



# Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (82) 2018

NR 2

2018

# SPIS TREŚCI

## Prawo

### ASPEKTY PRAWNE ZASAD ORGANIZACJI I UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W PUBLICZNYCH PRZEDSZKOLACH, SZKOŁACH I PLACÓWKACH

*Katarzyna Syroka-Marczewska* ..... 1

## Analiza

### KANNABINOIDY W MEDYCYNIE

*Anna Klimkiewicz, Agata Jasińska* ..... 5

## Profilaktyka

### PROFILAKTYCZNY PATCHWORK, CZYLI SZKOLNA PROFILAKTYKA DLA NASTOLATKÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

*Marcin J. Sochocki* ..... 10

### SZKOLNY PROGRAM PROFILAKTYKI

*Anna Borkowska* ..... 17

## Leczenie, redukcja szkód

### REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY REALIZACJI PROGRAMU „CANDIS”

*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska, Janusz Sierosławski* ..... 21

### SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA W REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ CZ. II

*Janusz Strzelecki* ..... 28

## Badania, raporty

### CO ZYSKUJĄ SPECJALIŚCI W EFEKCIE NAUKI I STOSOWANIA DIALOGU MOTYWUJĄCEGO?

*Olga Mrozowska* ..... 31

### NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE NA ŚWIECIE – RYNEK CORAZ BARDZIEJ ZRÓŻNICOWANY

*Artur Malczewski* ..... 39

### PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE – NAJNOWSZY RAPORT EMCDDA

..... 44

## Recenzja

DEPRESJA NASTOLATKÓW. JAK JĄ ROZPOZNAĆ, ZROZUMIEĆ I POKONAĆ ..... 48

### UZALEŻNIENIA TECHNOLOGICZNE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY.

TEORIA, PROFILAKTYKA, TERAPIA – WYBRANE ZAGADNIENIA ..... III okładka

## Internet

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE – BAZA PLACÓWEK POMOCOWYCH ..... IV okładka

*1 września 2017 roku weszło w życie nowe rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach<sup>1</sup> (dalej: Rozporządzenie). Celem niniejszego opracowania będzie omówienie aspektów prawnych w przedmiotowym zakresie (bez analizy psychologicznej).*

# ASPEKTY PRAWNE ZASAD ORGANIZACJI I UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W PUBLICZNYCH PRZEDSZKOLACH, SZKOŁACH I PLACÓWKACH

*Katarzyna Syroka-Marczewska*  
Prawnik

Każdy z nas ma inną osobowość, różne też potrzeby wynikające chociażby z wieku, w jakim się znajdujemy. Zaspokajanie tych potrzeb umożliwia rozwój danej osoby. O ile dorosły potrafi sama o siebie zadbać w tym zakresie, o tyle dzieci, osoby małoletnie potrzebują wsparcia. Jedną z płaszczyzn jest wsparcie psychologiczno-pedagogiczne. Przedszkole/szkoła są jednym z pierwszych środowisk, w którym może zostać dokonane rozpoznanie potrzeb dziecka i udzielone mu stosowne wsparcie, jeśli tego potrzebuje. Szczególna w tym zakresie jest rola nauczycieli, którzy w środowisku szkolnym mogą zaobserwować pierwsze symptomy trudności dziecka.

## **Pomoc psychologiczno-pedagogiczna**

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu jego indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce. Celem jest wspieranie potencjału rozwojowego ucznia i stwarzanie warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna może zostać udzielona z inicjatywy ucznia lub jego rodziców. Uprawnieni w tym zakresie są także m.in. nauczyciele, wychowawcy oraz asystenci rodziny. O pomoc można także poprosić

organizację pozarządową, inną instytucję/podmiot działający na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. W porównaniu z poprzednimi aktami wykonawczymi poszerzono katalog osób inicjujących udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej o asystenta nauczyciela, asystenta wychowawcy świetlicy oraz przedstawicieli organizacji pozarządowej, instytucji lub podmiotu działających na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. Bez względu na powyższe, należy podkreślić, że korzystanie z takiej pomocy jest zawsze dobrowolne. Nie wiąże się także z kosztami, tzn. jest nieodpłatne.

O potrzebie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną informuje się rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia. Ponadto o ustalonych dla ucznia formach, okresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiarze godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane, dyrektor niezwłocznie informuje pisemnie, w sposób przyjęty w danym przedszkolu, szkole lub placówce, rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia.

