogów ustawowych (patrz tabela 2).

Przykład: *Osoba uzależniona od narkotyków, która nie ukończyła 26. roku życia może bezpłatnie skorzystać z pomocy prawnej.*

Bezpłatne porady on-line, czat z prawnikiem lub wideo-porady są dostępne w internecie pod adresem: <http://www.narkomania.org.pl/>. Bezpłatną pomoc prawną dla osób, których nie stać na profesjonalnego prawnika, można także uzyskać w studenckich ośrodkach pomocy prawnej, tzw. klinikach prawa, które funkcjonują w trakcie roku akademickiego przy uniwersytetach. Dane adresowe znajdują się na stronie internetowej: <http://www.fupp.org.pl/kliniki-prawa/kliniki-w-polsce>. Istnieje również możliwość skorzystania z pomocy Fundacji Akademii Iuris. Porady prawne są udzielane przez wolontariuszy w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Lublinie i Radomiu. Szczegółowe informacje znajdują się pod adresem: <http://www.academiaiuris.pl/>. Ponadto osoby uzależnione od narkotyków lub ich rodziny w celu uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej mogą poszukać w miejscu swojego zamieszkania organizacji pozarządowej, która udziela takiego wsparcia.

Zakończenie

Jak już wspomniano, decyzja o wyrzuceniu z domu osoby uzależnionej od substancji psychotropowych lub środków odurzających niesie ze sobą określone konsekwencje, w tym także prawne dla obu stron. Każdorazowo decyzja sądu w tym zakresie powinna zostać oparta na wielopłaszczyznowej analizie konkretnego stanu faktycznego, a strona, która kwestionuje poczynione ustalenia, powinna pamiętać, że zgodnie z art. 78 Konstytucji²⁸ obowiązuje zasada dwuinstancyjności postępowania.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U.2017.459.
- ² Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28 sierpnia 1997 r., III CZP 36/97, OSNC 1998, nr 1, poz. 4.
- ³ Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego, Dz.U.2016.1610.
- ⁴ Wyrok Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 20 września 2013 r. I Ca 240/13.
- ⁵ Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 23 maja 2014 r., II C,a 367/14.
- ⁶ Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 20 listopada 2012 r., I C 821/12.
- ⁷ Wyrok Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 23 stycznia 2013 r., I Ca 423/12.
- ⁸ Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 1998 r. poz. 414, z późn. zm.
- ⁹ W celu uzyskania ochrony przez eksmisją na bruk osoba uzależniona od narkotyków może się zarejestrować jako bezrobotna.
- ¹⁰ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 1986 r., III CZP 76/85, OSNCP 1987, nr 1, poz. 4.
- ¹¹ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1987 r., III CZP 91/86.
- ¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 1997 r., III CKN 217/97.
- ¹³ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U.2017.682.
- ¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1998 r., I CKN 1140/98.
- ¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 2001 r., II CKN 40/99.
- ¹⁶ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 1986 r., III CZP 76/85.
- ¹⁷ Ibidem.
- ¹⁸ Uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego, III CZP 91/86, OSN-CP 1988, nr 4, poz. 42. Krytycznie wobec takiego stanowiska wypowiedziała się E. Budna w publikacji pt. Obowiązek alimentacyjny rodziców względem dzieci, „Nowe Prawo” 1990, nr 7-9, s. 66-67.
- ¹⁹ J. Wierciński (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, Warszawa 2014.
- ²⁰ Obywatel polski dokonuje zameldowania się na pobyt stały lub czasowy w formie pisemnej na formularzu w organie gminy właściwym ze względu na położenie nieruchomości, w której zamieszkuje, przedstawiając do wglądu dowód osobisty lub paszport. Obywatel polski dokonujący zameldowania na pobyt stały lub czasowy przedstawia potwierdzenie pobytu w lokalu, dokonane przez właściciela lub inny podmiot dysponujący tytułem prawnym do lokalu na formularzu zgłoszenia pobytu stałego lub formularzu zgłoszenia pobytu czasowego, oraz, do wglądu, dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu tego właściciela lub podmiotu. Dokumentem potwierdzającym tytuł prawny do lokalu może być w szczególności umowa cywilno-prawna, wypis z księgi wieczystej, decyzja administracyjna lub orzeczenie sądu.
- ²¹ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.
- ²² Pobytem czasowym jest przebywanie bez zamiaru zmiany miejsca pobytu stałego w innej miejscowości pod oznaczonym adresem lub w tej samej miejscowości, lecz pod innym adresem. Miejscem pobytu stałego lub czasowego osoby zatrudnionej na statku żeglugi śródlądowej lub morskiej albo zamieszkującej w związku z wykonywaniem pracy w ruchomym urządzeniu mieszkalnym, jest siedziba pracodawcy zatrudniającego tę osobę.
- ²³ Ustawa z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, Dz.U.2017.657.
- ²⁴ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 23 października 1991 r., III CZP 102/91, OSNCP 1992, nr 4, poz. 62.
- ²⁵ Uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 września 1988 r. – zasada prawna, III CZP 37/88, OSNCP 1989, nr 3, poz. 40.h.
- ²⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.1997.88.553 z późn. zm.
- ²⁷ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, Dz.U.2015.1255.
- ²⁸ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U.1997.78.483.

Artykuł stanowi pierwszą część rozważań na temat najważniejszych etapów modelowego wdrożenia w polskich gminach i powiatach katalogu usług wspierających osoby e-uzależnione bądź zagrożone e-uzależnieniem.

WDRAŻANIE KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMU E-UZALEŻNIEŃ W RAMY LOKALNEGO SYSTEMU EDUKACJI CZ. I

Maciej Dębski

Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego
Prezes Fundacji DBAM O MÓJ Z@SIĘG

Obserwując zmiany społeczne, których doświadczamy na przestrzeni ostatnich dwudziestu, trzydziestu lat, jesteśmy świadkami wyraźnej transformacji w wielu obszarach życia i funkcjonowania człowieka i całych grup. Powolne, lecz konsekwentnie dokonujące się zmiany w życiu religijnym Polaków¹, zmiany w tym, co jest dla nas ważne², kryzys autorytetów, niska jakość debat społecznych i dyskursu publicznego w ogóle czy w końcu zmiany zachodzące w sferze gospodarczej³ każą zastanowić się nad kondycją współczesnego społeczeństwa, które prawie dekadę temu zostało określone mianem *społeczeństwa sieci* (Castels, 2008). W dzisiejszych czasach zmiana ulega nie tylko funkcjonowanie i sposób życia społeczeństw, ale również formy komunikowania się ludzi (Kubacka-Jasiecka i Passowicz, 2014)⁴. Współczesnych ludzi coraz częściej charakteryzuje życie skoncentrowane na „tylko tu i teraz”, a przedstawiciele młodego pokolenia często określa się mianem *teraźniejszych hedonistów* (Zimbardo i Boyd, 2012). To osoby nastawione na rozrywkę, przyjemności, ekscytację, przyszłość nie jest dla nich tak ważna, jak teraźniejszość, nie myślą o konsekwencjach swojego zachowania, nie posiadają umiejętności tzw. odroczonej gratyfikacji (Kubacka-Jasiecka i Passowicz, 2014). Konsekwencją tych zmian są trudności w adaptacji do wciąż zmieniających się warunków życia. Zaryzykuję stwierdzenie, że za większość zmian, które obserwujemy, odpowiada gwałtowny i niekontrolowany rozwój nowych technologii. To za ich sprawą z jednej strony odczuwamy zdecydowane przyspieszenie procesów społecznych (interpersonalnych, między jednostkami, między jednostką a grupą, między grupami), z drugiej zaś kurczącą się wolność indywidualną. Ten wyraźny antagonizm dla

wielu z nas staje się źródłem nowego rodzaju niepokoju i stresu. Stresu mobilnego, który zdaje się nam towarzyszyć zawsze i wszędzie.

Dynamicznie rozwijające się zasoby internetu, w szczególności od momentu, kiedy przyodział on szatę **mobilności**, przyczyniają się do istotnych zmian w sposobie życia, komunikacji, spędzaniu wolnego czasu. Nowe media służą ludziom nie tylko do zaspokajania codziennych potrzeb (np. zdobywanie informacji o świecie, rozrywka, poszukiwanie tożsamości), ale stają się narzędziem pozwalającym budować część swojego życia jedynie w przestrzeni sieci (Sowińska, 2010). Rozwój internetu i nowych technologii to również szerokie i kreatywne stosowanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w procesie edukacji (TIK), jak również włączenie cyfrowych urządzeń w proces ratowania życia i zdrowia ludzi. Z Diagnozy Społecznej przeprowadzonej w roku 2015 wynika, że już 72% Polaków ma komputer, a 71% deklaruje dostęp do internetu. Coraz rzadziej spotykana jest sytuacja, w której osoby posiadające komputer nie mają dostępu do internetu. Raczej bywa odwrotnie, to znaczy, że w niektórych gospodarstwach domowych jest dostęp do internetu, ale nie ma komputera, natomiast są tablety i telefony komputerowe (Batorski, 2015). Z badań prowadzonych w Polsce wynika, że 93,4% polskiej młodzieży korzysta z internetu wiele razy dziennie, najczęściej dzieje się to za pomocą telefonu komórkowego (31,3% młodzieży korzysta z internetu przez smartfona 5 godzin dziennie bądź dłużej). W świetle polskich wyników badań internet codziennie używany jest do korzystania z portali społecznościowych (68,7%), utrzymywania kontaktów ze znajomymi (68,7%), słuchania muzyki i oglądania filmów (68,2%) czy odrabiania lekcji (36,9%)

(Kamieniecki, Bochenek, Tanaś, Wrońska, Lange, Fila, Loba, Konopczyński, 2017). Te oraz inne wyniki badań pozostają w synergii z badaniami prowadzonymi przeze mnie w latach 2015–2016 na próbie 22 086 uczniów w wieku 12-18 lat. W raporcie *Nalógowe korzystanie z telefonów komórkowych. Szczegółowa charakterystyka zjawiska fonoholizmu w Polsce* wskazują, że:

- regularne i systematyczne korzystanie z własnego telefonu komórkowego rozpoczyna się przeciętnie w wieku 10 lat, w dużych aglomeracjach miejskich wiek inicjacji spada do 7-8 lat. Uczniowie szkół podstawowych przeciętnie szybciej o 2 lata zaczęli korzystać z własnych telefonów komórkowych oraz smartfonów niż obecni gimnazjaliści. W przyszłości należy spodziewać się systematycznego obniżania wieku regularnego korzystania z urządzeń cyfrowych,
- 86,6% uczniów w sposób regularny korzysta z urządzeń mobilnych, zdecydowana większość z nich posiada bezpośredni dostęp do internetu (92%). Połowa badanych uczniów wskazuje, że ze smartfona czy telefonu komórkowego korzysta z taką samą częstotliwością w dni szkolne (od poniedziałku do piątku) co w weekendy. Przynajmniej raz dziennie z telefonu korzysta ponad 85% respondentów, 35% czyni to kilkadziesiąt razy dziennie,
- ponad jedna trzecia badanej młodzieży nie wyobraża sobie codziennego funkcjonowania bez telefonu komórkowego czy smartfona. Jest on ważny w wielu sferach codziennego życia młodych osób: komunikacji z innymi, edukacji, rozrywce,
- badani uczniowie są częstymi użytkownikami portali społecznościowych. Konto na przynajmniej jednym z nich posiada 87,9% badanych, ponad połowa deklaruje posiadanie konta na dwóch portalach. Co piąty uczestnik badań korzysta z Facebooka kilkadziesiąt razy dziennie, przynajmniej raz dziennie swoją aktywność przejawia 66,5% wszystkich uczniów objętych badaniem,
- dzisiejsze pokolenie to pokolenie aplikacji. Używane są one przede wszystkim do komunikacji z innymi, ale również do rozrywki, nauki oraz organizacji czasu wolnego. Niestety, istnieje i taka grupa młodzieży, która nie posiada umiejętności życia i bycia poza światem aplikacji. Nadmierne korzystanie z aplikacji internetowych może prowadzić do nieporadności życiowej, braku kreatywności w rozwiązywaniu codziennych problemów bez użycia internetu. Robienie samemu sobie zdjęć

i umieszczanie ich w sieci stało się dla wielu młodych osób codzienną rutyną. Selfie robione jest kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy dziennie przez około 10% wszystkich przebadanych osób (Dębski, 2017, s. 27-28). Gdyby przyjąć założenie, że występowanie problemów społecznych stanowi o funkcjonowaniu społeczeństwa (Maris, 1968), stawiam tezę, że **jednym z nowych problemów doświadczanych w społeczeństwie cyfrowym jest problem uzależnienia od nowych technologii**. Zjawisko e-uzależnień można zakwalifikować do szerszego kręgu uzależnień behawioralnych dotyczących tych form zaburzeń, które nie są związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, natomiast wynikają z problemowego (patologicznego) wykonywania pewnych czynności (Rowicka, 2015)⁵. Warto również dodać, że problem e-uzależnień na gruncie polskim wciąż nie doczekał się rzetelnego opracowania naukowego, nie licząc pracy poświęconej przygotowaniu polskiej adaptacji testu IAT autorstwa Young (Hawi, Błachnio, Przepiórka, 2015), czy prób podejmowanych osobiście przeze mnie (Dębski, 2017, s. 101-108). Szerokie zainteresowanie problematyką e-uzależnień przez przedstawicieli systemu edukacji (dyrektorów szkół, pedagogów szkolnych, nauczycieli, prezydentów/starostów/burmistrzów odpowiedzialnych za obszar edukacji, uczniów) i systemu ochrony zdrowia (w szczególności zdrowia psychicznego, terapeutów, psychoterapeutów, psychiatrów), realne problemy występujące w szkołach związane z nieodpowiedzialnym używaniem mediów cyfrowych czy negatywne skutki takich zachowań powodują, że **bezpownotnie minął czas rozprawiania o problemie e-uzależnień jedynie z perspektywy teoretycznej**. Rozmowa o definicjach, typologiach, przyczynach, skutkach czy negatywnych konsekwencjach powinna ustąpić miejsca rozważaniom o systemowych metodach wspierania osób zagrożonych e-uzależnieniem, osobach już uzależnionych czy tych, którzy starają się powrócić do prawidłowego funkcjonowania po przebytej chorobie. Tworzenie praktycznych porad, opracowywanie konkretnych rozwiązań i wskazówek możliwych do wdrożenia na poziomie życia szkoły czy gminy, powinno stać się udziałem naukowców, którzy dbają w swojej pracy o praktyczną możliwość implementacji wyników prowadzonych przez siebie badań. Taki właśnie charakter ma przygotowane opracowanie. Niniejsze rozważania określają **najważniejsze etapy modelowego wdrożenia katalogu usług wspierających osoby e-uzależnione bądź zagrożone e-uzależnieniem**

w **polskich gminach lub powiatach** (dalej *Model*). Po raz pierwszy pisałem o nich kilka lat temu podczas przygotowywania *Podręcznika streetworkera bezdomności* (Dębski, 2012, s. 244-269). Dzisiaj widzę, że ówczesne opracowanie można dopasowywać do różnych problemów społecznych, w tym problemu e-uzależnień. Prezentowane treści mogłyby być istotne dla tych osób, instytucji, organizacji czy firm, które myślą, aby w najbliższym czasie realizować pracę z osobami problemowo korzystającymi ze smartfonów, internetu czy portali społecznościowych. Oprócz zaprezentowania i szczegółowego opisanego poszczególnych kroków budowania systemu rozwiązywania problemu e-uzależnień, w tekście opisano również potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na poszczególnych etapach. Przygotowane opracowanie pełni rolę praktycznego drogowskazu pokazującego „krok po kroku”, w jaki sposób na terenie gminy czy powiatu w profesjonalny sposób osadzać konkretne działania prowadzące do systemowego rozwiązywania problemu e-uzależnień. Prezentowany model wdrażania katalogu usług społecznych z jednej strony wymaga uwzględnienia wszystkich opisanych etapów wdrożenia łącznie, z drugiej zaś poszczególne etapy opisanego procesu mogą stanowić odrębne wyzwania, które powinny być podejmowane przez różnorodne podmioty, organizacje, instytucje czy osoby. Mówiąc o usługach, przyjęto, iż punktem odniesienia nie będą usługi społeczne jako takie⁶, ale ich reprezentacja w postaci usług społecznych, realizowanych w ramach systemu edukacji. Ich potencjalny katalog zostanie określony w dalszych krokach prezentowanego modelu. Całość rozważań wpisuje się w podstawowe kierunki polityki oświatowej państwa w roku szkolnym 2017/2018 w punkcie 3. *Bezpieczeństwo w internecie. Odpowiedzialne korzystanie z mediów społecznych*⁷, jak również w najważniejsze wnioski sformułowane przez Najwyższą Izbę Kontroli w ramach realizowanej kontroli w zakresie przeciwdziałania problemowi e-uzależnień⁸.

Etap pierwszy: etap jednostkowych sygnałów

Pierwszym etapem prowadzącym do wdrożenia katalogu usług jest pojawienie się **pierwszych sygnałów** wskazujących na to, iż problem nałogowego korzystania z mediów cyfrowych w istocie jest problemem przybierającym na sile i wyrazistości. Jednostkowe sygnały powinny być na bieżąco gromadzone, monitorowane oraz zarządzane

przez odpowiednie instytucje (np. szkołę, wydział edukacji/oświaty), a pochodzić mogą od samych nauczycieli, szkolnych specjalistów, rodziców czy nawet uczniów. Za wysłanie pierwszych informacji o interesującym nas problemie mogą być również odpowiedzialne lokalne media, które, pomimo tego, że o problemie e-uzależnień piszą najczęściej w kontekście szkolnych interwencji, są bądź mogą być opiniotwórcze dla społeczności lokalnej. Na tym etapie warto wszelkiego rodzaju jednostkowe informacje o potencjalnym problemie e-uzależnienia archiwizować w jednym miejscu (w jednej bazie danych). Potencjalnymi sygnałami świadczącymi o nasilającym się problemie e-uzależnienia w szkole/gminie/powiecie mogą być:

- korzystanie z urządzeń cyfrowych w trakcie trwania zajęć lekcyjnych,
- korzystanie z urządzeń cyfrowych podczas przerw międzylekcyjnych,
- korzystanie z urządzeń i mediów cyfrowych pomimo wyraźnych zasad obowiązujących na terenie szkoły (wzrost liczby uczniów mających trudności w zachowaniu z powodu używania nowych technologii),
- przemęczenie uczniów w szkole spowodowane nałogowym korzystaniem z mediów cyfrowych w domu,
- zwiększenie liczby uczniów mających trudności w przyswajaniu treści przekazywanych przez nauczycieli z powodu nadmiernego rozkojarzenia związanego z nałogowym używaniem mediów cyfrowych (na podstawie formalnie orzeczonych diagnoz wykonanych przez pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych),
- występowanie zachowań związanych z przemocą w sieci (cyberprzemoc),
- wchodzenie w konflikt z uczniami i nauczycielami z powodu używania mediów i urządzeń cyfrowych,
- trudności w nawiązywaniu relacji bezpośrednich, tendencje do izolacji i zamykania się w świecie on-line,
- obniżony nastrój psychiczny,
- somatyczne objawy związane z nadmiernym korzystaniem z nowych technologii,
- otyłość dzieci i młodzieży, niska aktywność sportowa,
- wzrost odsetka osób podejmujących leczenie psycho-terapeutyczne z powodu e-uzależnień.

Etap drugi: etap systemowej diagnozy

Jedną z wad aktualnie funkcjonującego systemu edukacji jest sytuacja, w której niejednokrotnie planowanie pomocy osobom e-uzależnionym bądź zagrożonym e-uzależnie-

niem, odbywa się nie na podstawie rzetelnych diagnoz, lecz przypuszczeń i obiegowych sądów nacechowanych licznymi stereotypami. Stereotypy te mogą być budowane w oparciu o:

- potoczną wiedzę kształtowaną przez media (wszystkie dzieci są uzależnione od mediów cyfrowych),
- własne doświadczenia (moje dziecko, członek mojej rodziny jest uzależniony od mediów cyfrowych),
- brak wystarczającej wiedzy o problemie e-uzależnień (uzależnienie od mediów cyfrowych jest mniej szkodliwe niż uzależnienie od alkoholu),
- niski poziom kompetencji cyfrowych,
- wyraźną nierównowagę między paradygmatem szans i paradygmatem zagrożeń związanych z korzystaniem z nowych technologii (Pyżalski, 2017a, s. 289-291)⁹.

Etap odnoszący się do realizacji diagnozy lokalnej w zakresie zjawiska patologicznego używania internetu, smartfonów czy problemowego korzystania z mediów społecznościowych w sposób bezpośredni związany jest z analizą jednostkowych sygnałów. Można powiedzieć, że realizacja diagnozy badawczej jest niczym innym jak

Diagram 1. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie jednostkowych sygnałów.

Niespójność napływających komunikatów, ich sprzeczność, niejasność, nieprawdziwość.
Brak dobrej organizacji, agregacji jednostkowych komunikatów, brak odpowiednich narzędzi do monitorowania i zarządzania jednostkowymi monitami.
Brak wyłonienia się jednoznacznego lidera instytucjonalnego odpowiedzialnego za zarządzanie jednostkowymi monitami, jednoczesne funkcjonowanie wielu podmiotów/instytucji/organizacji, w których zarządza się jednostkowymi monitami.
Nieumiejętność w określeniu czasu, w którym jednostkowe komunikaty powinny stać się podstawą do realizacji systemowej diagnozy.
Niedoceniecie jednostkowych monitów przez przedstawicieli władzy samorządowej w gminie, władz szkolnych.

przejściem z jednostkowego postrzegania interesującego nas zagadnienia do profesjonalnego oglądu zjawiska, przy zastosowaniu odpowiedniej metodologii prowadzenia badań, zastosowanych technik i narzędzi badawczych. Decyzję o podjęciu prac nad opracowaniem naukowej diagnozy badawczej powinien podjąć przedstawiciel władz lokalnych/szkolnych (prezydent, burmistrz, wójt, dyrektor szkoły), w oparciu o analizę danych pochodzących z jednostkowych sygnałów.

Można powiedzieć, że pierwszym systemowym etapem wdrażania katalogu usług powinna być realizacja badań w zakresie problematyki e-uzależnienia, jej psychospołecznych uwarunkowań, dynamiki oraz wewnętrznej struktury. Innymi słowy, wdrażanie interesującego nas Modelu zaczyna się od postawienia sobie głównego pytania, czy na terenie danej szkoły/gminy/powiatu zjawisko patologicznego i problemowego używania mediów i urządzeń cyfrowych jest na tyle duże, żeby reagować w sposób systemowy. Już na wstępie podmioty, chcąc rozpocząć wdrażanie Modelu, mają do wyboru trzy sposoby przeprowadzenia takiej diagnozy:

- **poprzez powołany zespół lokalnych ekspertów tematycznych:** plusem takiego rozwiązania jest posiadanie przez zespół specjalistycznej wiedzy, z uwzględnieniem specyficznych (lokalnych) uwarunkowań zjawiska. Minusem takiego rozwiązania może być fakt, iż bardzo często lokalni eksperci nie posiadają wystarczającej wiedzy w zakresie planowania, organizacji oraz realizacji badań naukowych,
- **poprzez zlecenie wykonania diagnozy firmie/instytucji zewnętrznej:** diagnozowanie problematyki e-uzależnień przez firmę zewnętrzną odbywa się przy udziale osób profesjonalnie zajmujących się realizacją badań. Minusem tego rozwiązania jest bardzo często minimalna wiedza z zakresu problematyki e-uzależnień, co może prowadzić z jednej strony do stworzenia nieadekwatnych do lokalnych warunków narzędzi badawczych, z drugiej zaś do niewystarczającej interpretacji uzyskanych wyników pochodzących z przeprowadzonych badań,
- **poprzez ścisłą współpracę zespołu lokalnych specjalistów z firmami/instytucjami zajmującymi się realizacją badań społecznych:** to optymalne rozwiązanie, które należy w sposób zdecydowany zarekomendować. Takie postępowanie gwarantuje wykonanie rzetelnej diagnozy w ujęciu lokalnym, zawierającej zarówno elementy wiedzy praktycznej, jak

i teoretycznej. Jako przykład można wskazać współpracę instytutów badawczych, lokalnych uczelni wyższych z poszczególnymi jednostkami samorządu terytorialnego, ośrodkami pomocy społecznej czy organizacjami pozarządowymi.

Ważnym pytaniem, na które należy sobie odpowiedzieć na etapie przygotowania lokalnej diagnozy, jest pytanie o to, jakiego rodzaju metody i techniki badań można zastosować przy jej tworzeniu. Najczęściej stosowanymi metodami, które powinny być oparciem dla przygotowania kompleksowej diagnozy interesującego nas zagadnienia są zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe.

Diagnozą badawczą powinny zostać objęte nie tylko osoby potencjalnie zagrożone e-uzależnieniem bądź już uzależnione, ale również przedstawiciele lokalnego systemu edukacji/oświaty i zdrowia. Warto w tym miejscu wskazać, że część gmin w Polsce posiada już w swoich zasobach wieloaspektowe diagnozy w zakresie problemowego korzystania z mediów oraz urządzeń cyfrowych. W takich przypadkach dopuszcza się możliwość skorzystania przez podmiot chcący wdrażać *Model* z wyników już istniejących badań lokalnych. Warto w tym celu nawiązać ściśle współpracę z lokalną uczelnią wyższą, instytutami badawczymi czy organizacjami pozarządowymi, które w swoich zasobach posiadają często nieznaną opracowania badawcze w zakresie problematyki e-uzależnień. Niezwykle istotnym elementem realizacji lokalnej diagnozy

Diagram 2. Możliwe do zastosowania metody realizacji diagnozy w zakresie badań nad problemem e-uzależnień.

METODY ILOŚCIOWE

- kwestionariusz ankiety
- kwestionariusz wywiadu

METODY JAKOŚCIOWE

- indywidualne wywiady pogłębione
- analiza treści
- analiza materiałów źródłowych (*desk research*)
- wywiad grupowy
- obserwacja uczestnicząca
- analiza przypadku (*case study*)
- eksperyment społeczny

jest określenie, na jakie podstawowe pytania powinna ona odpowiadać. Poniżej przedstawiono przykładowe pytania badawcze, które mogą dostarczyć potrzebnej wiedzy do podjęcia systemowych działań zmierzających do ograniczenia zjawiska e-uzależnienia. Lista pytań nie jest zamknięta, a jedynie wskazuje przykładowe obszary badawcze godne poruszenia.

Wyniki lokalnej diagnozy powinny zostać zaprezentowane decydentom – przedstawicielom władz gminy/powiatu, a na ich podstawie, przy zasięgnięciu opinii kluczowych osób z zakresu problematyki e-uzależnień prezydent/burmistrz/wójt/dyrektor powinien podjąć decyzję o przejściu na dalszy etap wdrażania *Modelu*. Na tym etapie dopuszcza się również możliwość rezygnacji z pomysłu dalszego wdrażania katalogu usług w zakresie problemu e-uzależnienia, po uwzględnieniu wniosków i rekomendacji płynących z realizowanych badań. W takim przypadku wydział edukacji/oświaty bądź inna powołana w tym celu instytucja dalej powinna wykonywać pracę związaną z agregacją, archiwizacją oraz monitorowaniem jednostkowych sygnałów. Dalsze zajmowanie się sygnałami jednostkowymi stwarza czasowe możliwości opracowania zestandaryzowanych narzędzi wykorzystywanych do zbierania informacji o osobach e-uzależnionych bądź zagrożonych tego rodzaju uzależnieniem.

Na zakończenie rozważań o roli diagnozy w procesie włączania usługi w zakresie e-uzależnień do systemu edukacji warto wskazać na to, że:

- metodologia realizacji diagnoz lokalnych powinna nawiązywać i w sposób zasadniczy rozszerzać wiedzę już przez gminę posiadaną,
- diagnozę lokalną należy powtarzać w czasie,
- diagnoza powinna być początkiem bądź kontynuacją działań podejmowanych przez gminę/powiat w procesie tworzenia gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych, powinna z niej wynikać i do niej nawiązywać,
- wyniki diagnozy powinny być wykorzystywane do zmiany istniejących bądź tworzenia nowych dokumentów programowych odnoszących się do wsparcia osób e-uzależnionych bądź zagrożonych e-uzależnieniem (np. Gminny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behavioralnym dla miasta Gdynia, Gdyński Program Przeciwdziałania Cyberprzemocy),
- na podstawie wyników opracowanej diagnozy powinien być przygotowywany szkolny program wychowawczy/profilaktyczny,

Diagram 3. Możliwy zakres tematyczny realizowanej diagnozy.

1. Jaka jest skala zjawiska e-uzależnienia i stosunek do problemu?

- Jaki jest odsetek osób uzależnionych od nowych technologii, korzystających z nich w sposób ryzykowny?
- Czy zjawisko e-uzależnienia na przestrzeni lat zyskuje na znaczeniu, traci swoje znaczenie czy utrzymuje się na niezmiennym poziomie?
- Jakie jest postrzeganie problemu e-uzależnień w grupie badanych w zakresie potencjalnych możliwości uzależnienia się, znajomości osób uzależnionych, znajomości instytucji pomocowych?

2. Jaki jest charakter zjawiska e-uzależnienia?

- Jakie są najważniejsze zmienne społeczno-demograficzne osób e-uzależnionych? (płeć, wiek, długość trwania w bezdomności, stan cywilny, wykształcenie itp.)?
- Od czego dokładnie uzależniona jest badana grupa respondentów? (internet, gry on-line, media społecznościowe, smartfon?)
- Jakie są najważniejsze determinanty e-uzależnień?
- Jakie są najczęstsze konsekwencje e-uzależnień dla zdrowia somatycznego, psychicznego, duchowego, społecznego?
- Jakie są główne przyczyny, dla których osoby uzależniają się od nowych technologii bądź w sposób problemowy z nich korzystają?
- Z jakimi innymi problemami powiązany jest problem e-uzależnień?

3. Jakie są wzory korzystania z mediów oraz urządzeń cyfrowych?

- Do jakich celów najczęściej wykorzystywane są media cyfrowe oraz urządzenia mobilne włączone w sieć internetu?
- Ile czasu dziennie/tygodniowo badana grupa respondentów przeznaczają na korzystanie z mediów cyfrowych oraz urządzeń mobilnych?
- Jakie działania (negatywne oraz pozytywne) podejmowane są w sieci przez osoby biorące udział w badaniu?
- Czy w korzystaniu z mediów cyfrowych zaangażowani są rodzice badanych osób (w przypadku badań wśród dzieci i młodzieży)?
- Czy badane osoby korzystają z mediów cyfrowych i urządzeń mobilnych w oparciu o ustalone zasady? Jeśli tak, jakiego rodzaju są to zasady?

4. Jak kształtuje się system wsparcia osób e-uzależnionych z uwzględnieniem trzech jego filarów: prewencji, interwencji, integracji?

- Czy w gminie/powiecie występuje system wsparcia osób e-uzależnionych bądź jego elementy?
- Jakie elementy profilaktyki, interwencji oraz integracji można wyróżnić w obecnie funkcjonującym systemie wsparcia osób e-uzależnionych?
- Jakie są najważniejsze niedobory w zakresie trzech filarów systemu pomocy osobom problemowo używającym nowych technologii?
- Na jakim poziomie kształtuje się współpraca międzyinstytucjonalna w zakresie rozwiązywania problemu e-uzależnień?

- wyniki prowadzonych badań i diagnoz powinny przekładać się na opracowywanie praktycznych rekomendacji, prowadzących do realnej zmiany w zakresie

skali i charakteru zjawiska e-uzależnienia (opracowywanie zajęć profilaktycznych, oddolnych inicjatyw skierowanych do wszystkich uczniów, mieszkańców),

- realizowana diagnoza powinna nawiązywać również do innych problemów społecznych występujących na terenie gminy,
- wyniki diagnoz lokalnych powinny być szeroko upowszechnione i łatwo dostępne dla wszystkich zainteresowanych podmiotów, jak również samych osób e-uzależnionych czy ich bliskich.

Etap trzeci: etap programowania katalogu usług

Etap programowania to cykl działań podejmowanych na poziomie decyzyjnym. Odnosi się on bezpośrednio do wyników zrealizowanej diagnozy, której głównym celem było dostarczanie gminie informacji o tym, czy skala zjawiska e-uzależnienia jest dla niej istotna i wymaga zastosowania systemowego podejścia określonego w *Modelu*. Na tym etapie istotne jest założenie, że każda usługa społeczna, aby mogła być realizowana w sposób konsekwentny i płynny, musi przejść przez fazę programowania. Etap programowania to nic innego, jak uznanie przez władze lokalne, iż problem e-uzależnienia jest

Diagram 4. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie systemowej diagnozy.

Brak środków na realizację profesjonalnej diagnozy i w konsekwencji wybranie realizacji diagnozy tematycznie zawężonej.
Nieemożność uzyskania kompromisu w ramach zespołu przygotowującego metodologię realizacji diagnozy lokalnej.
Realizacja diagnozy nieadekwatnej, zawierającej zbędne elementy (brak trafności merytorycznej).
Problem z jasną interpretacją wyników diagnozy i ich nieumiejętne spożytkowanie.
Niezauważenie potrzeby wprowadzenia usług w ramach Modelu w oparciu o uzyskane wyniki diagnozy przez potencjalnych interesariuszy.
Niedocenie realizacji diagnozy przez przedstawicieli władzy samorządowej w gminie.

poważnym problemem społecznym, biorąc pod uwagę zarówno jego przyczyny, jak i skutki. W ujęciu idealnym etap programowania usługi zaczyna się wówczas, kiedy przedstawiciel władzy lokalnej (prezydent, burmistrz, wójt), w oparciu o najważniejsze dane i wnioski pochodzące z lokalnej diagnozy, organizuje spotkanie dla wszystkich potencjalnych interesariuszy, którzy mogą się przyczynić do rozwiązywania kwestii problemowego korzystania z nowych technologii. Głównymi celami takiego spotkania są:

- formalne uznanie rangi problemu e-uzależnień,
- dogłębna interpretacja wyników uzyskanych w lokalnej diagnozie w szerszym gronie specjalistów,
- określenie potencjalnych zasobów instytucjonalnych oraz braków w tym zakresie,
- delegacja zadań, kompetencji i ustalenie strategii postępowania przy wdrożeniu katalogu usług skierowanych do osób borykających się z problemem e-uzależnienia,
- przyjęcie zarządzenia dotyczącego powołania zespołu eksperckiego, którego celem będzie całościowe zaprojektowanie katalogu usług skierowanych do osób e-uzależnionych bądź zagrożonych e-uzależnieniem,
- wskazanie instytucji, która będzie liderem procesu projektowania katalogu usług.

Rekomendacją w tym ostatnim zakresie jest przekonanie, że rolę lidera powinien pełnić wydział edukacji/oświaty, ponieważ:

- posiada on największy dostęp do różnorodnych zasobów gminy,
- jest reprezentantem gminy odpowiedzialnym za kształtowanie polityki miasta w zakresie edukacji,
- posiada większy dostęp do środków finansowych, do uprawnień i do kadry,
- zapewnia odpowiednie warunki projektowania usługi, takie jak np. przepływ informacji, zabezpieczenie odpowiedniej partycypacji grup zaangażowanych w problem,
- właściwie osadza projektową usługę w kontekście prawnym,
- animuje proces nagłośnienia, upowszechnienia wdrażanego katalogu usług,
- formalnie zatwierdza projekt usługi,
- posiada możliwość zabezpieczenia warunków do dobrego włączenia przyszłego realizatora usługi do istniejącej sieci powiązań funkcjonalnych (określenie zakresu funkcji poszczególnych podmiotów aktywnych we wdrażaniu usługi bądź realizowaniu usługi/zadań o podobnym charakterze przez inne instytucje),

instytucjonalnych (umowy z innymi instytucjami) oraz osobowych (zainicjowanie i animowanie relacji interpersonalnych osób reprezentujących podmioty zaangażowane w proces wdrażania i realizacji usługi). Organizacja spotkania wszystkich potencjalnych interesariuszy odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemu e-uzależnienia przez reprezentanta władzy w gminie/powiecie jest zapewne sytuacją idealną, niosącą za sobą wiele wartości. Warto w tym miejscu wskazać na kilka z nich:

- partycypacja wielu podmiotów,
- zabezpieczenie przejrzystości i transparentności całego procesu,
- zwiększenie identyfikacji i tożsamości interesariuszy z wypracowanym projektem usługi,
- podejście interdyscyplinarne, obejmujące szeroki kontekst usługi, uznające projektowaną usługę jako część lokalnego systemu edukacji.

Bibliografia do artykułu znajduje się w redakcji.

Diagram 5. Potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić na etapie programowania usługi.

Brak wyraźnego i jednoznacznego uznania problemu e-uzależnienia jako zasadniczego problemu gminy przez przedstawicieli władzy lokalnej.
Niechęć podmiotów/organizacji/instytucji/firm do podjęcia działań zmierzających do rozwiązania problemu – problem z zawiązaniem zespołu interesariuszy.
Słabość i nieprzygotowanie wydziału edukacji/oświaty do pełnienia roli instytucji liderującej i koordynującej działania w zakresie wprowadzenia katalogu usług skierowanych do osób e-uzależnionych bądź zagrożonych e-uzależnieniem.
Opóźnianie przez władze samorządowe decyzji o powołaniu zespołu eksperckiego, którego celem będzie projektowanie katalogu usług.
Niechęć władz samorządu lokalnego do dalszego wdrażania katalogu usług w gminie/powiecie.

Przypisy

- ¹ Przechodzenie z modelu tzw. religijności kościelnej, instytucjonalnej w stronę religijności prywatnej.
- ² Postrzeganie moralności i wyznawanych wartości nie jako bezpośredniej konsekwencji wiary i religijności, lecz jako wyabstrahowanej dziedziny życia człowieka, osłabienie pozycji takich wartości, jak demokracja, trwałość instytucji małżeństwa, zaufanie społeczne, społeczny altruizm.
- ³ Redefinicja wachlarza pożądanych zawodów.
- ⁴ Zwiększenie udziału zapośredniczonych sposobów komunikacji z wykorzystaniem takich aplikacji jak Skype, Viber, Messenger, WhatsApp.
- ⁵ Z powodu braku uwzględnienia uzależnienia od nowych mediów w klasyfikacjach ICD 10 i DSM-V naukowcy i osoby pracujące z osobami uzależnionymi na co dzień korzystają z kryteriów uzależnień substancjalnych lub patologicznego hazardu (Woronowicz, 2001). Niewyodrębnienie w międzynarodowych klasyfikacjach chorób psychicznych takich problemów, jak uzależnienie od internetu, telefonu komórkowego, gier, portali społecznościowych, zapewne związane jest z trudnością w ustaleniu jasnych norm, kiedy stajemy się uzależnieni od korzystania z cyfrowych dobrodziejstw, a kiedy nie. Kiedykolwiek w tekście używam słowa e-uzależnienie mam na myśli patologiczne, problemowe korzystanie przede wszystkim z internetu (w tym w sposób szczególnie z różnego rodzaju portali społecznościowych), jak również z mobilnych urządzeń cyfrowych (w szczególności ze smartfonów i tabletów). Mam pełną świadomość, że słowo *uzależnienie* jest zarezerwowane dla jednostki chorobowej oznaczonej konkretnym numerem specyfikacyjnym, jednakże wciąż uważam je za najbardziej trafne i dokładnie opisujące nieodpowiedzialne korzystanie z „cyfrowych dobrodziejstw”.
- ⁶ Usługi społeczne różnią się od pozostałych tym, że mają nierynkowy charakter. To forma świadczeń (społecznych) nie obejmująca swoim zakresem świadczeń w formie pieniężnej. Usługi społeczne są czynnościami podejmowanymi w celu bezpośredniego zaspokojenia ludzkich potrzeb i nie polegają na wytwarzaniu dóbr materialnych, służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostek i rodzin, choć ich jakość i dostępność mają wpływ na funkcjonowanie szerszych zbiorowości i grup społecznych, mogą być finansowane, organizowane i dostarczane zarówno przez instytucje publiczne, jak i niepubliczne (prywatne), uzyskiwane są bezekwiwalentnie, częściowo odpłatnie lub w pełni odpłatnie (Szatur-Jaworska, 2011). W szerszym znaczeniu usługi społeczne obejmują wszystkie działania i administracje, które zajmują się społecznymi potrzebami obywateli, czyli transfery pieniężne, usługi opieki zdrowotnej, edukacja, osobiste usługi społeczne, usługi opiekuńcze, usługi mieszkaniowe, usługi zatrudnieniowe i wyspecjalizowane usługi dla różnych grup docelowych (dzieci, nadużywający substancji psychoaktywnych, ludzie z problemami psychospołecznymi itp).
- ⁷ https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2017/07/skmbt_c36417070709510.pdf
- ⁸ Więcej na <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12563,vp,14960.pdf>
- ⁹ Autor w swoim opracowaniu wskazuje na to, iż korzystanie z nowych technologii najczęściej w badaniach polskich patrzy się przez pryzmat negatywnych konsekwencji, nie równoważąc takiego spojrzenia przykładami odpowiedzialnego i konstruktywnego wykorzystywania np. internetu. Tymczasem deliberowanie jednocześnie o cyfrowych szansach i cyfrowych zagrożeniach ma swoje metodologiczne uzasadnienie: tak postępując, nie wzbudzamy kumulatywnego efektu medialnego nagłośnienia niszczywych wydarzeń (sprawia on, że opisując dane zjawisko, uwypuklając tylko jego negatywne atrybuty, zaczynają one być naśladowane), nie przenosimy myślenia o zachowaniach ryzykownych czy problemowych młodych ludzi na myślenie o młodych ludziach jako problemie, z którym należy sobie poradzić, nie odwracamy uwagi od pełnego zakresu funkcjonowania polskiej młodzieży w polskiej szkole.

W maju 2017 roku zainicjowany został projekt szkoleniowy „Wsparcie gruzińskiej profilaktyki uzależnień na poziomie lokalnym”. Jest on realizowany przez Fundację Praesterno na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i jest współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia. Gruziskim partnerem projektu jest Centrum Zdrowia Psychicznego i Profilaktyki Uzależnień w Tbilisi.

WSPARCIE GRUZJI W PROWADZENIU PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ – PROJEKT SZKOLENIOWY

Tomasz Kowalewicz
Fundacja Praesterno

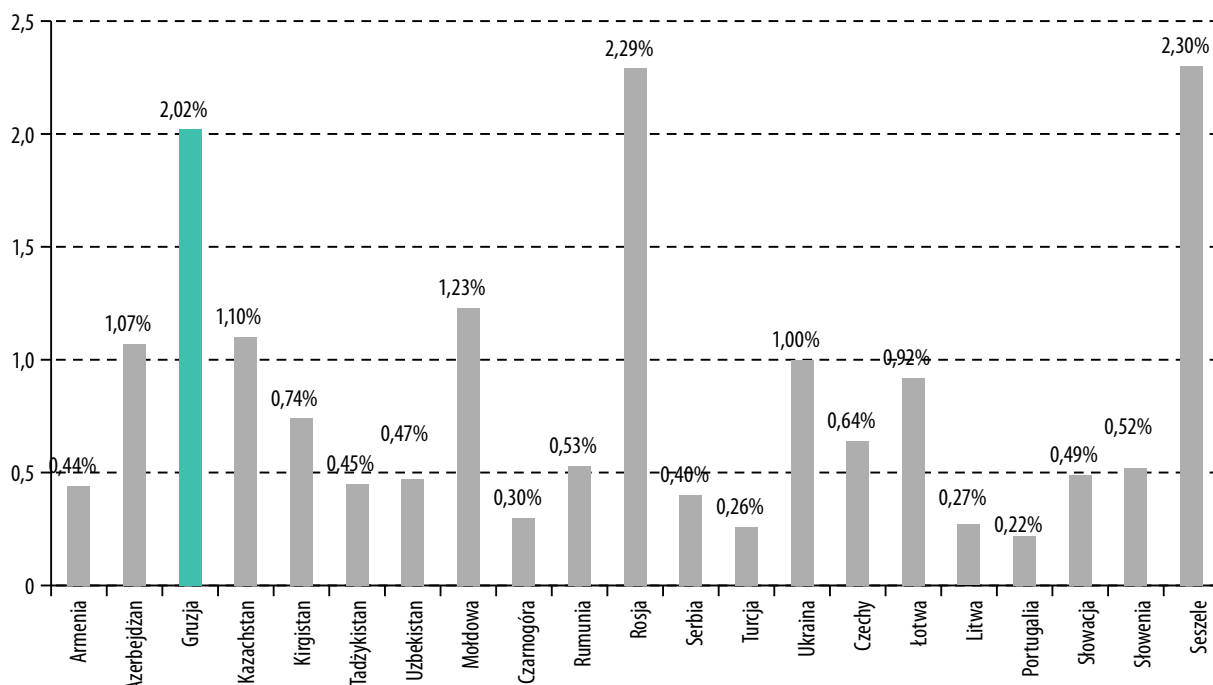
Celem projektu jest zwiększenie kompetencji zawodowych 40 osób – specjalistów uzależnień i gruzińskich pracowników samorządu lokalnego – w zakresie planowania, konstruowania i realizowania lokalnych programów profilaktycznych. Jednym z efektów projektu będzie udostępnienie w internecie (w formie pliku gotowego do wydruku) handbooka w języku gruzińskim i rosyjskim, opracowanego na podstawie doświadczeń wyniesionych z programu w formie rekomendacji ułatwiających projektowanie i rozwijanie programów profilaktycznych dostosowanych do specyficznych uwarunkowań regionalnych beneficjentów projektu.