W Rozporządzeniu dookreślono zadania nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów, podkreślając, że prowadzenie rozpoznania indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów, w tym prowadzenie obserwacji pedagogicznych, ma na celu rozpoznawanie mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności

w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających jego uczestnictwo w środowisku szkolnym. Podkreślono także konieczność współpracy nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów w zakresie wspierania ucznia i udzielania mu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, także w trakcie bieżącej pracy, oraz dostosowania sposobów i metod pracy do możliwości indywidualnych ucznia. Istnieje także możliwość pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla rodziców uczniów i nauczycieli. Ma ona formę porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń.

Wśród zmian, które weszły w życie 1 września 2017 roku na uwagę zasługuje fakt, iż dodano nową formę pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tj. zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia. Obejmuje ona zajęcia edukacyjne, organizowane dla ucznia wspólnie z oddziałem szkolnym, oraz indywidualnie zajęcia z nauczycielem. Objęcie ucznia zindywidualizowaną ścieżką wymaga opinii publicznej poradni<sup>2</sup>, z której wynika taka potrzeba. Do wniosku o wydanie opinii w tym zakresie dołącza się dokumentację określającą trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole. Jeżeli opinia ma dotyczyć ucznia objętego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia, należy udokumentować także wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym. W przypadku ucznia uczęszczającego do przedszkola lub szkoły do wniosku o wydanie opinii dołącza się także ocenę nauczycieli i specjalistów uczestniczących w edukacji. Nauczyciele prowadzący zajęcia z uczniem objętym zindywidualizowaną ścieżką podejmują działania ukierunkowane przede wszystkim na poprawę jego funkcjonowania w przedszkolu lub szkole.

W Rozporządzeniu wskazano, że zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się oraz zajęcia specjalistyczne prowadzi się przy wykorzystaniu aktywizujących metod pracy. Dodano ponadto nową formę pomocy, tj. zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się. Zajęcia te powinny być organizowane w celu podnoszenia efektywności uczenia się.

Podczas rozpoznawania specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia należy zatem uwzględnić przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie

danej osoby. Należy też wspierać mocne strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia. Bez wątpienia w praktyce jest to trudne zadanie i wymaga ogromnego zaangażowania i świadomości ze strony dorosłych. Nie mam na myśli jedynie świadomości prawnej, ale przede wszystkim świadomości dotyczącej rozwoju dziecka oraz jego potrzeb. Wydaje się zatem, że warto skupić się na rozpoznaniu sytuacji i warunków, które determinują to, jak uczeń funkcjonuje. Współpraca z rodzicami bez wątpienia ułatwia tę diagnozę i dostosowanie wsparcia do potrzeb danej osoby.

Nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści w przedszkolu, szkole i placówce prowadzą w szczególności:

1) w przedszkolu – obserwację pedagogiczną mającą na celu wczesne rozpoznanie u dziecka dysharmonii rozwojowych i podjęcie wczesnej interwencji, a w przypadku dzieci realizujących obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne obserwację pedagogiczną zakończoną analizą i oceną gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole (diagnoza przedszkolna),

2) w szkole – obserwację pedagogiczną w trakcie bieżącej pracy z uczniami mającą na celu rozpoznanie u uczniów: trudności w uczeniu się, w tym w przypadku uczniów klas I-III szkoły podstawowej deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych oraz ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się, a także potencjału ucznia i jego zainteresowań. Obserwacja powinna także uwzględniać szczególne uzdolnienia dziecka i wspomagać uczniów w wyborze kierunku kształcenia i zawodu.

Kolejną zmianą jest wprowadzenie klas terapeutycznych organizowanych dla uczniów wymagających dostosowania organizacji i procesu nauczania oraz długotrwałej pomocy specjalistycznej z uwagi na trudności w funkcjonowaniu w szkole lub oddziale wynikające z zaburzeń rozwojowych bądź ze względu na stan zdrowia. Możliwość ta jest kolejną proponowaną formą wsparcia ucznia w systemie oświaty. Zmiana ma na celu umożliwienie uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi uczęszczania do szkoły i organizowania im kształcenia odpowiadającego ich potrzebom. Trudności w funkcjonowaniu ucznia nie powinny stanowić przyczyny pozbawienia go możliwości kontaktu z rówieśnikami i uczestniczenia w życiu społeczności przedszkolnej lub szkolnej. Priorytetem działań każdego przedszkola i szkoły powinno być bowiem dążenie do pełnego, rzeczywistego włączenia i integracji z rówieśnikami ucznia, w tym ucznia niepełnosprawnego,

zarówno poprzez wspomaganie rozwoju samego ucznia, indywidualizację i wspieranie go podczas zajęć z klasą, jak i likwidowanie barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia w grupie rówieśniczej i uczestnictwo w życiu szkoły. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że liczba uczniów w klasie terapeutycznej nie może przekraczać 15.

W sytuacji, w której udzielana uczniowi pomoc psychologiczno-pedagogiczna nie przynosi efektów i nie następuje poprawa funkcjonowania ucznia, dyrektor szkoły i placówki, za zgodą rodziców ucznia, może wystąpić do poradni psychologiczno-pedagogicznej z wnioskiem o przeprowadzenie pogłębionej diagnozy specjalistycznej problemu ucznia w celu wskazania sposobu rozwiązania tego problemu. Wniosek ten powinien zawierać m.in. informacje o rozpoznanych indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych ucznia oraz potencjale rozwojowym ucznia. Należy odnieść się także do występujących trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu, szkole i placówce lub szczególnych uzdolnieniach ucznia oraz działaniach podjętych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole i placówce, formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi w przedszkolu, szkole lub placówce, okresie ich udzielania oraz efektach podjętych działań i udzielanej pomocy.

### Formy<sup>3</sup> pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Formy wsparcia psychologicznego mogą być różne. W przedszkolu pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z dzieckiem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

- 1) zajęć rozwijających uzdolnienia<sup>4</sup>,
- 2) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
- 3) zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,
- 4) porad i konsultacji.

W szkole pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez

zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

- 1) klas terapeutycznych,
- 2) zajęć rozwijających uzdolnienia,
- 3) zajęć rozwijających umiejętności uczenia się,
- 4) zajęć dydaktyczno-wyrównawczych,
- 5) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
- 6) zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych,
- 7) zindywidualizowanej ścieżki kształcenia,
- 8) porad i konsultacji,
- 9) warsztatów.

W placówce pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów, a także w formie:

- 1) zajęć rozwijających uzdolnienia,
- 2) zajęć rozwijających umiejętności uczenia się,
- 3) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym,
- 4) zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych,
- 5) porad i konsultacji,
- 6) warsztatów.

W szkole dla dorosłych pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej pracy ze słuchaczem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

- 1) zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu,
- 2) porad i konsultacji,
- 3) warsztatów i szkoleń.

### Raport Najwyższej Izby Kontroli

Przed wejściem w życie omawianego Rozporządzenia Najwyższa Izba Kontroli (dalej: NIK) weryfikowała sytuację w zakresie opieki psychologiczno-pedagogicznej. Jak wynika z treści raportu NIK: „dzieciom i młodzieży szkolnej nie zapewniono w latach 2014–2016 wystarcza-

jącej opieki psychologiczno-pedagogicznej. Blisko połowa szkół publicznych nie zatrudniała na odrębnym etacie ani pedagoga, ani psychologa. Często decyzja o przyjęciu do pracy specjalistów w szkole była uwarunkowana nie skalą potrzeb, lecz sytuacją ekonomiczną samorządu<sup>75</sup> (szczegółowe informacje na temat wyników kontroli znajdują się na stronie internetowej [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)). W roku szkolnym 2015/2016 na jedną szkołę przypadało średnio 0,75 etatu pedagoga i 0,2 etatu psychologa. Mniej specjalistów było w szkołach wiejskich: 0,55 etatu pedagoga i 0,09 etatu psychologa. Zróżnicowanie w dostępie do specjalistów w zależności od lokalizacji szkoły potwierdza także liczba wyodrębnionych etatów psychologa przypadających na 1 tys. uczniów. W 2016 roku dla szkół położonych w mieście wskaźnik ten wynosił 0,89, a dla szkół na wsi 0,57<sup>76</sup>. Jednocześnie należy podkreślić, że w okresie objętym kontrolą jedynym wskaźnikiem stosowanym do opisanego zagadnienia dotyczącego pomocy psychologiczno-pedagogicznej była liczba dzieci i młodzieży objętych różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej w stosunku do liczby uczniów ogółem. W ocenie NIK taki wskaźnik jest niewystarczający do oceny sytuacji, ponieważ nie odnosi podejmowanych działań do istniejących potrzeb dzieci i młodzieży. Ponadto za jego pomocą nie można ocenić efektów pomocy udzielanej dzieciom i młodzieży.