Problemy narkotykowe w Gruzji

Najpoważniejszym problemem w Gruzji są iniekcijni użytkownicy narkotyków. Ich liczbę szacuje się na blisko 50 tys. (w 2014 roku). Ta grupa stanowi 2,02% populacji w wieku 18-64 lata i 1,33% populacji generalnej (liczącej 3,7 mln), co sytuuje Gruzję na trzecim miejscu na świecie pod względem odsetka użytkowników narkotyków wysokiego ryzyka (wykres 1).

Najczęściej przyjmowanymi iniekcyjnie preparatami w Gruzji są leki opioidowe subutex i suboxon oraz heroina. Ze względu na surowe prawo iniekcijni użytkownicy narkotyków stanowią populację głęboko ukrytą. Nie spotyka

Wykres 1. Częstość zażywania narkotyków wysokiego ryzyka (ang. *high risk drug use*).



Źródło: World Drug Report, UNODC, 2016.

się „narkomanów ulicznych”, nie ma miejsc gromadzenia się użytkowników narkotyków. Tworzą oni małe zorganizowane grupy, najczęściej w swoich dzielnicach. Do wstrzykiwania narkotyku najczęściej dochodzi w mieszkaniu. Większość iniekcyjnych użytkowników narkotyków nigdy nie korzystała z żadnej formy leczenia. Tylko 6% poddawało się jakiegokolwiek terapii. Najczęstszą formą leczenia jest terapia substytucyjna.

Na pierwszym miejscu na liście narkotyków przyjmowanych nieiniekcyjnie znajduje się marihuana. Trzeba także zaznaczyć, że w Gruzji wzrasta używanie stymulantów amfetaminopodobnych produkowanych chałupniczo (*self-made*), m.in. z Ephedry zawierającej alkaloid efedrynę, oraz nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Nadużywane są również farmaceutyki.

W 2015 roku przeprowadzono diagnozę doświadczeń młodzieży ze środkami psychoaktywnymi wg metodologii ESPAD. Badaniom poddano 2477 uczniów urodzonych w 1999 roku (a więc w wieku 16 lat). Wyniki uzyskane od gruzińskich nastolatków porównano ze średnią europejską badań ESPAD. Przeprowadzona analiza wykazała (wykres 2):

- niższy odsetek palących papierosy (w ciągu 30 dni) gruzińskich nastolatków w porównaniu ze średnią europejską,
- niższy odsetek pijących alkohol (w ciągu 30 dni),
- wyższy odsetek upijających się (w ciągu 30 dni),

- niższy odsetek posiadających doświadczenia z cannabis (kiedykolwiek w życiu),
- wyższy odsetek posiadających doświadczenia z innymi nielegalnymi środkami (kiedykolwiek w życiu),
- wyższy odsetek posiadających doświadczenia z środkami uspokajającymi (kiedykolwiek w życiu),
- wyższy odsetek posiadających doświadczenia z środkami wziewnymi (kiedykolwiek w życiu),
- wyższy odsetek posiadających doświadczenia z NSP (kiedykolwiek w życiu).

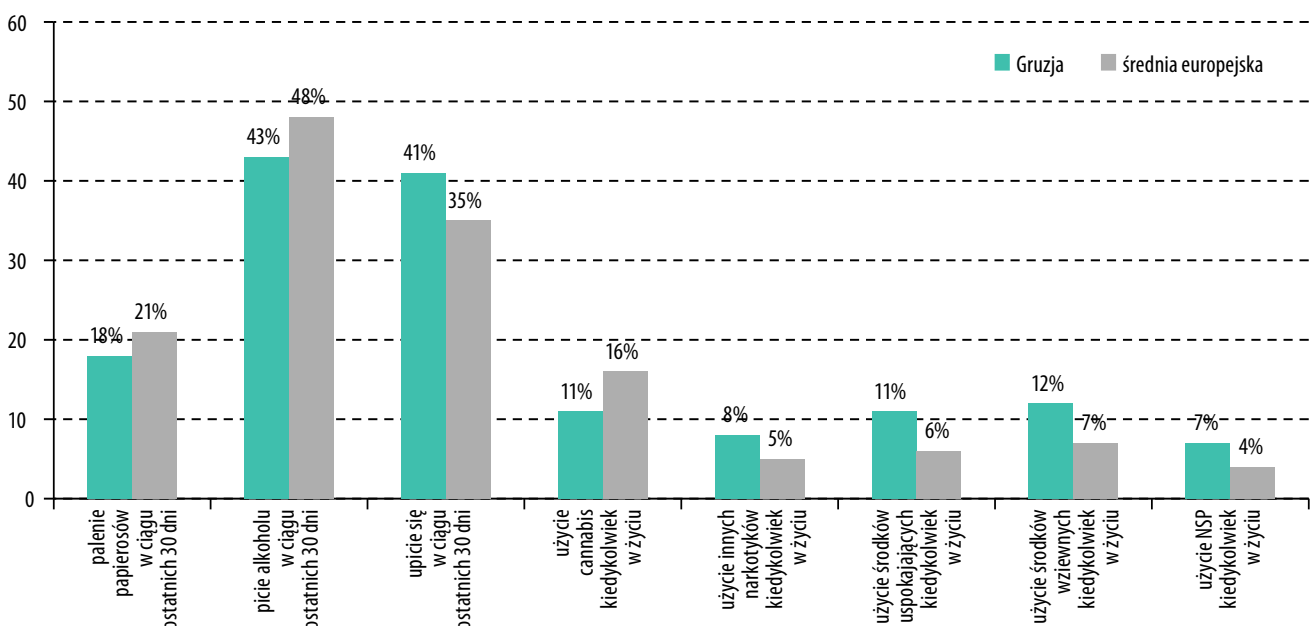
Skoncentrowanie się na wynikach gruzińskich badań pokazuje, że alkohol częściej piją chłopcy (53% w ciągu ostatnich 30 dni) niż dziewczęta (33%). Oni też częściej mają za sobą doświadczenia z narkotykami (wykres 3). Jedynym wyjątkiem są środki wziewne – w tym zakresie dziewczęta wyprzedzają chłopców.

Ramy prawne problematyki narkomanii

Dominującym sposobem radzenia sobie z iniekcyjnymi użytkownikami narkotyków w Gruzji jest ich karanie (spśród 50 tys. użytkowników 12 tys. zostało ukaranych, a tylko 5 tys. poddano leczeniu).

Używanie narkotyków jest przestępstwem zarówno administracyjnym, jak i karnym. Prawnie dozwolone jest przymusowe testowanie osób na obecność narkotyków

Wykres 2. Badania ESPAD: Gruzja a średnia europejska.



Źródło: National Centre for Disease Control and Public Health (NCDC), 2015 oraz ESPAD Report 2015, EMCDDA.

w organizmie. Wynik pozytywny jest podstawą wymierzenia kary pieniężnej lub kary pozbawienia wolności.

Pierwszorazowe spożycie narkotyków bez recepty lekarskiej lub posiadanie niewielkiej ilości narkotyków bez zamiaru sprzedaży karane jest grzywną w wysokości 500 lari (750 zł) lub, w wyjątkowych przypadkach, zatrzymaniem do 15 dni (na podstawie Kodeksu postępowania administracyjnego). Ten sam czyn popełniony ponownie w ciągu tego samego roku skutkuje odpowiedzialnością karną (art. 273 Kodeksu karnego).

Ustawa o zwalczaniu przestępczości związanej z narkotykami została przyjęta w 2007 roku. Umożliwia ona pozbawienie osób używających narkotyków części praw na okres 3 lat na podstawie orzeczenia sądu (m.in. prawa do kierowania pojazdem, prawa do wykonywania zawodów medycznych i związanych z prawem, prawa do pracy w organach państwowych i samorządowych).

Zagrożenia w zakresie rehabilitacji

Nie ma w Gruzji ośrodków stacjonarnych dla osób uzależnionych. Leczenie ogranicza się praktycznie do ambulatoryjnych placówek prowadzących terapię substytucyjną oraz dzienne programy terapii zajęciowej. Brak jest programów readaptacji zawodowej.

Punitywne prawodawstwo zmniejsza wczesne wykrywanie problemu i opiekę nad osobami z problemami z narkotykami. Nieprzyjazne są postawy w społeczeństwie prowadzące do stygmatyzacji użytkowników narkotyków i utrudniające rozwój koniecznych usług dla osób z problemem narkotykowym.

Pozytywne elementy działań antynarkotykowych

W Ministerstwie Sprawiedliwości Gruzji funkcjonuje Rada ds. Międzyresortowej Koordynacji Zwalczania Narkotyków. Na 2016 rok została opracowana Narodowa Strategia Narkotykowa oraz Plan działania.

Zwiększone zostały fundusze państwowe na politykę antynarkotykową do 7 mln lari w 2017 roku. Stanowi to ponad 2,5-krotny wzrost w okresie od 2011 roku. Od połowy 2017 roku wprowadzono w pełni bezpłatne leczenie w ramach terapii substytucyjnej (wcześniej pacjenci częściowo finansowali terapię).

Trwają prace w parlamencie przygotowujące nową, bardziej liberalną politykę w dziedzinie narkotyków.

Aktywność obywatelska

Pozytywnym zjawiskiem jest wzrost aktywności obywatelskiej w zakresie rozwiązywania problemu narkotykowego. W ciągu ostatnich 3 lat intensywnie zaczęła działać m.in. Gruzińska Sieć Osób Używających Narkotyków (GeNPUD).

Spontaniczne protesty społeczne doprowadziły do podjęcia przez Trybunał Konstytucyjny decyzji podważającej konstytucyjność karania więzieniem za nabycie lub posiadanie do 70 g marihuany do użytku osobistego. W konsekwencji aktualnie panuje niestabilność prawna: przepisy dotyczące posiadania zostały złagodzone, jednak nadal używanie marihuany stanowi przestępstwo.

W kwietniu 2016 roku została powołana Gruzińska Narodowa Platforma Polityki Narkotykowej. Stanowi ją sieć 40 organizacji pozarządowych i nieformalnych grup społecznych. Platforma ma na celu zaangażowanie organizacji społeczeństwa obywatelskiego, organizacji społecznych i ekspertów w opracowywanie zrównoważonej krajowej polityki antynarkotykowej oraz popieranie skutecznej i humanitarnej polityki w zakresie narkotyków. Opracowywany jest pakiet projektów poprawek legislacyjnych.

Profilaktyka narkotykowa

Profilaktyka jest najmniej rozwiniętym obszarem w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień w Gruzji. Liczba dobrze wyszkolonych specjalistów, którzy mogliby prowadzić działania dotyczące profilaktyki selektywnej i wskazującej, jest ograniczona.

Nie są w Gruzji prowadzone programy profilaktyczne oparte na wiedzy i o sprawdzonej skuteczności. Podejmowane działania nie spełniają standardów międzynarodowych i są głównie ograniczone do fragmentarycznych kampanii i wykładów publicznych lub szkolnych. Nie prowadzi się badań mających na celu ocenę wdrażanych interwencji, co uniemożliwia wyciągnięcie wniosków dotyczących ich wpływu i skuteczności.

Nie ma wystarczającej wiedzy i pewności, aby wdrożyć interwencje lecznicze i poradnictwo internetowe. Brak jest dostatecznych zasobów technicznych do prowadzenia działań antynarkotykowych opartych na internecie (nie ma programów komputerowych, procedur działania itd.).

Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Edukacji i Nauki dzieci szkolne uzyskują informacje profilaktyczne w ramach róż-

nych modułów dydaktycznych, takich jak biologia, edukacja obywatelska itd. Szkoły dysponują podręcznikiem „Kultura prawna”, gdzie jeden z rozdziałów jest poświęcony „złym nawykom i odpowiadającym im niebezpiecznym skutkom” i uwzględnia problematykę narkotykową. Na lekcjach biologii jest wykorzystywany specjalistyczny podręcznik dla nauczycieli dotyczący HIV/AIDS i zagrożeń związanych z narkotykami, tytoniem i alkoholem. Podręcznik jest przeznaczony do pracy z młodzieżą w wieku 15-18 lat. W latach 2014–2015 w ramach programu Ministerstwa Edukacji i Nauki „Wdrażanie i monitorowanie krajowego planu edukacyjnego” opracowano dla nauczycieli przewodnik „Zdrowy styl życia”, który porusza m.in. tematykę uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Przewodnik jest dostępny dla wszystkich zainteresowanych na portalu internetowym.

W ramach Narodowego Planu Działania w zakresie Strategii Antynarkotykowej Krajowe Centrum Rozwoju Zawodowego Nauczycieli prowadzi szkolenia dla nauczycieli szkół podstawowych na temat skutecznej komunikacji i współpracy wśród dzieci szkół podstawowych. W 2015 roku został zatwierdzony program dla rodziców, w ramach którego planuje się stworzenie elektronicznego przewodnika informującego rodziców o rozwoju dziecka i zdrowego stylu życia.

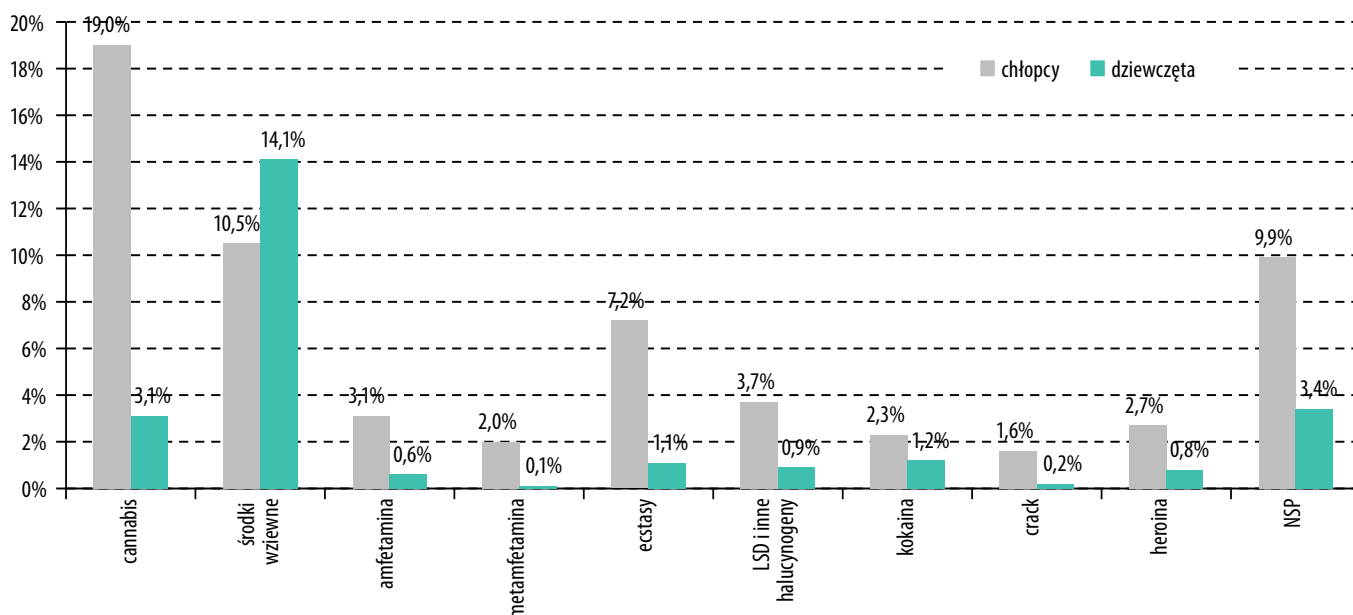
Program „Funkcjonowanie centrum medycznego w szkołach publicznych” ma na celu – oprócz świadczenia opieki zdrowotnej dzieciom i pracownikom szkół – promowanie

zdrowego stylu życia oraz informowanie nauczycieli i dzieci o kwestiach związanych z opieką zdrowotną i profilaktyką. Od marca 2017 roku Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz Uniwersytet Sportu wdrażają pilotażowy projekt „Aktywny sport dla każdej szkoły”, nastawiony na wprowadzenie zdrowego i bezpiecznego stylu życia poprzez poprawę kształcenia fizycznego i treningu sportowego (nauczyciele 20 szkół w Tbilisi i regionach zostaną przeszkoleni, a następnie program zostanie wprowadzony we wszystkich szkołach). Z kolei Ministerstwo Sportu i Spraw Młodzieży realizuje od 2016 roku działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia (ćwiczenia fizyczne, wyprawy, warsztaty dotyczące edukacji obywatelskiej).

Centrum Opieki nad Dziećmi i Centrum Pomocy Psychologicznej prowadzą działania skierowane do uczniów z różnymi problemami behawioralnymi, w tym nastolatków mających problemy z substancjami psychoaktywnymi. Najpopularniejszymi formami profilaktyki uniwersalnej w Gruzji jest udostępnianie ulotek informacyjnych oraz organizowanie akcji medialnych (np. w związku z Międzynarodowym Dniem przeciwko Uzależnieniu od Narkotyków).

W ramach profilaktyki selektywnej i wskazującej Centrum Prewencji Kryminalnej i Ministerstwo Sprawiedliwości prowadzą pracę z grupami zagrożonymi przestępczością, z młodocianymi pozostającymi pod nadzorem sądowym i skazanymi. Jednak te interwencje nie dotyczyły w 2015 roku substancji psychoaktywnych.

Wykres 3. Doświadczenia gruzińskiej młodzieży z narkotykami – porównanie chłopców i dziewcząt.



Źródło: National Centre for Disease Control and Public Health (NCDC), 2015.

Obszary potencjalnej współpracy

W trakcie seminarium programowego inicjującego prowadzony przez Fundację Praesterno projekt „Wsparcie gruzińskiej profilaktyki uzależnień na poziomie lokalnym”, które odbyło się w czerwcu 2017 roku w Tbilisi, uczestniczący w nim gruzińscy eksperci sformułowali najważniejsze potrzeby dotyczące współpracy w ramach projektu:

- przekazanie wiedzy przez polskich ekspertów umożliwiającej zwiększenie aktywności w zakresie profilaktyki, świadomości i profesjonalizmu pracowników,
- pomoc we wdrażaniu i rozwijaniu programów profilaktycznych,
- pomoc we wdrażaniu doradztwa i wykorzystania internetu do pomagania,
- opracowanie rekomendacji profilaktycznych i odpowiednich materiałów (w wersji papierowej i internetowej),
- pomoc w podjęciu aktywności mających na celu zwiększenie zainteresowania ze strony gmin i sektora prywatnego działaniami w obszarze profilaktyki.

Seminarium umożliwiło uszczegółowienie programu. Zaplanowane zostały trzy trzydniowe sesje szkoleniowe w Tbilisi oraz dwie wizyty studyjne w Warszawie (każda z udziałem połowy gruzińskich uczestników projektu).

Schemat 1. Struktura i harmonogram programu szkoleniowego.

Seminarium programowe
• Tbilisi; 5-7 czerwca 2017 r.
• 4 ekspertów polskich, 6 ekspertów gruzińskich
Sesja szkoleniowa nr 1
• Tbilisi; 4-6 września 2017 r.
• 40 uczestników + 5 ekspertów polskich, 2 ekspertów gruzińskich
Sesja szkoleniowa nr 2
• Tbilisi; 9-11 października 2017 r.
• 40 uczestników + 6 ekspertów polskich
Wizyta studyjna nr 1
• Warszawa; 21-24 października 2017 r.
• 20 uczestników z Gruzji
Wizyta studyjna nr 2
• Warszawa; 7-10 listopada 2017 r.
• 20 uczestników z Gruzji (inne osoby niż uczestnicy wizyty studyjnej nr 1)
Sesja szkoleniowa nr 3
• Tbilisi; 4-6 grudnia 2017 r.
• 40 uczestników + 6 ekspertów polskich

Tematyka

Sesja szkoleniowa nr 1

1. Różnorodność rozwiązań w polityce narkotykowej: Polska – Europa – świat.
2. Identyfikacja zagrożeń problemami społecznymi na poziomie lokalnym – polskie doświadczenia:
 - transformacja ustrojowa a obraz problemów społecznych,
 - substancje psychoaktywne a inne problemy społeczne,
 - zagrożenia związane z używaniem różnych substancji psychoaktywnych – aktualny stan wiedzy na temat substancji psychoaktywnych i problemu narkomanii w Polsce.
3. Wprowadzenie do zagadnień profilaktyki: uniwersalnej, selektywnej, wskazującej i środowiskowej.
4. Zagadnienia prawne istotne w pracy w obszarze profilaktyki uzależnień.

Sesja szkoleniowa nr 2

1. Profilaktyka oparta na wiedzy. Koncepcje powstawania niepożądanych zachowań.
2. Zdefiniowanie zagadnienia społeczności lokalnej i możliwych do realizacji działań profilaktycznych (w formie lokalnych strategii profilaktycznych) skierowanych do danej grupy):
 - cechy dobrej strategii w kontekście parametrów społeczności lokalnej,
 - proces budowania strategii,
 - realizacja i monitorowanie lokalnej strategii,
 - ewaluacji lokalnych strategii profilaktycznych.
3. Wprowadzenie pojęcia standardu jakości do programów profilaktycznych.
4. Europejskie standardy jakości programu profilaktycznego.

Sesja szkoleniowa nr 3

1. Przedstawienie metod pracy profilaktycznej opartej na naukowych podstawach.
2. System rekomendacji programów profilaktycznych w Polsce.
3. Etyka w profilaktyce i terapii uzależnień.

4. Społeczność terapeutyczna jako metoda pracy psychokorekcyjnej.
5. Analiza wybranych programów profilaktycznych (*case studies*).
6. Ewaluacja wybranych programów profilaktycznych – metodologia badań ewaluacyjnych, rezultaty.
7. Profilaktyka w szkole.

Wizyty studyjne

1. Warsztat: Dialog motywujący (uczestnicy obu wizyt studyjnych).
2. Uczestnictwo w międzynarodowej konferencji „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym: monitorowanie, profilaktyka oraz redukcja szkód” organizowanej przez Res Humanae oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (uczestnicy wizyty studyjnej nr 1).
3. Uczestnictwo w międzynarodowej konferencji organizowanej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (uczestnicy wizyty studyjnej nr 2).

Do końca września odbyło się seminarium programowe oraz pierwsza sesja szkoleniowa w Tbilisi, w której uczestniczyło 40 osób – 20 specjalistów uzależnień oraz 20 pracowników samorządu lokalnego. W programie uczestniczą osoby z Tbilisi, Gori, Kobuleti, Kutaisi, Batumi, Gory, Akhmeta, Lagodekhi, Imereti, Teriola, Tchiatura, Ozurgeti, Martvili, Poti, Mestia, Khobi, Lentekhi, Borjomi.

W podsumowaniu pierwszego spotkania powszechnie wyrażano opinię, że program jest interesujący i dotyczy tych zagadnień, które są ważne z punktu widzenia przygotowania się do działań profilaktycznych.

Źródła:

- Khatuna T., „Treatment and Rehabilitation of Addiction in Georgia, Existing Programs, Perspectives, Challenges”, prezentacja z seminarium programowego, Tbilisi 2017.
- Sophiko M., „Prevention of Drug Addiction. Condition in Georgia”, prezentacja z seminarium programowego, Tbilisi 2017.
- Tamar S., „Georgian Drug Policy”, prezentacja z seminarium programowego, Tbilisi 2017.

Jednym z tematów poruszanych na czerwcowym posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień była kondycja leczenia uzależnień w obszarze superwizji. To zagadnienie jest tematem artykułu.

SUPERWIZJA – ROLA, STAN OBECNY, OCZEKIWANIA ŚRODOWISKA

Agnieszka Litwa-Janowska

Psycholog, superwizor i specjalista psychoterapii uzależnień

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień

W perspektywie nadchodzących zmian w służbie zdrowia, które są częścią większych przeobrażeń dokonujących się w różnych obszarach życia w Polsce, w środowisku terapeutów uzależnień narasta niepewność dotycząca utrzymania dotychczasowych rozwiązań wypracowanych w leczeniu uzależnień. Realność naszego funkcjonowania odbywa się w kontekście ścierania się interesów różnych zawodów medycznych, niejasności struktur, w których przyjdzie nam leczyć naszych pacjentów, towarzyszy nam lęk o stabilne i wystarczające finansowanie, kontrakty i miejsca pracy. W tych warunkach praca z pacjentem ma znacznie

trudniejsze podłoże. Proces zmian jest nieodłączną częścią naszego życia, jednak przedłużająca się niepewność to czynnik poważnie destabilizujący pracę psychoterapeutyczną. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy dotyczy ona osób uzależnionych i ich rodzin, u których intrapsychiczna konstrukcja jest często niestabilna i krucha, a przywracanie równowagi i powrót do zdrowia wymaga czasu i stałych, przewidywalnych ram terapii.

Jako przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień wraz z innymi osobami ze środowiska dbam m.in. o dobro naszych pacjentów, opiniuję rozwiązania

planowane do wdrożenia w systemie lecznictwa, strzegąc odpowiednich i godnych warunków pracy zespołów i terapeutów. Okazją do dzielenia się zdobytym przeze mnie doświadczeniem są prace Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień, gdzie na zaproszenie posłów tworzących ten Zespół, Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień zasiada do stołu wraz z przedstawicielami organizacji pozarządowych, ruchów samopomocowych i ekspertów, aby rozmawiać z reprezentantami Ministerstwa Zdrowia, agencji rządowych – Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i zabiegać o możliwie najlepsze dla naszych pacjentów i zespołów warunki zmiany.

Jednym z tematów poruszanych na czerwcowym posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień było podsumowanie kondycji lecznictwa uzależnień w obszarze superwizji. Właśnie to zagadnienie będzie tematem mojego artykułu. Nie jest jednak możliwe oddanie pełnego obrazu sytuacji, ponieważ lecznictwo uzależnień tworzą dwie równoległe struktury organizacyjne, na czele których stoi PARPA i Krajowe Biuro. Nieraz poruszaliśmy temat niesymetryczności rozwiązań organizacyjno-prawnych obu systemów. Dotyczy ona choćby tytułu uzyskiwanego w drodze certyfikacji: Krajowe Biuro przyznaje tytuł „specjalisty terapii uzależnień”, PARPA zaś „specjalisty psychoterapii uzależnień”. Różnice dotyczą także wykształcenia osób, które mogą podjąć szkolenie przygotowujące do uzyskania certyfikatu – w Krajowym Biurze lista kierunków ukończonych studiów, które otwierają drogę do starania się o ten certyfikat, jest nieadekwatnie szeroka. Z drugiej jednak strony ranga zawodu terapeuty uzależnień w Krajowym Biurze jest ustawowa, a więc bardziej stabilna niż moc rozporządzenia, które reguluje podstawę prawną tytułu specjalisty uzyskanego na ścieżce zawodowej PARPA.

Idąc dalej w tych porównaniach: osoby uprawnione do prowadzenia superwizji klinicznej w strukturze lecznictwa odwykowego podległego PARPA nie mają tytułu superwizora. Zaświadczenie PARPA uprawnia ponadto do prowadzenia superwizji szkoleniowej. Zwyczajowo oczywiście używa się słowa superwizor i nie ma, wydaje się w praktyce przeszkód, by prowadzić superwizję „pozaszkoleniową” – jednak niestety nie reguluje tego żaden formalny dokument. W Krajowym Biurze jest inaczej – tytuł superwizora jest nadawany, jednak czasowo, i uprawnienia należy odnawiać.

Przy PARPA od ponad dziesięciu lat nie istnieje komisja etyki, zaś Krajowe Biuro zdecydowało o tym, by takie ciało było obecne w strukturze, co ma z pewnością znaczenie dla odpowiedzialności zawodowej osób kształcących się i pracujących w obszarze uzależnień. Jest to ważne dla psychoterapii, ale także i dla zadań stojących przed superwizorem i superwizantem. Ten brak stwarza wiele trudności, jak choćby, gdzie zgłaszać przypadki naruszeń zasad odpowiedzialności zawodowej i w jaki sposób wyciągać konsekwencje w sytuacji stwierdzenia rażących zaniedbań, przekroczenia uprawnień czy innych aspektów złamania zasad etyki.

W praktyce w placówkach terapii uzależnień od lat w zespołach wspólnie pracują terapeuci kształceni według obu ścieżek, leczą się pacjenci wymagający szerokich kompetencji, wiedzy i umiejętności z obu nurtów. Dodajmy do tego jeszcze obszar terapii uzależnień behawioralnych, tak prężnie rozwijający się dzięki kilkuletniej stymulującej polityce dotacji z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W tych trzech zakresach, oddolnie, na poziomie pracy z pacjentami i superwizji, dokonuje się proces scalania.

Opisywane różnice mają swoją historię i warto je po prostu dostrzec i uznać. Natomiast pojawia się pytanie o potrzebę i możliwość dalszej integracji. Jak ją planować, by nie stracić z oczu specyfiki i dotychczasowych dobrych rozwiązań?

Wspomniałam, że w artykule poruszę jedynie część spraw dotyczących superwizji i jest to pochodną wyżej wymienionej niespójności systemu. Niestety, jak dotąd nie ma jednego pomysłu, jak ma wyglądać uzyskiwanie uprawnień superwizora psychoterapii uzależnień w Polsce. Systemy są dwa, osobne i niesymetryczne. Jako osoba kształcząca się w jednej z tych ścieżek (wg wytycznych PARPA), mogę bardziej wnikliwie analizować sytuację superwizji przez pryzmat tych właśnie doświadczeń.

Pojawiały się pytania o to, dlaczego w Radzie Superwizorów Psychoterapii Uzależnień (RSPU) nie ma superwizorów z nurtu kształcenia Krajowego Biura. W moim przekonaniu źródłem energii do integrowania się i działania na rzecz superwizji i psychoterapii uzależnień, a w końcu do utworzenia pięć lat temu RSPU, była frustracja ujawniająca się po stronie osób kształcących się na ścieżce zawodowej wyznaczonej przez PARPA (m.in. brak komisji etyki, brak tytułu superwizora i jasno opisanego systemu jego uzyskiwania). I wówczas, gdy powstaliśmy, i teraz zależy nam na

wspólnym formułowaniu i nagłaśnianiu opinii naszego środowiska w sprawach ważnych dla superwizorów z obu systemów. Nasze dotychczasowe zachęty, maile wysłane do superwizorów Krajowego Biura, rozmowy przy okazji zjazdów w Bochni, zmodyfikowanie uchwał RSPU, by umożliwić uzyskiwanie certyfikatu superwizora w zbudowanym przez RSPU nurcie kształcenia superwizorów, jak na razie nie doczekały się odpowiedzi. Być może potrzeba jeszcze czasu. Wydaje się jednak, że więcej jest argumentów za scalaniem pracy superwizorów niż za pozostawieniem ich osobno. Być może wówczas mielibyśmy większe możliwości współpracy w sprawach ważnych dla całego środowiska leczenia uzależnień.

W poszukiwaniu dobrostanu pacjenta

Superwizja ma wiele definicji. Mówiąc najprościej, jest to metoda konsultowania pracy z pacjentem w procesie jego leczenia. Jej celem jest analiza zjawisk występujących w relacji terapeutycznej, z uwzględnieniem zagadnień etycznych, dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń terapeutycznych.

Superwizja może być prowadzona zarówno indywidualnie, jak i grupowo; może też odnosić się do programów leczniczych i zespołów terapeutycznych.

Główne zadania superwizji to:

- zapewnianie możliwości korzystania z wiedzy i umiejętności superwizora,
- dostarczanie osobie superwizowanej doświadczeń w budowaniu relacji terapeutycznej,
- kształtowanie sposobu funkcjonowania tej osoby w roli psychoterapeuty.

Według Gilberta i Evansa superwizja jest „relacją pomiędzy superwizorem a superwizantem, służącą wspólnemu poszukiwaniu rozwiązań. Jest ona sytuacją, w której dwoje ludzi zastanawia się nad dobrostanem trzeciej (...)”. Celem superwizji jest przede wszystkim dobro pacjentów, których prowadzimy w psychoterapii.

Może warto zajrzeć do gabinetu codziennej pracy specjalisty psychoterapii uzależnień. Gęsto w nim od trudnych historii zaniedbań, zranień, upokorzeń, agresji, zniszczonego zdrowia, kataklizmów osobistych, rodzinnych, samobójstw i wszelakiej destrukcji. Opowieść terapeuty o tym, czego tam doświadcza, jest możliwa tylko w określonych warunkach. Takim słuchaczem ma prawo i obowiązek być superwizor. To właśnie podczas super-

wizji amortyzowane i kontenerowane jest coś, co można opisać jako ryzyko zawodowe pracy terapeuty uzależnień – obciążenie destrukcją i traumą.

Narracja naszych pacjentów może wywoływać w terapii silne uczucia, m.in. lęku, nienawiści i rozpacz. Długoterminowa praca z osobami uzależnionymi i członkami ich rodzin, jeśli nie zachowamy bhp terapeuty, prawdopodobnie będzie owocowała niekorzystnymi zjawiskami. Mogą pojawiać się:

- w sferze relacji: nieufność, nadmierna wrażliwość, katastrofizowanie,
- bezradność i zwątpienie wobec siebie, pacjenta,
- branie nadmiernej odpowiedzialności za pacjenta, utrata granic w relacji z nim,
- przyjęcie postawy onnipotentnej, chęć bycia kimś wyjątkowym,
- wtórne PTSD.

Większość terapeutów uzależnień wybiera ten zawód z pasji i chęci pomocy drugiemu człowiekowi w szukaniu dróg wyjścia z kryzysu, osobistych problemów, z nadzieją, że nasza obecność pomoże mu w odzyskaniu siły do zmiany, rozwoju. Jednak długoterminowa praca z dramatem osoby uzależnionej i systemu rodzinnego naraża nas na wypalenie, jeśli nie uda się zapewnić wystarczającego antidotum. Takie niezbędne oparcie wewnętrzne tworzą: osobiste zasoby, rozwijanie kompetencji, dbałość o rozwój zawodowy i trzymanie się zasad etycznych.

Bardzo ważne jest to, jak funkcjonuje cały zespół terapeutyczny – tu bezcenna jest wymiana i wsparcie, od zwykłej konsultacji i koleżeńskich omówień, po zebrania kliniczne, możliwość szukania oparcia w autorytecie starszego kolegi czy przełożonego. We wszystkich tych aspektach wskazana jest superwizja – szkoleniowa, indywidualna, grupowa czy też zespołu. Tymczasem na poziomie rozporządzeń korzystanie z superwizji w dziedzinie psychoterapii uzależnień kończy się na etapie superwizji szkoleniowej przed uzyskaniem certyfikatu. Co w takim razie poddawane jest procesowi superwizji? Zgodnie z koncepcją „siedmiorga oczu” Hawkins i Shohet zawierają się tam:

- refleksja nad treścią superwizji,
- badanie strategii i interwencji terapeuty,
- badanie procesu terapii i relacji terapeuta–pacjent,
- analiza przeciwprzeniesienia terapeuty,
- analiza procesu równoległego – wymiar relacji superwizant–superwizor,
- reflektowanie przeciwprzeniesienia superwizora,
- kontekst.

Podobnie jak w przestrzeni gabinetu psychoterapeuty uzależnień, specyfika psychopatologii naszych pacjentów i trudności oraz wyzwania, które wnoszą nasi superwizanci, stanowią o charakterystyce przestrzeni gabinetu superwizora psychoterapii uzależnień. Odpowiednio do opisanych powyżej zjawisk rysują się zatem wysokie wymagania dla warsztatu superwizora. Umożliwienie przygotowania się do tych zadań przyszłemu superwizorowi, który będzie pracował w obszarze uzależnień, wydaje się konieczne i niepodlegające dyskusji. Warto zauważyć, że zarówno w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, jak i w Polskim Towarzystwie Psychologicznym uzyskanie prawa do certyfikatu superwizora jest poprzedzone starannym przygotowaniem i stosownym egzaminem. Jestem przekonana, że zadania superwizyjne, które stoją w dziedzinie psychoterapii osób uzależnionych i członków ich rodzin, są co najmniej równie wymagające. W procesie takiego szkolenia wymagany jest czas na tworzenie i rozwijanie własnego warsztatu i kompetencji, do czego przydatne są m.in. przygotowanie teoretyczne, możliwość praktykowania (aplikacja), rekomendacje. Także i po uzyskaniu tytułu superwizora, uważam za konieczne, aby była możliwość wymiany doświadczeń i oparcia się w środowisku superwizorów. Dziеляc się swoim doświadczeniem, powiem, że aby dbać o dobro naszych superwizantów i ich pacjentów oraz dla osobistej higieny psychicznej, spotykam się kilka razy w roku z innymi doświadczonymi superwizorami w grupie superwizji superwizji. Te spotkania wykraczają już daleko poza ramy systemu szkoleniowo-organizacyjnego.

Co dobre, co złe

Podsumowując moje rozważania, chciałabym wypunktować zalety i wady systemu superwizji istniejącego w nurcie kształcenia PARPA.

Zalety stanu obecnego to:

- jasno opisana ścieżka superwizji szkoleniowej,
- spójny system finansowania i motywowania do korzystania z superwizji osób w procesie nabywania kwalifikacji i uzyskiwania certyfikatu,
- konkretne (choć jeszcze do dopracowania po zmianach dotyczących udzielanych przez superwizora rekomendacji do egzaminu) zasady prowadzenia i korzystania z superwizji szkoleniowej.

Mankamenty to:

- brak usług superwizora w koszyku świadczeń NFZ; w konsekwencji wiele placówek i terapeutów uzależnień jest pozbawionych takiej możliwości wglądu we własną pracę, a rozstrzygnięcie w trybie przetargu świadczeń superwizora, może prowadzić do wypaczeń idei superwizji – narzucenie przez szefa, superwizor „w teczce”,
- brak ścieżki szkolenia superwizorów i co za tym idzie:
 - brak systemu rekomendacji,
 - brak możliwości aplikowania,
 - brak certyfikatu superwizora,
 - brak regulacji opisujących konieczność poddawania superwizji swojej pracy przez osoby certyfikowane – specjalistów i instruktorów (rozwiązania przyjęte przez PARPA dotyczą wyłącznie superwizji szkoleniowej),
- ośrodki i terapeuci z powodów finansowych często nie korzystają z konsultacji superwizora lub czynią to nieregularnie, doraźnie bądź z dużym wysiłkiem. W efekcie sporadyczne, nieregularne superwizje lub ich brak powodują obniżenie jakości usług terapeutycznych, a nawet tworzą ryzyko pogorszenia standardów etycznych leczenia.

Widząc potrzebę uporządkowania takiej sytuacji, podjęliśmy się w Radzie Superwizorów Psychoterapii Uzależnień opracowania koncepcji i próby wdrożenia standardów w zakresie superwizji.

W którą stronę?

A oto zarys postulatów Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień skierowanych do instytucji odpowiedzialnych za zmiany i mających możliwości ich wprowadzenia.

Proponujemy:

1. Wprowadzenie definicji superwizji klinicznej jako metody konsultowania pracy z pacjentem w procesie jego leczenia. Celem superwizji jest analiza zjawisk w relacji terapeutycznej, z uwzględnieniem zagadnień etycznych, dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń terapeutycznych. Superwizja może być prowadzona indywidualnie lub grupowo, może też odnosić się do programów leczniczych i zespołów terapeutycznych.
2. Umieszczenie zapisu o konieczności poddawania superwizji swojej pracy terapeutycznej przez osoby, które uzyskały certyfikat specjalisty/instruktora psychoterapii uzależnień. Taką superwizję, zda-

niem RSPU, mogą prowadzić osoby, które nabyły uprawnienia superwizora psychoterapii uzależnień w odpowiednim szkoleniu bądź aplikanci pod nadzorem merytorycznym superwizora z certyfikatem.

3. Uznanie certyfikatów nadawanych przez Radę Superwizorów Psychoterapii Uzależnień lub inne podmioty spełniające ustalone kryteria.
4. Uściślenie kryteriów uzyskiwania tytułu superwizora psychoterapii uzależnień.
5. Określenie roli superwizora psychoterapii uzależnień w procesie leczniczym, jako osoby uprawnionej do prowadzenia superwizji klinicznej zarówno indywidualnej, jak i grupowej, superwizji programów leczniczych oraz zespołów terapeutycznych (podobnie jak w innych niż uzależnienia obszarach psychoterapii).

Na koniec ponawiam, w imieniu superwizorów psychoterapii uzależnień, postulat uporządkowania rozwiązań

dotyczących superwizji w psychoterapii uzależnień w Polsce ze względu na odpowiedzialność zawodową, szacunek dla naszych pacjentów i troskę o godne warunki pracy terapeutów i zespołów terapeutycznych.

Bibliografia

- Bomba J., Bierzyński K., „Potrzeby i zasady stosowania superwizji psychoterapii”, *Psychoterapia* 2 (173), 2015.
- De Barbaro B., „Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjoni-styczne”, *Psychoterapia* 4 (107), 1998.
- Gilbert M.C., Evans K., „Superwizja w psychoterapii”, GWP, Gdańsk 2004.
- Herman J.L., „Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi”, GWP, Sopot 2003.
- Kahn W.A., „Holding fast. The struggle to create resilient caregiving organisations”, Brunner Routledge 2005.
- Mellibruda J., „Pułapka niewybaczzonej krzywdy”, IPZ PTP, Warszawa 1999.
- Salter A.C., „Pokonywanie traumy”, Media Rodzina, Poznań 2003.



Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień

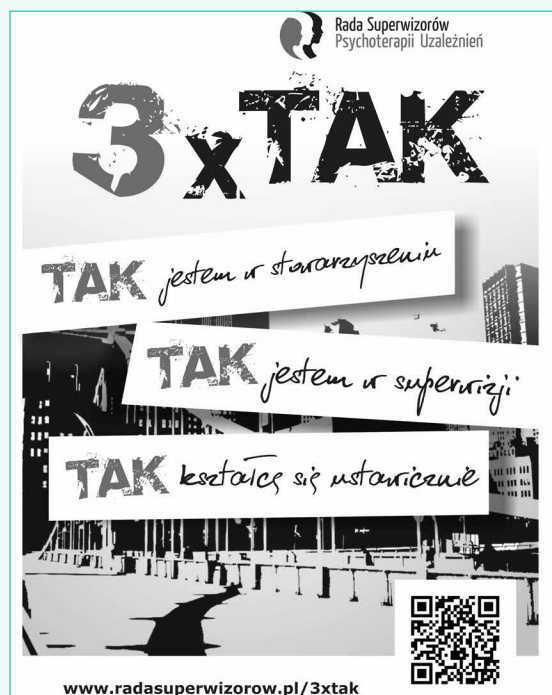
Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień powstała 14 lutego 2013 roku na mocy porozumienia z dnia 25 stycznia 2013 roku zawartego pomiędzy Polskim Towarzystwem Badań nad Uzależnieniami, Polskim Towarzystwem Psychoterapii Uzależnień, Krakowskim Stowarzyszeniem Terapeutów Uzależnień i Polskim Stowarzyszeniem Psychoterapii Integracyjnej. Rada składa się z osób rekomendowanych przez Zarządy Towarzystw, z których każde ma prawo do zgłoszenia do Rady maksymalnie dwóch osób. Najważniejsze cele Rady to:

- opracowanie systemu szkoleń superwizorów uzależnień oraz
- powołanie Komisji Etyki w obszarze psychoterapii uzależnień.

W ramach dotychczasowej działalności Rada m.in.:

- przyznała tytuły superwizora psychoterapii uzależnień osobom szczególnie zasłużonym w dziedzinie psychoterapii uzależnień i leczenia odwykowego w Polsce,
- uchwaliła na okres przejściowy tryb nadzwyczajny uzyskiwania tego tytułu,
- opracowała i wdrożyła procedurę uzyskania tytułu superwizora psychoterapii uzależnień w trybie zwyczajnym,
- nadała certyfikat 43 superwizorom psychoterapii uzależnień,
- otworzyła 5 aplikacji dla przyszłych superwizorów, osób pracujących pod nadzorem merytorycznym,
- utworzyła Komisję ds. Etyki,

- organizuje coroczne zjazdy i konferencje dla superwizorów,
- wspiera grupy samokształcenia superwizorów,
- ogłosiła i prowadzi akcję 3xTAK, promującą ideę przynależności do stowarzyszeń, superwizowania swojej pracy oraz kształcenia się i rozwoju zawodowego,
- współpracuje z superwizorami z innych towarzystw psychoterapeutycznych, prezentując dorobek superwizji w dziedzinie uzależnień,
- występuje z propozycją dialogu i współpracy do PARPA, Krajowego Biura i Ministerstwa Zdrowia w zakresie m.in. integrowania środowisk superwizorów.



Obecność w sieci stała się dla nastolatków niemalże normą społeczną, a dzięki technologii mobilnej internet towarzyszy im praktycznie w ciągu całego dnia. Zdecydowana większość młodzieży (93,4%) deklaruje, że korzysta z internetu wiele razy w ciągu dnia, a ponad 30% jest stale on-line. Tylko 0,7% młodych ludzi w ogóle nie korzysta z internetu.

CO MŁODZIEŻ ROBI W SIECI? WYNIKI BADAŃ „NASTOLATKI 3.0”

Agnieszka Wrońska, Anna Borkowska
Akademia Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej (NASK)

Większość nastolatków codziennie korzysta z internetu, a około 30% z nich pozostaje on-line cały czas i to niezależnie od zmiany miejsca pobytu – tak wynika z raportu „Nastolatki 3.0”, który podsumowuje ogólnopolskie badania młodzieży zrealizowane w 2016 roku przez Naukową i Akademicką Sieć Komputerową we współpracy z Fundacją Pedagogium i Ośrodkiem Sondaży Społecznych Opinia. Badania te stanowią poszerzoną kontynuację projektu badawczego „Nastolatki wobec Internetu” z 2014 roku, zrealizowanego na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka, a przeprowadzonego przez NASK i Pedagogium WSNS.

W najnowszej edycji badań wzięło udział 1394 uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych z 55 szkół. Celem badań była analiza aktywności nastolatków w internecie, ich zachowań, świadomości zagrożeń i sposobów reagowania na przemoc.

Niniejsze opracowanie jest przeglądem najważniejszych wyników badań i przedstawia tylko wybrane dane. Pełny raport w wersji elektronicznej jest dostępny na stronie Akademii NASK www.akademia.nask.pl.

Stale on-line

Nastolatki wykazują się szczególnie intensywną aktywnością w cyberprzestrzeni. Obecność w sieci stała się dla nich niemalże normą społeczną, a dzięki technologii mobilnej, internet towarzyszy im praktycznie w ciągu

całego dnia. Zdecydowana większość badanej młodzieży (93,4%) deklaruje, że korzysta z internetu wiele razy w ciągu dnia, a ponad 30% jest stale on-line. Tylko 0,7% młodych ludzi w ogóle nie korzysta z internetu.

Nastolatki najczęściej korzystają z internetu w domu i szkole, u znajomych, a także w miejscach publicznych, gdzie jest dostępna sieć WiFi.

Przeciętny nastolatek spędza w sieci ponad trzy godziny dziennie, korzystając tylko ze smartfona (31,3% badanych deklaruje, że jest to nawet ponad 5 godzin dziennie). Jeśli zsumujemy długość korzystania z internetu z wykorzystaniem innych narzędzi, takich jak komputer stacjonarny, laptop, tablet czy konsola do gier, to czas ten niepokojąco się wydłuża. Warto wspomnieć, że czas spędzany w sieci rośnie wraz z wiekiem – starsze nastolatki spędzają w niej więcej czasu niż gimnazjaliści.

Pokolenie smartfona

Mobilność urządzenia jest dla nastolatków priorytetowa. Możliwość telefonów komórkowych, ich wysoka wydajność oraz wygoda w użytkowaniu niezależnie od miejsca pobytu sprawiają, że w pokoleniu najmłodszych użytkowników internetu prawie wyparły one komputery stacjonarne. Rozwój przenośnych urządzeń pozwolił nastolatkom na nieograniczony czasem i miejscem dostęp do internetu. Nie zaskakują więc wyniki badania, które pokazują, iż obecnie najbardziej popularnym narzędziem

Tabela 1. Średni czas korzystania z internetu za pomocą poszczególnych urządzeń.

Wszyscy badani	Komputer stacjonarny	Laptop	Konsola do gier	Tablet	Telefon komórkowy/ smartfon	Inne
Średnia	62,2 min.	70,7 min.	20,4 min.	25,3 min.	188,3 min.	12,7 min.

Źródło: Raport „Nastolatki 3.0”.

wśród nastolatków do łączenia się z siecią jest telefon komórkowy i smartfon. Przeciętny nastolatek korzysta z niego ponad trzy godziny dziennie. W populacji adolescentów rośnie też popularność innych urządzeń przenośnych – tabletów i laptopów. 52,8% badanych nie korzysta w ogóle z komputerów stacjonarnych.

Trend ten szczególnie wyraźnie widać u dziewcząt. Dziewczęta znacznie intensywniej i częściej niż chłopcy korzystają z internetu zarówno w domu, w drodze z domu do szkoły, u znajomych, jak i w miejscach publicznych, gdzie jest dostępna sieć WiFi. Chłopcy częściej dłużej korzystają z komputera i konsoli do gier, podczas gdy ich koleżanki chętniej sięgają po telefon komórkowy (smartfon), laptop i tablet.

Średni czas połączeń z internetem za pomocą smartfona w przypadku dziewcząt wynosi 211,5 min. dziennie, u chłopców 165,2 min. Czas przebywania w sieci przy wykorzystaniu komputera stacjonarnego w grupie chłopców to 97,3 min. dziennie, w porównaniu z grupą dziewcząt, które z komputera korzystają zaledwie 28,5 min. Różnice pomiędzy grupami odpowiadają odmiennym stylom korzystania z internetu przez obie grupy. Dziewczęta stosunkowo częściej niż chłopcy wykorzystują internet do towarzyskich relacji (korzystają z serwisów społecznościowych, kontaktują się ze znajomymi) i przeglądania stron www, a więc aktywności, do których wygodniejszy jest smartfon, natomiast chłopcy relatywnie częściej grają

w gry on-line, do obsługi których lepiej przystosowany jest komputer stacjonarny.

Samotni w wirtualnym świecie

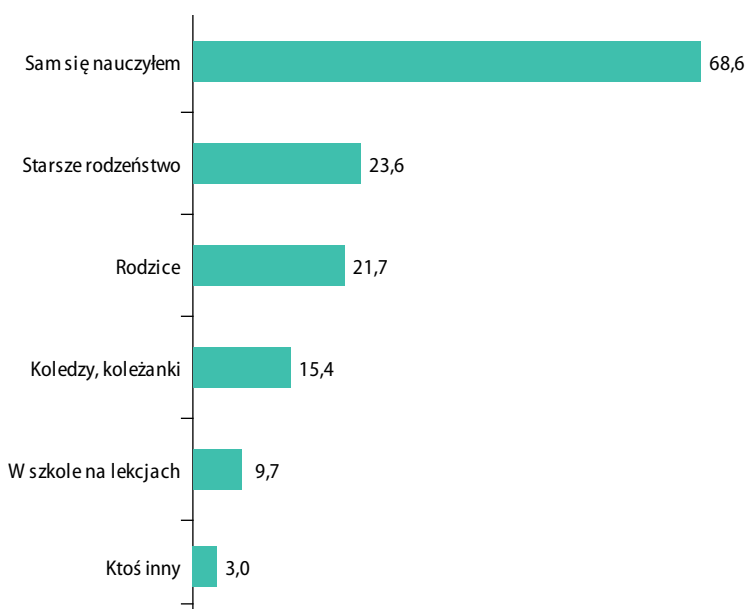
Duża grupa młodych ludzi porusza się samodzielnie w świecie wirtualnym bez nadzoru rodziców, opiekunów, nauczycieli. Nastolatki samodzielnie zdobywają kompetencje pozwalające im na sprawną obsługę komputera i poruszanie się w sieci, samodzielnie muszą też zmagać się z zagrożeniami.

Badania „Nastolatki 3.0” pokazują, że edukacja z zakresu kompetencji cyfrowych to w większości przypadków badanej młodzieży samoedukacja (68,6%). Tylko co czwarty ankietowany deklaruje, że otrzymał jakąś pomoc, jednak nie ze strony dorosłych, ale rówieśników – najczęściej starszego rodzeństwa. Zaledwie 21,7% uczniom w poznawaniu internetu towarzyszyli rodzice. Jeszcze mniejszy odsetek badanych wskazywał na szkołę jako miejsce zdobywania kompetencji cyfrowych – 9,7%. Biorąc pod uwagę wiek, w którym dzieci rozpoczynają korzystanie z internetu, dane te są niepokojące. Czas inicjacji internetowej w Polsce przypada średnio na 9. rok życia, a wiele badań wskazuje, że znaczna grupa dzieci rozpoczyna przygodę z internetem jeszcze wcześniej. Z perspektywy szkodliwości wielu treści internetowych, pozostawienie małego dziecka bez opieki i kontroli osoby dorosłej, pozwalanie mu na wkraczanie w świat internetu bez pomocy rodziców czy nauczycieli, to niewątpliwie znaczący czynnik ryzyka dla jego rozwoju psychospołecznego. Wpływ nowoczesnych technologii komunikacyjnych na rozwój dziecka wciąż nie jest dobrze znany. Szereg badań wskazuje jednak, że im wcześniej dzieci rozpoczynają przygodę ze światem wirtualnym, tym silniejsze jest oddziaływanie internetu oraz prawdopodobieństwo narażenia ich na zagrożenia płynące z sieci, jak również ryzyko wystąpienia uzależnienia od internetu.

Bierni konsumenci internetu

Internet jest dla młodzieży przede wszystkim środkiem do komunikacji ze znajomymi ze szkoły (90,6%) i spoza niej (85,4%). **Najczęstsze usługi, z których codziennie korzystają młodzi ludzie, to serwisy społecznościowe (78,1%) i komunikatory**

Wykres 1. Kto nauczył cię korzystać z internetu? (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu „Nastolatki 3.0”.

(68,7%). Większość młodzieży korzysta też z różnorodnych rozrywek dostępnych w internecie, zwłaszcza muzyki i filmów (68,2%).

Badania wskazują jednocześnie, że nastolatki raczej biernie konsumują treści zastane w internecie, niż aktywnie je tworzą. Tylko 4,7% młodych ludzi prowadzi własnego bloga lub stronę internetową, muzykę lub filmy tworzy około 5%, zaś 7,8% edytuje grafikę i przetwarza zdjęcia. Internet dla nastolatków to również narzędzie edukacyjne. Codziennie używa go do poszerzania wiedzy w ramach swoich zainteresowań 41,8% badanych, odrabiania lekcji – 36,9%, poszukiwania bieżących informacji – 34,0%, poszerzania wiedzy potrzebnej do szkoły – 24,2%. I tu także młodzież prezentuje raczej bierną postawę, korzystając z gotowych treści, które znajdują się na portalach i stronach internetowych. Jedynie od 5 do 6% uczniów korzysta z możliwości uczenia się przez internet czy wzięcia udziału w kursach e-learningowych. Coraz bardziej popularne wśród nastolatków stają się e-zakupy. W omawianym badaniu tylko 14,0% uczniów podało, że nie korzysta z takiej formy aktywności w sieci. Różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami pod tym względem odnotowano tylko w nielicznych kategoriach. Dziewczęta stosunkowo częściej niż chłopcy za pomocą internetu poszerzają wiedzę w ramach swoich zainteresowań i hobby, czytają blogi, przygotowują się do sprawdzianów, korzystają z serwisów społecznościowych, kontaktują się ze znajomymi. Natomiast chłopcy częściej

grają w gry on-line, biorą udział w dyskusjach na forach, korzystają z poczty oraz tworzą muzykę.

Wykorzystanie internetu w edukacji szkolnej

Internet jest narzędziem pomocnym w nauce. 79,7% nastolatków stale wykorzystuje sieć do odrabiania lekcji, 64,8% do poszerzania wiedzy szkolnej, a 45,7% do przygotowywania się do sprawdzianów. **Młodzież jednak nie zawsze wie, gdzie szukać rzetelnej wiedzy i wartościowych materiałów.** Ponad 20% uczniów w ogóle nie zwraca uwagi na źródło, z którego czerpie informacje i nie sprawdza ich wiarygodności.

Wikipedia, Google, YouTube, Ściąga.pl czy Bryk.pl to najczęściej wymieniane przez nastolatki źródła wiedzy, które wykorzystują do nauki.

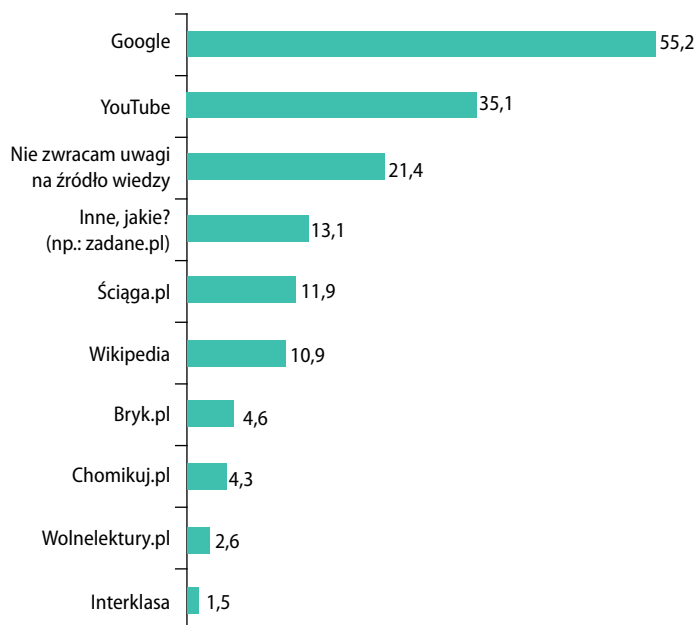
W szkole internet jest najczęściej wykorzystywany na lekcjach informatyki. W przypadku innych zajęć, nauczyciele wykorzystują go najczęściej w trakcie realizacji przedmiotów humanistycznych, takich jak język polski, język obcy, historia. Uczniowie wskazują, iż wykorzystanie nowych technologii przez nauczycieli w trakcie zajęć lekcyjnych jest mało aktywizujące. Nauczyciele zazwyczaj prezentują filmy (84,7%) i pokazują prezentacje (81,2%). Nauczyciele nie dostrzegają też potencjału internetu w zakresie komunikacji z uczniami. Badani uczniowie wskazują, że szkoły nie wykorzystują zjawiska powszechności wśród nastolatków internetu jako narzędzia porozumiewania się. Komunikacja on-line z nauczycielami właściwie nie istnieje. Ponad 70% gimnazjalistów i prawie 50% uczniów szkół ponadgimnazjalnych podaje, że nigdy nie kontaktuje się w ten sposób ze swoimi nauczycielami.

Nastolatki w mediach społecznościowych

Media społecznościowe mają ogromny wpływ na praktycznie każdy aspekt życia młodych użytkowników internetu, a relacje społeczne utrzymywane za ich pośrednictwem są niezwykle ważnym elementem życia współczesnych nastolatków.

Prawie wszyscy uczniowie uczestniczący w badaniu deklarują posiadanie profili w serwisach społecznościowych (94,6%). Najpopularniejsze serwisy społecznościowe wśród młodzieży to:

Wykres 2. Portale wykorzystywane do nauki (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu „Nastolatki 3.0”.

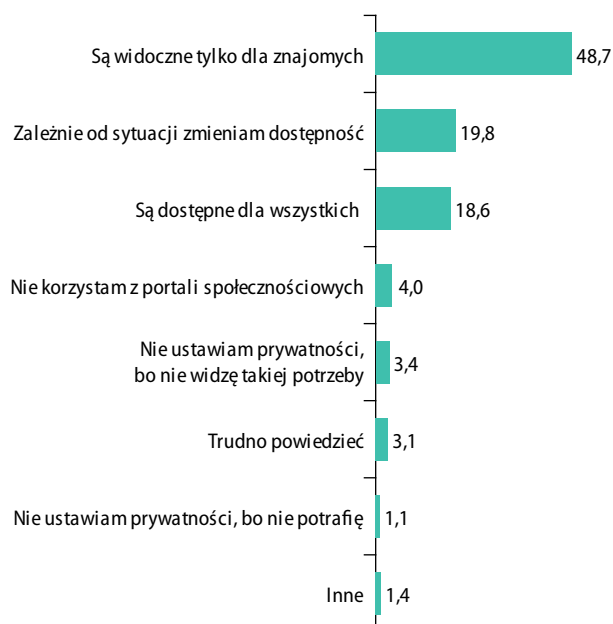
Facebook (59%), Snapchat (37,5%) i Instagram (27,1%). Lubiany przez dorosłych Twitter cieszy się wśród młodego pokolenia znacznie mniejszą popularnością (9,1%). Portale społecznościowe służą nastolatkom przede wszystkim do autoprezentacji, komunikowania się i poznawania innych osób oraz do dzielenia się różnymi materiałami (własnymi i zapożyczonymi). Na swoich profilach nastolatki najczęściej publikują:

- własne zdjęcia i filmy (niemal 80% osób),
- informacje i komentarze dotyczące bieżącego dnia (54,7%),
- linki do filmów i zdjęć pochodzących z innych serwisów internetowych (53%),
- memy (53,6%),
- zdjęcia innych osób (43,5%),
- linki do artykułów z innych serwisów (35,6%).

Prywatność w sieci

Badania wskazują, że młodzi użytkownicy mediów społecznościowych udostępniają na swoich profilach coraz więcej informacji. Obok podstawowych danych, takich jak imię i nazwisko, nastolatki ujawniają nazwę szkoły, miejsce zamieszkania, adres e-mail, a nawet numer telefonu. Udostępniają prywatne zdjęcia i filmy. Mimo iż coraz większa grupa młodzieży ma świadomość konsekwencji, jakie niesie za sobą udostępnianie

Wykres 3. Dostępność treści publikowanych na profilach w portalach społecznościowych (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu „Nastolatki 3.0”.

w internecie prywatnych informacji i treści, to nadal 1/3 młodych internautów nie chroni swoich danych. Co piąty z nich nie widzi potrzeby ograniczania dostępu do publikowanych zdjęć i innych treści w portalach społecznościowych. W największym stopniu dotyczy to najmłodszych użytkowników sieci.

Starsi częściej niż młodszy uczniowie stosują zabezpieczenia przed dostępem osób niepożądanych do ich profili społecznościowych. 57,6% nastolatków deklaruje, iż ogranicza dostęp do swoich danych, ponieważ chce chronić swoją prywatność w sieci. Większość młodzieży wie, jak zabezpieczać swoje konta. Tylko 2% młodzieży wskazuje, że nie ma odpowiedniej wiedzy i umiejętności w zakresie ustawień prywatności w serwisach internetowych.

Zagrożenia w sieci

Globalna sieć stwarza wiele nowych możliwości, szans i korzyści, jednak jej niewłaściwe i nieodpowiednie wykorzystanie może nieść ze sobą szereg zagrożeń. Katalog ryzykownych zachowań podejmowanych przez młodzież w internecie jest bogaty. Zalicza się do niego takie zachowania, jak: wysyłanie drogą cyfrową intymnych zdjęć (*seksting*), poszukiwanie informacji na temat narkotyków i innych substancji psychoaktywnych lub aktywności szkodliwych dla zdrowia, hazard on-line, podejmowanie niebezpiecznych kontaktów, nadużywanie internetu, wysyłanie własnych danych personalnych osobom, których nigdy nie spotkały, wysyłanie fotografii siebie (filmu wideo) osobom, których nie spotkały, udawanie w internecie kogoś innego, niż się jest w rzeczywistości, angażowanie się w społeczności propagujące niebezpieczny styl życia prowadzi do zaburzeń psychicznych, np. anoreksji, bulimii itp.

Autorzy badań „Nastolatki 3.0” dokonali szczegółowej analizy dwóch wybranych zachowań ryzykownych związanych z aktywnością w internecie, a mianowicie spotykania się z osobami poznanymi w internecie oraz zjawiska *sekstingu*.

Tabela 2. Czy zdarzyło ci się spotkać z osobą dorosłą, którą poznałeś w internecie? (%).

	Dziewczęta	Chłopcy
TAK	19,2	27,1
NIE	80,8	72,9

Źródło: Raport „Nastolatki 3.0”.

Nastolatki chętnie spotykają się z nieznanymi z internetu. Prawie co czwarty badany uczeń deklarował, że zdarzyło mu się spotkać z osobą dorosłą, którą poznał w internecie (23,1%) i jest to wynik znacząco wyższy niż w roku 2014 (10,6%). Co ciekawe, częściej czynią to chłopcy (27,1%) niż dziewczęta (19,2%).

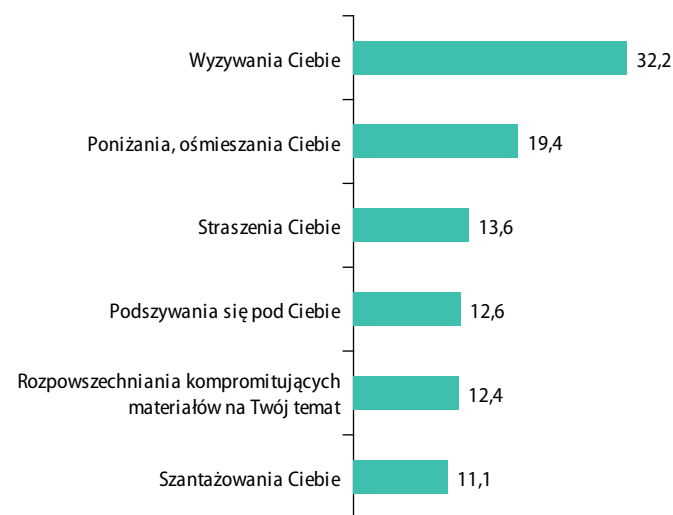
Warto zauważyć, że mówimy tu o sytuacji najbardziej obciążonej ryzykiem, czyli spotkaniu z osobą dorosłą, a nie z rówieśnikiem. Fakt, że tak duża grupa nastolatków decyduje się na spotkania w świecie realnym z nieznanym dorosłym, powinien budzić niepokój rodziców i opiekunów. Tym bardziej, że prawie 1/3 uczniów nie informuje o tym nikogo (28,9%). Rodzica lub opiekuna informuje zaledwie 38,6% nastolatków, kolegę lub koleżankę – 27,4%, inną osobę dorosłą – 5,1%.

Podobny wzrost częstości występowania zaobserwowano w przypadku *seksingu*. W badaniu z 2014 roku 4,4% nastolatków przyznało się do wysłania przynajmniej raz w życiu swojego intymnego zdjęcia osobie znanej tylko z internetu. Obecnie robi tak co dziesiąty ankietowany (9,2%). Z uwagi na wysoką drażliwość pytania można się spodziewać, że wielu młodych ludzi nie przyznało się do tego rodzaju zachowania i w rzeczywistości odsetek takich nastolatków jest jeszcze większy.

Cyberprzemoc

Agresja w internecie jest już niemal zjawiskiem powszechnym. Ponad połowa młodych użytkowników

Wykres 4. Czy zdarzyło ci się, że ktoś użył internetu do (% odpowiedzi twierdzących):



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu „Nastolatki 3.0”.

sieci przyznaje, iż była świadkiem różnych form agresji w mediach społecznościowych. Stosunkowo częściej przemoc obserwują dziewczęta niż chłopcy oraz starsi uczniowie (szkoły ponadgimnazjalne), co koreluje z większą aktywnością internetową w populacji młodzieży ponadgimnazjalnej.

Najczęściej agresja w sieci przybiera formę wyzywania (59,7%), poniżania i ośmieszania (58,1%), podszywania się (40,5%), straszania (34,2%), rozpowszechniania kompromitujących treści (33,3%) oraz szantażowania (24,4%).

Nastolatki są nie tylko świadkami agresji elektronicznej. Co trzeci z nich osobiście doświadczył przemocy w internecie – był wyzywany w internecie (32,2%), poniżony lub ośmieszony (19,4%), straszony (13,6%), szantażowany (11,1%). Prawie 13% uczniów zgłaszało kradzież tożsamości (ktoś podszywał się pod nich).

Jako przyczyny przemocy ofiary agresji internetowej wskazują przede wszystkim: wygląd (13,5%), ubiór (8,0%), poglądy (14,9%), upodobania (11,6%) oraz narodowość (8,1%). Rzadziej wskazywane były: zła sytuacja finansowa (3,8%), płeć (4,2%), kolor skóry (4,3%), preferencje seksualne (4,6%) i religia (4,5%).

Nastolatki niechętnie informują o doświadczeniach przemocy. Trend ten utrzymuje się niezmiennie od lat. Tylko co piąty uczeń informuje o takim zdarzeniu rodzica, opiekuna (19,4%) lub administratora sieci (20,8%), co szósty prosi o pomoc kolegów (17,9%). Najczęściej jednak nastolatki nie informują o takim zdarzeniu nikogo (39,0%).

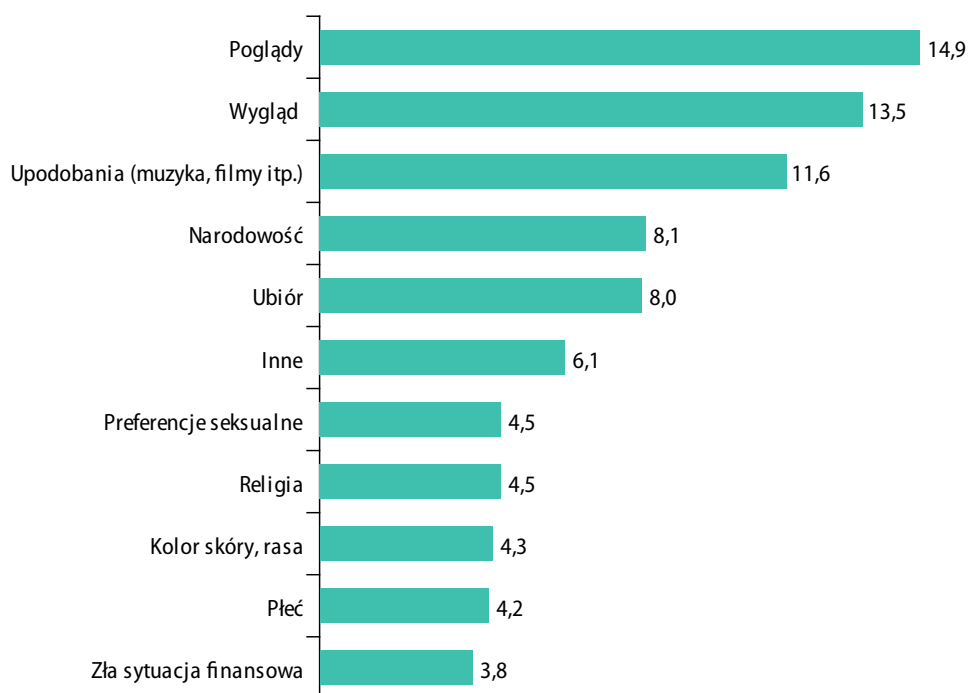
Przemoc, której nastolatki doświadczają w internecie, jest w dużej mierze przedłużeniem konfliktów przeniesionych ze środowiska rówieśniczego, które mają miejsce w szkole lub w klasie. Jednak w odróżnieniu od tradycyjnej przemocy rówieśniczej, cyberprzemoc może mieć poważniejsze konsekwencje dla ofiary z uwagi na znacznie bardziej ograniczoną możliwość obrony. Cyberprzemoc charakteryzuje wysoki poziom anonimowości sprawcy, stałe narażenie ofiar na atak, a także niski poziom kontroli tego rodzaju agresywnych zachowań przez dorosłych. W przeciwieństwie do przemocy w świecie realnym, akty cyberprzemocy mogą być rejestrowane, utrwalane i dystrybuowane do szerokiej publiczności, przez co skutki takiej agresji są mocniej i dłużej odczuwane przez ofiary przemocy. Wobec znacznego rozpowszechnienia zjawiska cyberprzemocy jednym z priorytetowych zadań szkoły staje

się wyposażenie młodych ludzi w kompetencje, które pozwolą im chronić się przed aktami agresji elektro-nicznej oraz radzić sobie w sytuacji doświadczania cyberprzemocy. Konieczne jest także wypracowanie szkolnej procedury interwencji pracowników szkoły wobec sprawców i ofiar przemocy. Praktyczne rozwiązania dotyczące cyberprzemocy w szkole można znaleźć w poradniku „Jak reagować na cyberprzemoc. Poradnik dla szkół” na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji w zakładce Wychowanie i Profilaktyka/Materiały do pobrania.

Podsumowanie

- Wiek inicjacji internetowej obniża się – aktywność on-line podejmują coraz młodsze dzieci.
- W domu codziennie z internetu korzysta 93,4% badanych, a około 30% nastolatków pozostaje on-line niemal stale i wszędzie.
- Rośnie popularność urządzeń przenośnych, zwłaszcza smartfonów, które pozwalają młodym ludziom pozostawać stale on-line – 31,3% badanych deklaruje, że korzysta z niego ponad 5 godzin dziennie.
- Internet dla młodzieży to przede wszystkim środek komunikacji ze znajomymi i źródło rozrywki. Nastolatki to raczej bierni konsumenci treści internetowych niż aktywni twórcy.
- Nadal najpopularniejszym źródłem informacji jest Wikipedia i Google. Ponad 20% uczniów nie sprawdza wiarygodności źródła informacji.
- 94,6% nastolatków posiada swoje profile w serwisach społecznościowych. Badani najczęściej publikują na nich swoje zdjęcia i filmy.
- 4/5 badanych deklaruje, że chroni swoją prywatność, ale aż co piąty nie widzi takiej potrzeby.
- Młodzież deklaruje, że często spotyka się z przemocą w internecie wobec swoich znajomych, jak również wobec siebie. Najczęstszym przejawem przemocy za pośrednictwem sieci są wyzwiska, poniżanie i ośmieszanie. Niemal 40% badanych nie informuje nikogo o fakcie doświadczania przemocy za pośrednictwem internetu.
- W ciągu ostatnich dwóch lat dwukrotnie wzrósł odsetek nastolatków deklarujących spotkanie w świecie realnym z osobą dorosłą poznaną w internecie. Nadal jednak około 1/3 nastolatków nie informuje nikogo o takim spotkaniu.

Wykres 5. Przyczyny agresji internetowej (%).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raportu „Nastolatki 3.0”.

Bibliografia

- Borkowska A., Macander D., „Procedura reagowania na cyberprzemoc” (w:) Wojtasik Ł. (red.), Jak reagować na cyberprzemoc. Poradnik dla szkół, FDN, Warszawa 2009.
- Raport z ogólnopolskiego badania Nastolatki wobec Internetu, NASK, Pedagogium, Rzecznik Praw Dziecka, 2014.
- Tanaś M., Kamieniecki W., Bochenek M., Konopczyński M., Wrońska A., Lange R., Fila M., Loba B., Konopczyński F., „Raport Nastolatki” 3.0, NASK – instytut badawczy, 2017.
- Wrońska A., Lange R., „Nastolatek jako użytkownik Internetu – społeczny wzorzec konsumpcji” (w:) Tanaś M. (red.), Nastolatki wobec Internetu, Warszawa, NASK, 2016.

W Polsce 65% iniekcyjnych użytkowników narkotyków ma przeciwciała anty-HCV, co oznacza, że miało kontakt z wirusem HCV. Wśród problemowych użytkowników narkotyków nieświadomych postrzykawki ten odsetek wynosi 6,5%, natomiast w całym społeczeństwie takich osób jest około 1%. W każdej z tych grup co najmniej połowa jest zakażona HCV, czyli posiada wirusa HCV we krwi.

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV WŚRÓD INIEKCYJNYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW¹

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Zakażenie HCV to jedna z najgroźniejszych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków w iniekcjach. Nielezione prowadzi do dramatycznych powikłań zdrowotnych, a nawet śmierci. Badania lokalne, przeprowadzone w Polsce w latach 2004–2005 w 14 lokalizacjach w 6 województwach, wskazały na duże rozpowszechnienie HCV wśród użytkowników narkotyków, przyjmujących je w zastrzykach. Rozpowszechnienie wahało się od 43,7% w województwie lubelskim do 68,3% w województwie śląskim i wszędzie było kilkakrotnie wyższe niż rozpowszechnienie HIV (Rosińska, Sierosławski, Wiessing, 2015). Wyniki te nie zaskakiwały, bowiem we wszystkich krajach europejskich odsetek zakażonych HCV jest znacznie wyższy niż zakażonych HIV (Giraudon, Hedrich, Duffell, Kalamara, Wiessing, 2016).

Problemowi użytkownicy narkotyków stanowią jedną z grup najsilniej zdeprymowanych społecznie oraz ekonomicznie. Z powodu stygmatyzacji społecznej oraz zagrożeń prawnych stanowią oni w Polsce populację ukrytą, co skutkuje ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych. Postawy wobec zdrowia i wobec społeczeństwa oraz jego instytucji, a także powszechnie przyjętych norm społecznych i prawnych, dodatkowo zmniejszają szanse korzystania ze świadczeń w zakresie profilaktyki i leczenia.

Specyficzne drogi zakażeń oraz znaczne nasilenie czynników ryzyka wymagają zaplanowania działań prewencyjnych skierowanych specjalnie do tej grupy. Naprzeciw tym potrzebom wyszedł Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV”, którego jednym

z długofalowych celów było zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji problemowych użytkowników narkotyków, zwłaszcza używających ich w zastrzykach. W ramach projektu dokonano oceny potrzeb związanych z zapobieganiem i leczeniem HCV poprzez oszacowanie rozpowszechnienia HCV wśród problemowych użytkowników narkotyków oraz zidentyfikowano czynniki ryzyka zakażenia. Na tej podstawie opracowano założenia Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczenia HCV w odniesieniu do tej grupy oraz modelowy program profilaktyki HCV adresowany do niej.

Rozpowszechnienie i czynniki ryzyka zakażeń HCV

Rozpowszechnienie zakażeń HCV i rola poszczególnych czynników ryzyka zakażenia zostały oszacowane na podstawie wyników badania zrealizowanego w 2014 roku wśród problemowych użytkowników narkotyków. W badaniu uczestniczyło 1219 osób z tej populacji. Obok wywiadów ankietowych, składało się na nie także wykonanie testu ślinowego na przeciwciała anty-HCV. Do badanych docierano w ich środowisku, stosując metodę „kuli śniegowej” (snow-ball) (Hartnoll, Balsa, Griffiths, Taylor, Hendricks, Blanken, Nolimal, Weber, Toussirt, Ingold, 1995; Sierosławski, 2007).

Badanie potwierdziło bardzo duże rozpowszechnienie problemu HCV w tej grupie. Na podstawie jego wyników oszacowano, że w Polsce 65% iniekcyjnych użytkowników narkotyków ma przeciwciała anty-HCV, co oznacza, że miało kontakt z wirusem HCV (ryc. 1). Wśród problemowych użytkowników narkotyków

niesięgających po strzykawki ten odsetek wynosi 6,5%. Warto dodać, że w całym społeczeństwie takich osób jest około 1% (Rosińska, Parada, Stępień, Zakrzewska, 2017). W każdej z tych grup co najmniej połowa jest zakażona HCV, czyli posiada wirusa HCV we krwi.

Wyniki zestawione na ryc. 1 potwierdzają z jednej strony wagę czynnika ryzyka, jakim jest przyjmowanie substancji w iniekcjach, ale również wskazują, że grupą narażoną na posiadanie przeciwciał HCV, w znacznie większym stopniu, aniżeli ma to miejsce w populacji generalnej, jest grupa użytkowników narkotyków, którzy nie mają w swym doświadczeniu iniekcji.

Ryzyko zakażenia jest szczególnie wysokie w grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy kiedykolwiek dzielili się igłami lub strzykawkami. Rozpowszechnienie to wynosi 79%.

Wielozmiennowe analizy statystyczne (regresja logistyczna) wykazały, iż dzielenie się sprzętem do iniekcji ponad czterokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo znalezienia się w grupie osób z przeciwciałami anti-HCV w stosunku do iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy zawsze używali jedynie własnego sprzętu. Trzeba dodać, iż blisko 60% iniekcyjnych użytkowników narkotyków używało chociaż raz w życiu igieł lub strzykawek stosowanych wcześniej przez innych. Osoby zakażone częściej spotykamy wśród tych iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy przebywali w zakładach penitencjarnych, doświadczali bezdomności, dokonywali iniekcji w miejscach szczególnie

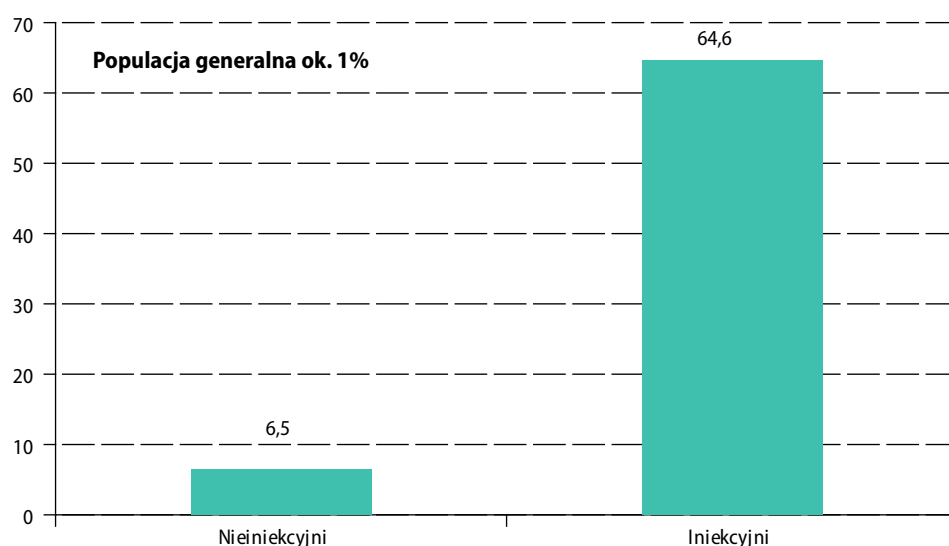
ryzykownych, takich jak publiczne toalety, ulice czy pustostany. Brak możliwości spełnienia podstawowych wymogów sanitarnych przy iniekcyjnym aplikowaniu sobie narkotyków w istotny sposób zwiększa ryzyko zakażenia.

Większość użytkowników narkotyków zakażonych HCV nie wie o tym, bowiem praktyka poddawania się badaniu na obecność przeciwciał anti-HCV należy do rzadkości. Wynika to zarówno z braku przekonania do potrzeby testowania, jak i ograniczonej dostępności testowania (trudności w dostaniu się do lekarza, konieczności płacenia za testy).

Problemowi użytkownicy narkotyków, a zwłaszcza osoby uzależnione, żyją na marginesie społeczeństwa, podlegając procesom wykluczenia i deprywacji społecznej. Wielu z nich to osoby bezdomne, bezrobotne, pozbawione jakiegokolwiek wsparcia społecznego.

Problemowi użytkownicy narkotyków podlegają społecznej stygmatyzacji, u podstaw której leży postrzeganie uzależnienia w kategoriach dewiacji społecznej, a nie przewlekłej choroby. Nawet ci, którzy są skłonni zaakceptować definicję uzależnienia jako choroby, często postrzegają ją w kategoriach choroby zawinionej. Efektem stygmatyzacji społecznej są praktyki dyskryminacyjne, które ograniczają osobom uzależnionym dostęp do świadczeń społecznych i zdrowotnych, w tym do diagnostyki HCV oraz do leczenia. Możliwość podjęcia leczenia HCV bywa uzależniana od podjęcia leczenia uzależnienia w modelu abstynencyjnym. Użytkownicy

Ryc. 1. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród iniekcyjnych i nieiniekcyjnych użytkowników narkotyków (%).



narkotyków, którzy są już zakażeni HCV, mogą stanowić źródło zakażenia dla innych, stąd w ograniczeniu wszelkich barier w dostępie do leczenia HCV tkwi ogromny potencjał profilaktyczny. Jak wynika z badania 24% osób, które były świadome swojego zakażenia, zadeklarowało, że zdarzało im się udostępnić użyty przez siebie sprzęt do iniekcji innym użytkownikom narkotyków. Analogiczny odsetek

wśród osób, u których stwierdzono w screeningu status HCV+, wyniósł 31%.

Programy redukcji szkód, w ramach których obok edukacji w zakresie unikania zachowań szczególnie ryzykownych prowadzi się wymianę igieł i strzykawek, nie są wystarczająco rozwinięte. Brakuje nowoczesnych rozwiązań, takich jak pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji (*injection rooms*), stosowane już w wielu krajach europejskich (Hedrich, 2004). Iniekcijni użytkownicy narkotyków zgłaszają trudności w dostępie do sterylnej sprzętu w aptekach, zdarza się, że odmawia im się sprzedaży, gdy zostają zidentyfikowani jako „narkomani”.

Zapobieganie zakażeniom HCV

Na podstawie wyników badań sformułowano założenia i główne kierunki działań, które zapobiegają zakażeniom HCV wśród problemowych użytkowników narkotyków, zwłaszcza tych, którzy używają narkotyków w drodze iniekcji. W celu zmniejszenia rozpowszechnienia zakażeń HCV w grupie problemowych użytkowników narkotyków należy dążyć do:

- zintensyfikowania i rozszerzenia zakresu działań w obszarze redukcji szkód,
- zapewnienia problemowym użytkownikom narkotyków pełnego dostępu do testowania i leczenia HCV,

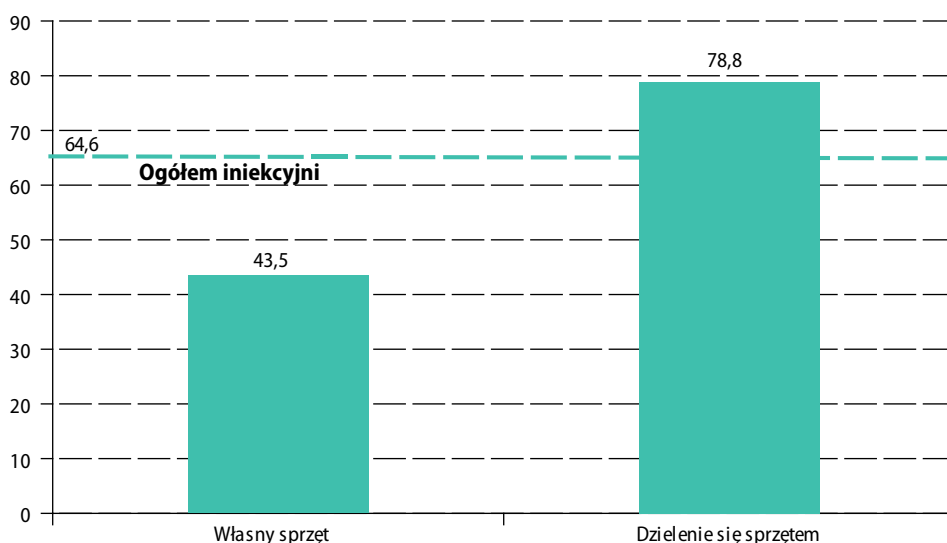
- zmniejszenia poziomu deprivacji społecznej problemowych użytkowników narkotyków oraz zapewnienia opieki w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych,
- ograniczenia stygmatyzacji poprzez ugruntowanie w społeczeństwie postrzegania uzależnienia w kategoriach choroby.

Ograniczenie rozpowszechnienia zakażeń HCV oraz zmniejszenie ryzyka zakażenia w populacji wymaga podjęcia działań we wszystkich wskazanych wyżej obszarach.

Programy redukcji szkód

W zapobieganiu zakażeniom HCV związanym z iniekcyjnym używaniem narkotyków szczególna rola przypada programom ograniczania szkód, w ramach których obok edukacji w zakresie unikania zachowań szczególnie ryzykownych prowadzi się wymianę igieł i strzykawek. Zapewnienie pełnej dostępności sterylnej jednorazowego sprzętu do iniekcji stanowi podstawowy warunek ograniczenia ryzyka. Wymaga to znacznego zwiększenia liczby programów wymiany igieł i strzykawek. Niezbędne również wydaje się podjęcie pracy edukacyjnej wśród aptekarzy, skierowanej na przeciwdziałanie praktykom dyskryminacyjnym aptek w zakresie sprzedaży igieł i strzykawek użytkownikom narkotyków.

Ryc. 2. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków ze względu na dzielenie się sprzętem do iniekcji (%).



Istotne jest także szerokie wdrożenie wypracowanego w ramach Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” modelowego programu edukacyjnego profilaktyki HCV adresowanego do problemowych użytkowników narkotyków. Program powinien stać się rutynowym elementem pracy wszystkich placówek leczenia uzależnień od narkotyków oraz wszystkich programów redukcji szkód. Należy wszystkie placówki wyposażyć w materiały do realizacji

programu (scenariusze zajęć, broszura edukacyjna, film edukacyjny) (Sierosławski, Dąbrowska, 2017).

W niektórych krajach europejskich, takich jak Szwajcaria, Holandia, Niemcy, Hiszpania, Luksemburg, Norwegia, Dania, Grecja, a ostatnio także we Francji, w ramach ograniczania szkód tworzy się tzw. pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji, w których osoby używające narkotyków mogą pod nadzorem odpowiednio wykwalifikowanego personelu zrobić sobie zastrzyk z posiadanej przez siebie substancji psychoaktywnej (Hedrich, 2004). Skuteczność takiego rozwiązania w zapobieganiu zakażeń, nie tylko HCV, ale również HIV, została potwierdzona badaniami i uznawana jest przez organizacje międzynarodowe, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia, Grupa Pompidou Rady Europy, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Warto dodać, iż pozytywnym efektem takiego rozwiązania jest także ograniczenie ryzyka zgonu z powodu przedawkowania narkotyku, bowiem na miejscu dostępna jest natychmiastowa pomoc medyczna. Jak pokazują doświadczenia europejskich metropolii (Frankfurt, Zürich) pokoje bezpiecznych iniekcji

przyczyniają się także do zmniejszenia uciążliwości i zagrożeń wynikających z obecności iniekcyjnych użytkowników narkotyków w przestrzeni miejskiej. Użytkownicy narkotyków, przesiadujący na ulicach i skwerach, nie przyczyniają się do atrakcyjności tych miejsc, a pozostawiane przez nich zużyte igły i strzykawki mogą stanowić zagrożenie zakażeniem HCV także dla okolicznych mieszkańców, zwłaszcza dzieci. Pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji zwykle oferują nie tylko możliwość wstrzyknięcia narkotyku w bezpiecznych warunkach, ale również szeroki wachlarz działań z zakresu redukcji szkód oraz pomocy socjalnej i psychologicznej. Zastosowanie takiego rozwiązania w Polsce powinno zostać zapoczątkowane zrealizowaniem pilotażowego projektu na zasadzie kontrolowanego eksperymentu medycznego. Projekt powinien być realizowany przez medyczną placówkę naukową w

współpracy z organizacją pozarządową doświadczoną w działaniach skierowanych na redukcję szkód.

Punkt bezpiecznych iniekcji powinien być dostępny dla iniekcyjnych użytkowników narkotyków codziennie przez co najmniej 10 godzin. Powinien oferować możliwość iniekcyjnego przyjęcia własnego narkotyku w higienicznych warunkach z zastosowaniem sprzętu jednorazowego użytku dostępnego na miejscu. Oferta punktu nie może się jednak do tego ograniczać, trzeba

zadbać o to, aby jego klienci mogli na miejscu skorzystać z pomocy psychologicznej oraz otrzymać podstawowe wsparcie socjalne. Intensywne oddziaływanie edukacyjno-perswazyjne w kwestii unikania zakażeń HCV oraz zmiany stylu życia byłyby koniecznym uzupełnieniem oferty punktu.

Zorganizowanie punktu będzie wymagać uzyskania akceptacji władz lokalnych, w tym policji i straży miejskiej, a ponadto aprobaty społeczności lokalnej. Przewidzieć zatem należy działania ukierunkowane na przekonanie mieszkańców, jakie korzyści uzyskają także oni z zastosowania tego rozwiązania. Zarówno praca punktu, jak i efekty jego działania należy

poddać ewaluacji, na którą składałyby się zarówno ocena procesu wdrażania, jak i ocena wyników. Ewaluacja powinna odpowiedzieć na pytanie o skuteczność tej metody zapobiegania zakażeniom HCV oraz o możliwości wdrożenia takiego rozwiązania w warunkach naszego kraju.

Diagnostyka i leczenie HCV

Znaczny potencjał profilaktyczny w ograniczaniu rozprzestrzeniania się zakażeń HCV tkwi w objęciu leczeniem zakażonych iniekcyjnych użytkowników narkotyków, zwłaszcza tych, którzy nie rezygnują z używania narkotyków. Leczenie HCV u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach jest rekomendowane przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób

Problemowi użytkownicy narkotyków podlegają społecznej stygmatyzacji, u podstaw której leży postrzeganie uzależnienia w kategoriach dewiacji społecznej, a nie przewlekłej choroby. Nawet ci, którzy są skłonni zaakceptować definicję uzależnienia jako choroby, często postrzegają ją w kategoriach choroby zawinionej. Efektem stygmatyzacji społecznej są praktyki dyskryminacyjne, które ograniczają osobom uzależnionym dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym do diagnostyki HCV oraz do leczenia.

(European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) oraz EMCDDA (ECDC AND EMCDDA GUIDANCE, 2011). Z perspektywy ograniczenia liczby nowych infekcji HCV oraz rozpowszechnienia HCV w populacji leczenie aktywnie używających narkotyków w zastrzykach jest bardziej efektywne niż leczenie osób, które zaprzestały używania narkotyków w iniekcjach (Grebely, Matthews, Lloyd, Dore, 2013). Wyniki leczenia HCV (SVR) u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach są akceptowalne i nie odbiegają od wyników w innych próbach klinicznych. Współczynnik reinfekcji jest niski (Hildsten i wsp., 2013; Aspinall i wsp., 2013). Modele ekonomiczne sugerują, że leczenie HCV u osób aktywnie używających narkotyków w zastrzykach może być bardziej efektywne kosztowo (*cost-effective*) niż leczenie byłych użytkowników narkotyków w iniekcjach, jeśli rozpowszechnienie chronicznych zakażeń HCV wśród użytkowników narkotyków w iniekcjach jest poniżej 60%, co odpowiada ok. 80% przeciwciał anti-HCV (Martin i wsp., 2012; Martin i wsp., 2013). Warto zauważyć, że z taką sytuacją mamy do czynienia w naszym kraju.

Warunkiem podjęcia leczenia jest wykrycie zakażenia. Zapewnienie dostępu iniekcyjnym użytkownikom narkotyków do bezpłatnego testowania na przeciwciała anti-HCV, a następnie osobom z wynikiem pozytywnym do pełnej diagnostyki jest podstawowym wymogiem skutecznej profilaktyki. Ponadto konieczne jest podjęcie działań skierowanych na motywowanie do korzystania z tej oferty.

Bezpłatne testy przesiewowe na przeciwciała anti-HCV powinny być rutynowo oferowane wszystkim zgłaszającym się do leczenia z powodu problemu narkotyków. Testy powinny być też oferowane klientom programów redukcji szkód. Każdy nowy klient powinien być motywowany do zrobienia testu przesiewowego. Ponadto każdy klient powinien mieć możliwość ponownego zrobienia testu w odpowiednim czasie po zdarzeniu zwiększającym ryzyko zakażenia (np. użycie używanej przez kogoś innego igły lub strzykawki).

Należy zadbać o stworzenie i zinstytucjonalizowanie sposobów postępowania wobec osób, u których test przesiewowy dał wynik pozytywny. Na takie procedury powinno składać się udzielenie pomocy psychologicznej w momencie uzyskania pozytywnego wyniku testu, skierowanie na dalszą diagnostykę oraz zadbanie o to, żeby klient tam dotarł, motywowanie klienta do pod-

jęcia leczenia w przypadku diagnozy zakażenia HCV, czuwanie nad przebiegiem leczenia. Osoby używające problemowo narkotyków wymagają szczególnej troski ze względu na swoje deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego. Dlatego potrzebne jest zorganizowanie kompleksowej opieki koordynowanej przez osobę doświadczoną w pracy z uzależnionymi (*case management*) (Ridgely, Willenbring, 1992; Dąbrowska, 2006).

Zaniechania wymagają praktyki dyskryminacyjnej wobec aktywnych użytkowników narkotyków w dostępie do leczenia HCV. Abstynencja od narkotyków nie może być warunkiem przyjęcia do leczenia HCV. Wychodząc naprzeciw trudnościom w zachowaniu reżymu terapii HCV, jakie mogą mieć osoby używające narkotyków, należy wypracować mechanizmy wsparcia i kontroli z zaangażowaniem rodziny oraz służb pomocy osobom z problemem narkotyków.

Przeciwdziałanie wykluczeniu i ograniczenie stygmatyzacji

Stygmatyzacja, która dotyczy problemowych użytkowników narkotyków, stanowi istotną barierę w dostępie do leczenia, a także nie sprzyja kooperacji ze strony użytkowników narkotyków, niezbędnej we wdrażaniu skutecznej profilaktyki HCV. Stygmatyzacja leży u podstaw praktyk dyskryminacyjnych w służbie zdrowia, pomocy społecznej i innych instytucjach. Konieczne zatem jest podjęcie szeroko zakrojonej edukacji publicznej zorientowanej na przeciwdziałanie stygmatyzacji użytkowników narkotyków adresowanej do profesjonalistów (lekarzy, policjantów, pracowników pomocy społecznej, aptekarzy), polityków różnych szczebli i wreszcie całego społeczeństwa.

W zakresie zmniejszania zasięgu wykluczenia społecznego należy zadbać o zapewnienie dostępu do świadczeń pomocy społecznej, zwłaszcza w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych, takich jak schronienie i jedzenie. Bez zaspokojenia tych dwóch podstawowych potrzeb trudno wyobrazić sobie możliwość podjęcia zachowań prozdrowotnych (Karlińska, 2015). Istotną rolę odegrać mogą działania prowadzące do aktywizacji życiowej osób uzależnionych, pomoc w zatrudnieniu, wsparcie w zakresie uporządkowania sytuacji prawnej, wzmacnianie więzi społecznych. Wszystkie te działania powinny przyjąć formę koordynowanej, kompleksowej opieki i wsparcia (*case management*).

Podsumowanie

Wyniki badania problemowych użytkowników narkotyków wskazują, że rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV w tej populacji jest bardzo duże, zwłaszcza gdy w grę wchodzi osoba używająca narkotyków w zastrzykach. Czynniki ryzyka zakażeń HCV występują zarówno po stronie postaw i zachowań użytkowników narkotyków, jak i w sferze uwarunkowań sytuacyjnych dokonywania iniekcji. Dzielenie się igłami i strzykawkami, najpoważniejszy czynnik ryzyka, jest silnie powiązany z dokonywaniem iniekcji w miejscach szczególnie ryzykownych, takich jak publiczne toalety, ulice czy pustostany. Nie wystarczy zatem podnieść poziom wiedzy wśród użytkowników narkotyków na temat ryzyka zakażenia HCV, czy nawet przekonać ich do stosowania podstawowych reguł ograniczania ryzyka zakażenia, trzeba także pomóc im w ich wdrożeniu, kształtując sprzyjające ku temu warunki. Działania związane z wymianą igieł i strzykawk lub organizowanie pomieszczeń do bezpiecznych iniekcji, stanowiące rekomendacje płynące z projektu, są próbą wyjścia naprzeciw potrzebie tworzenia warunków dla zwiększenia bezpieczeństwa iniekcji.

Przypisy

¹ Artykuł podsumowuje wyniki i doświadczenia Projektu KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w części dotyczącej użytkowników narkotyków. Projekt był współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz ministra zdrowia.

Bibliografia

Aspinall E.J., Corson S., Doyle J.S., Grebely J., Hutchinson S.J., Dore G.J. i in., „Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis”, *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl 2, s. 80-89.

Dąbrowska K. (2006) Case management w leczeniu uzależnień – przykład niemiecki. W: B. Bukowska, P. Jabłoński, J. Sierosławski (red.) *Zapobieganie narkomanii – doświadczenia współpracy bliźniaczej Polski i Niemiec*. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, s. 93-108.

ECDC AND EMCDDA GUIDANCE (2011) Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, Stockholm, http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111012_Guidance_Infectious_diseases_IDU_brief.pdf.

Giraudon I., Hedrich D., Duffell E., Kalamara E. and Wiessing L. (2016) „Hepatitis C virus infection among people who inject drugs: epidemiology and coverage of prevention measures in Europe”. In *Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention*, EMCDDA Insights 23, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 17-30.

Grebely J., Matthews G. V., Lloyd A. R., and. Dore G. J. (2013) Elimination of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs Through Treatment as Prevention: Feasibility and Future Requirements, *CID* 2013; 57(7): S1014-20.

Hartnoll R., Balsa C., Griffiths P., Taylor C., Hendricks V., Blanken P., Nolimal D., Weber I., Toussirt M., Ingold R. (1995) *Handbook on Snowball Sampling*. Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe [P-PG/Epid (95) 3].

Hedrich D. (2004) *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: EMCDDA.

Hildsten et al. (2013) Directly Observed Pegylated Interferon Plus Self-Administered Ribavirin for the Treatment of Hepatitis C Virus Infection in People Actively Using Drugs: A Randomized Controlled Trial *Clin Infect Dis.* 2013; 57 Suppl 2: S90–96.

Karlińska A. (2015) Iniekcjoni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin. Raport końcowy, Warszawa, Fundacja Redukcji Szkód.

Martin et al., (2012) Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user population, *Hepatology* 2012;55:49-57

Martin et al. (2013) Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals, *Hepatology* 2013; 58:1598-1609.

Rhodes T., Davis M., Judd A. (2004) Hepatitis C and its risk management among drug injectors in London: renewing harm reduction in the context of uncertainty. *Addiction* 2004; 99(5), s. 621-633.

Ridgely M. S., Willenbring M. L. (1992) Application of case management to drug abuse treatment: overview of model and research issues in case management. NIDA Research Monograph.

Rosińska M., Parda N., Stępień M., Zakrzewska K. (2017) Potrzeby i proponowane metody poszerzenia diagnostyki w kierunku HCV w populacji ogólnej. Projekt 1 - „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”. W: M. J. Wysocki, A. Zieliński, R. Gierczyński (Red.) Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, s. 44-60.

Rosińska M., Sierosławski J. and Wiessing L. (2015) High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio-behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infectious Diseases*, DOI 10.1186/s12879-015-0828-9.

Sierosławski J., Dąbrowska K. (2017) Zapobieganie HCV wśród użytkowników narkotyków. Projekt 2 - „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV” W: M. J. Wysocki, A. Zieliński, R. Gierczyński (Red.) Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, s. 61-72.

Sierosławski J. (2007) Metody badawcze stosowane w monitoringu. W: J. Sierosławski, B. Bukowska, P. Jabłoński (red) *Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*; Warszawa; 2007; 33-92.

Od 2005 roku gminy zostały zobowiązane przepisami Ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii do opracowywania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM

Artur Malczewski

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

Ponad 10 lat temu został wprowadzony nowy obowiązek wspierania działań dotyczący przeciwdziałania narkomanii. Gminy co roku są jednym z największych płatników działań z zakresu profilaktyki uzależnień w ramach lokalnych strategii. W 2016 roku wydały one ponad 37 mln złotych na lokalne programy przeciwdziałania narkomanii. Średnio gmina w Polsce przeznaczyła na ten cel około 2000 złotych (mediana wyniosła 4400 zł). Do mocnych stron polskiego systemu należy oparcie działań jednostek samorządu terytorialnego (JST) na lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii lub strategii przeciwdziałania uzależnieniom. Jest to wskazanie zapisane w ustawie narkotykowej z 2005 roku. Do 2005 roku JST były zobowiązane do opracowania tylko strategii rozwiązywania problemów alkoholowych. Najnowsze dane z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) pokazują, że zdecydowana większość gmin w Polsce posiada strategię w obszarze uzależnień. Zgodnie z danymi z 2016 roku, pochodzącymi z 2113 JST, Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii został opracowany w 965 gminach (w 2015 roku wskaźnik ten wynosił 939), 1148 gmin opracowało wspólny program dla alkoholu i narkotyków – Gminny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom (w 2015 roku 1190 gmin). Nałożenie na gminy w 2005 roku nowego obowiązku wiązało się również ze wskazaniem źródła finansowania

działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Środki pochodzą z tzw. korkowego, czyli z wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

Ponadto w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii znajdowały się zadania dla JST dotyczące monitorowania, czyli powtarzalnej diagnozy problemu narkotyków i narkomanii. Wyznaczenie takich działań miało na celu skłonienie gminy do opracowywania lokalnych strategii w oparciu o lokalną analizę sytuacji zarówno w obszarze problemu, jak i działań zapobiegawczych. W efekcie JST miały możliwość prowadzenia swojej polityki w oparciu o zdefiniowane potrzeby oraz ocenę posiadanych zasobów. Wspieraniem dla tego procesu były szkolenia i publikacje dotyczące monitorowania wydawane przez Krajowe Biuro i Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej¹ w Warszawie. Według najnowszych danych z realizacji KPPN w 2016 roku

W 2016 roku wiele gmin wspierało działania z zakresu profilaktyki wskazującej i selektywnej: 518 gmin finansowało działalność profilaktyczno-wychowawczą świetlic socjoterapeutycznych i ognisk wychowawczych, 378 gmin obozy profilaktyczne, 135 gmin programy wczesnej interwencji adresowane do młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających, np. „Fred goes net” i Szkolna Interwencja Profilaktyczna, a 449 gmin realizowało inne programy skierowane do dzieci i młodzieży z grupy ryzyka.

opracowanych zostało 205 raportów z monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym (w 2015 roku 221), 86 gmin zadeklarowało zlecenie lub prowadzenie badań w populacji generalnej, a 85 gmin wśród młodzieży. Badania te są wykorzystywane jako element lokalnej diagnozy. Do prowadzenia przez JST skutecznych działań potrzebni są partnerzy. W Polsce istnieje szeroka baza organizacyjna do przeciwdziałania narkomanii, oprócz JST

działają: organizacje pozarządowe, placówki lecznicze, placówki oświatowe, ośrodki pomocy społecznej itd. Jest to niewątpliwie mocna strona polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii. Różnorodność partnerów pozwala na tworzenie szerokiej koalicji i korzystanie z zasobów, które są potrzebne do pro-

wadzenia skutecznych działań. Warto podkreślić, iż polskie rozwiązania dla samorządu lokalnego oparte są na decentralizacji działań. Przekazanie w 1999 roku kompetencji władzom samorządowym miało na celu m.in. dostosowanie ich działań do lokalnego kontekstu i korzystanie z lokalnych zasobów. W efekcie JST

Tabela 1. Finansowanie przez gminy programów profilaktyki uniwersalnej w 2015 i 2016 roku.

	2015	2016
Liczba szkół realizujących programy profilaktyki uniwersalnej	10 182	10 171
Liczba placówek systemu oświaty innych niż szkoły realizujących programy profilaktyki uniwersalnej	1765	1653
Liczba osób objętych programami profilaktyki uniwersalnej w systemie oświaty	1 624 897	1 567 511

Źródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN w 2015 i 2016 roku na podstawie danych pochodzących z gmin.

Tabela 2. Działania gmin dotyczące finansowania rekomendowanych programów profilaktyki uniwersalnej w 2015 i 2016 roku.

Nazwa programu	Koordynator programu	Liczba gmin finansujących dany program		Liczba szkół i placówek systemu oświaty		Liczba odbiorców	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016
„Archipelag Skarbów”	Fundacja Homo Homini	135	131	542	352	46 773	48 029
„Fantastyczne Możliwości”	IPiN	17	26	58	95	5097	5096
„Program Domowych Detektywów”	IPiN	64	88	167	243	12 591	13 374
„Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon”	Stowarzyszenie „Epsilon”	22	28	139	157	88 945	28 817
„Program Wzmacniania Rodziny 10–14”	Fundacja „Maraton”	16	22	47	55	1568	2529
„Przyjaciele Zippiego”	Centrum Pozytywnej Edukacji	62	100	151	286	7731	12 914
„Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”	ORE	106	101	243	244	6788	10 564
„Laboratorium Wiedzy Pozytywnej”	Stowarzyszenie Monar	6	7	8	4	339	846
„Spójrz Inaczej dla klas 1-3”	Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej”		114		340		27 106
„Spójrz Inaczej dla klas 4-6”	Stowarzyszenie Psychoprofilaktyki „Spójrz Inaczej”		122		409		34 572
„Trzy Koła”	Fundacja Wychowawców i Młodzieży PROM		15		30		1579
„Debata”	Krzysztof Wojcieszek przy udziale Stowarzyszenia Profilaktycznego Noe		70		217		14 662

Źródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN w 2015 i 2016 roku na podstawie danych pochodzących z gmin (2015 rok N=2 129 i 2016 rok N=2113).

w dużym stopniu angażują się w działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej i mogą podejmować decyzje oparte na analizie własnych potrzeb.

Wspieranie profilaktyki uniwersalnej

Zgodnie z danymi z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2016 roku 1808 gmin wspierało programy profilaktyki uniwersalnej (85%) (w 2015 roku było ich 1804). Realizując działania z tego zakresu, 1213 gmin (w 2015 roku 1250) wspierało realizację programów profilaktycznych na wszystkich poziomach edukacji (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne), 1064 gminy (w 2015 roku 1034) wspierało oferty pozaszkolnych zajęć dla dzieci i młodzieży, 711 gmin (w 2015 roku 756 gmin) programy profilaktyki narkomanii adresowane do rodziców, zaś 632 gminy (w 2015 roku 585) – inne niż ww. działania, zgodne z zadaniami określonymi w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz w art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Spośród programów profilaktyki uniwersalnej, które uzyskały rekomendację Krajowego Biura, IPiN, ORE i PARPA, samorzady gmin najczęściej finansowały realizację programu „Archipelag Skarbów” (131 gmin) oraz „Spójrz Inaczej” dla klas 4-6 (122 gminy). Informacje na temat programów rekomendowanych są dostępne na stronie www.programyrekomendowane.pl. Gminy finansowały również program „Unplugged”,

koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Był on realizowany przez 69 jednostek samorządu terytorialnego i łącznie objął 6406 osób.

W sumie programami rekomendowanymi objęto 202 104 osoby. Warto porównać, jak zmieniło się zaangażowanie samorządu lokalnego we wspieranie programów rekomendowanych. Rok 2012 był pierwszym pełnym rokiem realizacji KPPN na lata 2011–2016, a 2016 ostatnim. W 2012 roku programy rekomendowane były finansowane przez

258 gmin: 46 gmin realizowało „Archipelag Skarbów” (w 2016 roku 131), 17 gmin – program „Fantastyczne Możliwości” (w 2016 roku 26 gmin), 45 gmin – „Program Domowych Detektywów” (w 2016 roku 88), 32 gminy – „Program Wzmacniania Rodziny” (w 2016 roku 22), 34 gminy – program „Unplugged”, „Szkołę dla Rodziców i Wychowawców” wsparły 84 gminy. Łącznie programami rekomendowanymi z obszaru profilaktyki uniwersalnej objęto w 2012 roku 40 345 osób, w 2016 roku liczba ta wzrosła pięciokrotnie, co jest m.in. efektem większej liczby programów w bazie

programów rekomendowanych.

Profilaktyka selektywna i wskazująca

W 2016 roku 1148 gmin wspierało działania z zakresu profilaktyki wskazującej i selektywnej: 518 gmin finan-

Dane z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii wskazują na duże zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego w przeciwdziałanie narkomanii. Wzrasta liczba gmin oraz liczba odbiorców programów rekomendowanych. Najwięcej samorządów finansowało realizację programu „Fred goes net”. Niestety, niewiele mamy takich miast, jak np. Płock, które realizują kilka programów rekomendowanych (osiem w 2016 roku) i wspierają powstanie programów redukcji szkód.

Tabela 3. Działania gmin dotyczące finansowania programów profilaktyki selektywnej i wskazującej w 2015 i w 2016 roku.

	2015	2016
Liczba osób objętych programami profilaktyki selektywnej i wskazującej	107 393	134 170
Liczba osób, które korzystały z pomocy psychologicznej w związku z występowaniem w rodzinie problemu narkotykowego	43 711	33 547
Liczba osób, które korzystały z pomocy prawnej w związku z występowaniem w rodzinie problemu narkotykowego	11 758	3351

Źródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN w 2015 i 2016 roku na podstawie danych pochodzących z gmin (2015 rok N=2 129 i 2016 rok N=2113).

sowało działalność profilaktyczno-wychowawczą świetlic socjoterapeutycznych i ognisk wychowawczych (w 2015 roku 558), 378 gmin obozy profilaktyczne (w 2015 roku 403), 135 gmin programy wczesnej interwencji (w 2015 roku 129) adresowane do młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających, takie jak m.in. „Fred goes net” i Szkolna Interwencja Profilaktyczna, natomiast 449 gmin realizowało inne programy skierowane do dzieci i młodzieży z grup ryzyka (w 2015 roku 489), tj. ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją i wykluczeniem społecznym oraz dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Dodatkowo 449 gmin (w 2015 roku 240) wspierało inne niż wymienione działania, zgodne z zadaniami określonymi w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz w art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wśród których najczęściej wskazywano działania edukacyjno-informacyjne.

Wśród programów profilaktyki selektywnej i wskazującej finansowanych w 2016 roku przez gminy znalazły się także programy rekomendowane. Najwięcej samorządów (74) finansowało realizację programu „Fred goes net”. Dodatkowe informacje na temat ww. programów znajdują się w tabeli 4.

Wyzwania w profilaktyce lokalnej

Do słabych stron polskiego systemu należy zaliczyć fluktuację wśród osób zajmujących się tematyką uzależnień w urzędach gmin i miast, co powoduje brak ciągłości prowadzonych działań i potrzebę ciągłych szkoleń. Zmiany w kadrach powodują, że nie zawsze nowe osoby mają wystarczające kompetencje, aby podejmować działania na swoim terenie. Ponadto pracownicy JST zajmujący się przeciwdziałaniem narkomanii mają w swoich zadaniach nie tylko uzależnienia, ale również inne zagadnienia społeczne. Duże zaangażowanie w finansowanie działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej nie oznacza, że są finansowane skuteczne programy. Nadal wspierane są działania o niskiej efektywności: festyny, pikniki, biegi przeciw narkotykom i występuje akcyjność działań.

Do obszarów, gdzie nastąpiła poprawa, należą programy profilaktyki selektywnej i wskazującej. W niewielkim jednak stopniu JST wspierają programy redukcji szkód oraz postrehabilitacyjne. W 2015 roku programy ograniczania szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków były finansowane zaledwie przez 99 gmin (tj. 5% spośród 2129 gmin, które opracowały gminny pro-

Tabela 4. Działania gmin dotyczące finansowania rekomendowanych programów profilaktyki selektywnej i wskazującej w 2015 i 2016 roku.

Nazwa programu	Koordynator programu	Liczba gmin finansujących dany program		Liczba odbiorców	
		2015	2016	2015	2016
„Fred goes net”	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	57	74	2512	2558
„Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej”	Fundacja Praesterno	7	7	1890	388
„Szkolna Interwencja Profilaktyczna”	IPiN i ORE	24	49	7328	8271
„Środowiskowa Profilaktyka Uzależnień”	Towarzystwo „Nowa Kuźnia”	6	7	713	2315
„Program wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego	6	6	54	67
„Program wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieulubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego	7	4	22	15
„Program Nauki Zachowania”	Niepubliczny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli SOPHIA		7		189

Zródło: Sprawozdania Krajowego Biura z realizacji KPPN w 2015 i 2016 roku na podstawie danych pochodzących z gmin (2015 rok N=2 129 i 2016 rok N=2113).

gram). W przypadku programów postrehabilitacyjnych realizację tego typu działań wsparło 366 gmin (17%).

Inne słabe punkty polskiego systemu to brak platformy współpracy pomiędzy różnymi instytucjami. Poprawy wymaga również integracja działań szkół i samorządów na poziomie lokalnym. Na szkoły nałożono nowe zadania, na które nie ma dodatkowych środków. Zadania te mogłyby być finansowane przez JST. W samym samorządzie wydziały zajmujące się oświatą i uzależnieniami nie zawsze ze sobą współpracują. Na poziomie lokalnym mamy również czasami sytuację różnych perspektyw władz lokalnych i organizacji pozarządowych.

Z drugiej jednak strony JST mają coraz więcej narzędzi, z których mogą korzystać. Rozwija się baza programów rekomendowanych, w której obecnie znajduje się 19 programów. W połowie 2016 roku powstała specjalna strona poświęcona programom: www.programyrekomendowane.pl. Od stycznia 2016 roku weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym, która ma integrować różne działania z obszaru zdrowia. Ustawa uzupełniona jest o Narodowy Program Zdrowia (NPZ). KPPN jest obecnie częścią NPZ. Nowa struktura działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii pozwala gminom na większą elastyczność w wydatkowaniu środków finansowych. Z drugiej strony zwiększyły się środki w instytucjach centralnych, które mogą korzystać z tzw. korkowego.

Standardy w profilaktyce

W Polsce od kilku lat promowane są Europejskie Standardy Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków (EDPQS). Służą temu szkolenia adresowane m.in. do przedstawicieli gmin, publikacje poradników w języku polskim tzw. toolkits czy międzynarodowe konferencje². Pierwsze trzy poradniki EDPQS zostały wydane w języku polskim przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w 2016 (toolkits 1,2 i 4)³, a ostatni został wydany we wrześniu 2017 roku (toolkit 3). Ponadto Polska aktywnie wspiera promowanie Europejskich Standardów w innych krajach. W 2016 roku ekspert Centrum Informacji KBPN przeprowadził szkolenia z Europejskich Standardów na Litwie i Łotwie. We wrześniu jeden z dni corocznego REITOX Akademii w Tallinnie dla krajów bałtyckich i Polski był poświęcony podsumowaniu sukcesów i wyzwań we wdrażaniu standardów w krajach naszego

regionu. Warto wspomnieć, że Rada Europejska wydała w 2015 roku konkluzje dotyczące minimalnych standardów w redukcji popytu na narkotyki, które zostały przedstawione JST na konferencji KBPN w 2015 roku. W tym roku w październiku na konferencji KBPN oraz Res Humanae odbyła się sesja poświęcona standardom z udziałem ekspertów z Grecji, Chorwacji oraz krajów bałtyckich. Do szerokiej gamy różnych działań mających na celu wspieranie jakości w profilaktyce, warto zaliczyć Projekt PROFNET Fundacji Praesterno. Na stronie projektu można znaleźć publikacje dotyczące profilaktyki: <http://www.profnet.org.pl>.

Na zakończenie

Dane z realizacji KPPN wskazują na duże zaangażowanie JST w przeciwdziałanie narkomanii. Warto podkreślić, że wzrasta liczba gmin oraz liczba odbiorców programów rekomendowanych. Niestety, niewiele mamy takich miast, jak np. Płock, które realizują wiele różnych programów rekomendowanych (osiem w 2016 roku), jak również wspierają powstanie programów redukcji szkód. W ubiegłym roku Płock uruchomił program partyworkingowy. Ważnym elementem jest monitoring (diagnoza), który z jednej strony pomaga w podejmowaniu decyzji, na co przeznaczyć nasze środki, a z drugiej strony pozwala na próbę oceny prowadzonych działań. Pozostając przy Płocku, należy wspomnieć, że raport z monitorowania był jednym z bodźców do uruchomienia programu partyworkingowego, a lokalne badania ESPAD pokazały, że wdrażanie programów rekomendowanych przynosi efekty, ponieważ zmniejszyły się wskaźniki dotyczące użytkowników narkotyków w tym mieście. Przykład Płocka pokazuje, że warto na swoim terenie monitorować prowadzone działania, ponieważ pozwala to ocenić ich skuteczność i podjąć nowe działania, które stanowiłyby odpowiedź na ujawnione nowe problemy.

Przypisy

- ¹ Najnowsza publikacja MCPS dotycząca monitorowania dostępna jest na stronie Centrum Informacji w PDF: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=104971>.
- ² W 2016 roku odbyła się międzynarodowa konferencja KBPN i MCPS pt. „Jakość w profilaktyce” (informacje o konferencji: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1063692>) w 2015 roku dotycząca minimalnych standardów (informacje o konferencji: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=836883>).
- ³ Poradniki EDPQS (Europejskich Standardów) dostępne są na stronie CINN KBPN: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=1165849>. Pod koniec roku dostępny będzie on-line również podręcznik numer 3.

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE – NOWE PUBLIKACJE

KIMBERLY S. YOUNG, CRISTIANO NABUCCO DE ABREAU UZALEŻNIENIE OD INTERNETU. PROFILAKTYKA, DIAGNOZA, TERAPIA. PORADNIK DLA TERAPEUTÓW I LEKARZY

Autorzy publikacji zaznaczają we wstępie, że koncentruje się ona na aktualnych badaniach w obszarze uzależnienia od internetu. Podkreślono fakt, iż sieciorholizm jest zjawiskiem nowym, jeszcze do niedawna nieklasyfikowanym przez część środowisk medycznych jako choroba. Zmiana podejścia była konsekwencją dynamicznego wzrostu problemów towarzyszących rozwojowi nowych technologii. Sieciorholizm został uznany za problem narodowy w USA, Chinach, Korei Południowej i na Tajwanie. Uzależnienie od sieci zaczęto badać szerzej pod koniec lat 90. XX wieku. Do dziś jednak nie uzgodniono uniwersalnych standardów – m.in. używana w literaturze naukowej terminologia jest niejednorodna, a narzędzia diagnostyczne mierzą różne zjawiska. Prezentowana publikacja jest – zdaniem autorów – pierwszym wszechstronnym zbiorem aktualnych badań poświęconych uzależnieniu od sieci.

Książka składa się z dwóch części.

Pierwsza – *Rozumienie sieciorholizmu i zachowania w sieci* – to zarys teoretyczny, który wyjaśnia, w jaki sposób można definiować i konceptualizować kompulsywne korzystanie z internetu z perspektywy klinicznej. Prezentowane są wyniki badań epidemiologicznych, umożliwiające oszacowanie zasięgu problemu, modele wyjaśniające psychologiczne uzależnienie od internetu, aktualne teorie na temat czynników ryzyka związanych z natłogowym korzystaniem z internetu. Zidentyfikowane zostały najbardziej uzależniające i problematyczne aktywności w sieci. Opisano sprawdzone narzędzia diagnostyczne pomocne w rozróżnianiu normalnych i kompulsywnych schematów korzystania z internetu. Analizie poddano wybrane rodzaje sieciorholizmu: cyberseks, e-hazard, gry komputerowe. W ramach tej ostatniej kategorii opisane zostało uzależnienie od gier MMORPG (massively multiplayer online role-playing), których przykładami są gry Second life i World of Warcraft. Elementem fascynującej analizy zaprezentowanej w rozdziale były semistrukturalne wywiady z graczami. Opisane zostały wirtualne światy gier MMORPG, sylwetki i motywacje graczy, zanalizowano czynniki przyczyniające się do powstania uzależnienia, a leżące zarówno po stronie gracza, jak i po stronie gry. Omówiono także zjawisko subiektywnego odbioru uzależnienia przez gracza MMORPG.

Druga część publikacji – *Psychoterapia, leczenie i profilaktyka* – poświęcona jest diagnozie i leczeniu sieciorholizmu. Autorzy wskazują na trudność w dostrzeżeniu zaburzenia, spowodowaną popularnością komputerów. Oznaki problemu mogą być łatwo maskowane przez zasadne, niepatologiczne korzystanie z internetu. Książka prezentuje więc zarys strategii wykrywania i ewaluacji problemu. Pomocnym algorytmem kryteriów uzależnienia jest **DIAR**. Skrót ten wywodzi się od poszczególnych etapów, które można zaobserwować w procesie uzależnienia: **D**esire to stop (chęć zaprzestania), **I**nability to stop (niemożność zaprzestania), **A**ttempts to stop (próby zaprzestania), **R**elapse (nawroty). Psychoterapeutycznych metod aktualnie dostępnych w leczeniu uzależnienia od internetu jest niewiele, a te istniejące wciąż są rzadko opisywane w literaturze naukowej. Najczęściej badanym podejściem jest terapia poznawczo-behawioralna (TPB) oraz dialog motywujący (DM). Prezentowane są wyniki badań skuteczności tych podejść. Cristiano Nabucco de Abreau przedstawia zasady Ustrukturyzowanej Terapii Poznawczej, stosowanej w Instytucie Psychiatrii na Uniwersytecie w São Paulo. Przedstawiony został także Program Dwunastu Kroków w leczeniu uzależnień od internetu. Politykę zapobiegania uzależnieniu od internetu w Korei Południowej opisał Jung-Hye Kwon. Aktualne podejścia profilaktyczne opierają się na behawioralnych i poznawczych strategiach, których przykładami są Trening Samozarządzania i Program Kontroli Grania. Zdaniem autora oferta działań profilaktycznych prowadzonych w szkołach jest jednak niewystarczająca. Przeważają programy ograniczone do 8-12 sesji, podczas gdy wyniki badań sugerują, że zapobiegawcza interwencja powinna być znacznie dłuższa i odpowiednio intensywna.

Przedstawiana publikacja jest skierowana do środowisk akademickich i klinicznych – badaczy oraz praktyków m.in. opieki społecznej, poradnictwa w zakresie uzależnień behawioralnych, psychologii, psychiatrii i pielęgniarstwa.

Redakcja

Prawo autorskie dla polskiej edycji – Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydawnictwo – Fundacja Dolce Vita, 2017.

UZALEŻNIENIE OD INTERNETU

Profilaktyka, diagnoza, terapia

Poradnik
dla terapeutów i lekarzy



Kimberly S. Young

Cristiano Nabucco de Abreau

Dolce Vita

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE – NOWE PUBLIKACJE

BRYAN E. ROBINSON PRZYKUCI DO BIURKA. PORADNIK DLA PRACOHOLIKÓW, ICH MAŁŻONKÓW I DZIECI ORAZ TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ

Autor – dr Bryan Robinson – jest emerytowanym profesorem Uniwersytetu Karoliny Północnej w Charlotte, członkiem Amerykańskiego Instytutu Stresu i licencjonowanym psychoterapeutą, autorem wielu publikacji akademickich i poradników samopomocy.

Prezentowana publikacja jest polską edycją trzeciego wydania. Pierwsze miało miejsce w 1998 roku. W trzecim wydaniu książka przeszła metamorfozę. Część pierwsza – *Uzależnienie od pracy: nowy amerykański bożek* – opisuje problem pracoholizmu. Część druga – *Leczenie uzależnienia od pracy* – koncentruje się na rozwiązywaniu problemu i zawiera cztery nowe rozdziały nieobecne we wcześniejszych wydaniach.

Autor podkreśla, że główna różnica między aktualną sytuacją w zakresie uzależnienia od pracy a sytuacją, jaka miała miejsce w momencie publikacji pierwszego wydania, polega na postępie w rozumieniu pracoholizmu i świadomości zagrożeń związanych z tym problemem. Obecnie w coraz większej liczbie krajów na całym świecie ten problem jest rozpoznawany i rozwiązywany. Rozwija się ruch Anonimowych Pracoholików, zwiększyła się liczba badań poświęconych uzależnieniu od pracy. Jednocześnie intensyfikacji uległa sama praca. Autor przytacza dane,

z których wynika, że tydzień pracy wydłużył się w USA z 44 godzin w 1998 roku do 60 godzin w 2013 roku. Wraz z wydłużeniem czasu pracy gwałtownie podniósł się poziom związanego z nią stresu. Badania wskazują, że presja związana z pracą jest drugą najczęstszą przyczyną stresu wśród Amerykanów, zaraz po kłopotach finansowych.

Istotną trudnością w radzeniu sobie z problemem uzależnienia od pracy jest częste traktowanie pracoholizmu raczej jako zalety niż wady. Postawa sugerująca, iż pracoholicy są w istocie szczęśliwi, gdyż robią to, co kochają, obecna jest nie tylko w opinii społecznej, można ją spotkać nawet w publikacjach naukowych. Chociaż pracoholizm stał się pojęciem powszechnie używanym, nie został włączony do oficjalnej nomenklatury psychiatrycznej i psychologicznej – nie został ujęty w DSM-5 (piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika chorób umysłowych*), opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Pracoholizm jest definiowany przez autora publikacji jako *zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, które manifestuje się poprzez narzucone sobie wymagania, nieumiejętność regulowania nawyków pracy oraz czerpanie nadmiernej przyjemności z pracy kosztem innej aktywności*. Zdaniem autora książka dostarcza wnikliwego spojrzenia na uzależnienie od pracy. Obala mity, podważa błędne przekonania oraz stara się wyjaśnić zjawisko przy zastosowaniu klinicznych, empirycznych badań. Publikacja pokazuje destrukcyjny wpływ przepracowywania się nie tylko na pracoholików, ale także na osoby żyjące w ich otoczeniu – partnerów, dzieci i współników.

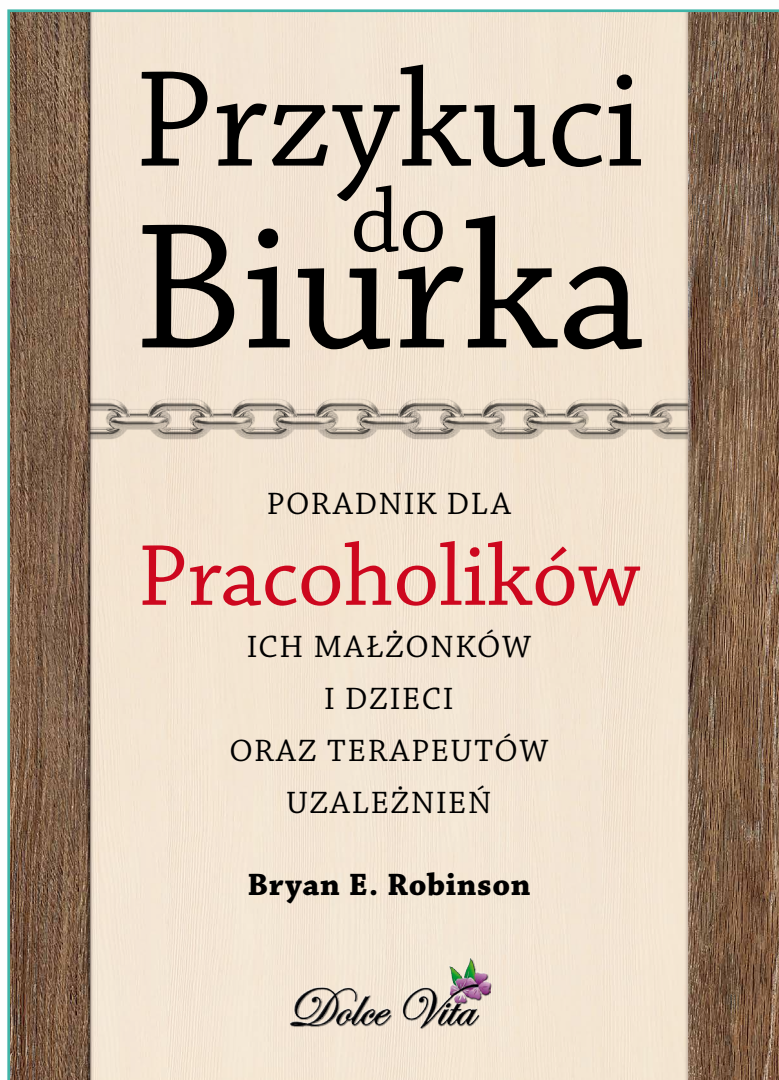
Autor poddaje pod rozważenie sentencję Rudyarda Kiplinga: *Więcej ludzi umarło z przepracowania, niżby uzasadniała to doniosłość ich pracy*.

Redakcja

Prawo autorskie dla polskiej edycji – Ministerstwo Zdrowia i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydawnictwo – Fundacja Dolce Vita, 2016.

Publikacja dostępna w KBPN.



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: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.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