## Uwagi końcowe

„Czasami bywa tak, że terapeuci próbują przenieść własne doświadczenia z grup treningowych czy terapeutycznych na obszar pracy z dziećmi, co jest dla tych ostatnich zbyt trudnym doświadczeniem. Dzieci na ogół oczekują tego, że dorosły (wychowawca, terapeuta) pokieruje tym, co ma się stać, czy co powinny robić. Warto pamiętać jednak o tym, żeby nie ingerować w sposób ograniczający w aktywność i możliwości dziecka. Wyważenie proporcji między kierowaniem, wychowywaniem a zostawianiem swobody jest czymś niezwykle ważnym. Nikt, kto pracuje z dziećmi, nie ma tego dane, tego można i trzeba się nauczyć – przez kontaktowanie się z dziećmi, zastanawianie się nad tym, co dzieje się w kontakcie z nimi, wreszcie przez otrzymywanie informacji zwrotnych w postaci superwizji czy konsultacji”<sup>77</sup>.

Przepisy, które weszły w życie 1 września 2017 roku przewidują szereg narzędzi, które umożliwiają wsparcie psychologiczne i pedagogiczne. Wprowadzane od kilku lat zmiany w przepisach dotyczących pomocy psychologiczno-pedagogicznej

wskazywały na działania szkoły mające na celu rozpoznawanie i zaspokajanie specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Nowe przepisy, jak czytamy w uzasadnieniu do projektu, mają na celu uszczegółowienie zadań nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów. Ponadto po konsultacjach społecznych uwzględniono niektóre uwagi, w związku z czym pomoc psychologiczno-pedagogiczna może być organizowana i udzielana we współpracy m.in. z organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży. Wydaje się, że takie rozwiązanie poszerza katalog osób o specjalistycznej wiedzy i doświadczeniu, które mogą zostać zaangażowane w rozwój dzieci i młodzieży. Bez względu jednak na treść Rozporządzenia w mojej ocenie kluczowe jest stosowanie prawa w praktyce i zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania, aby wsparcie psychologiczno-pedagogiczne mogło być realizowane.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591).
- <sup>2</sup> Przed wydaniem opinii, publiczna poradnia we współpracy z przedszkolem lub szkołą oraz rodzicami ucznia albo pełnoletnim uczniem przeprowadza analizę funkcjonowania ucznia uwzględniając efekty udzielanej dotychczas przez przedszkole lub szkołę pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Opinia zawiera dane i informacje, o których mowa w przepisach w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, a ponadto wskazuje zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym, okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny oraz działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły.
- <sup>3</sup> Zajęcia rozwijające uzdolnienia organizuje się dla uczniów szczególnie uzdolnionych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 8. Z kolei zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizuje się dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, w tym specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 5. Zajęcia logopedyczne organizuje się dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 4. Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne organizuje się dla uczniów przejawiających trudności w funkcjonowaniu społecznym. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 10, chyba że zwiększenie liczby uczestników jest uzasadnione potrzebami uczniów. Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym organizuje się dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi mających problemy w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce oraz z aktywnym i pełnym uczestnictwem w życiu przedszkola, szkoły lub placówki. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 10.
- <sup>4</sup> Efektywne uczenie się jest w dużej mierze uzależnione od wyboru właściwej metody uczenia się, w zależności od zakresu merytorycznego przedmiotu nauki oraz umiejętności rozpoznania czynników wpływających na ten proces. Istotne jest nabywanie przez uczniów umiejętności sprawnego czytania ze zrozumieniem oraz technik wspomagających zapamiętywanie.
- <sup>5</sup> <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-pomocy-psychologiczno-pedagogicznej-dla-uczniow.html>
- <sup>6</sup> Ibidem.
- <sup>7</sup> M. John-Borys, „Pomoc psychologiczna dla dzieci”, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, nr 6, 2009.

*Przetwory konopi indyjskich stanowią najczęściej sprzedawany i najpowszechniej używany narkotyk na świecie. Według WHO rocznie w celach rekreacyjnych używa ich ok. 147 mln ludzi, co stanowi 2,5% światowej populacji. W 2011 roku około 4,2 mln Amerykanów spełniało kryteria diagnostyczne dotyczące nadużywania lub uzależnienia od konopi, co przewyższa łączną liczbę osób stosujących w celach odurzających i rekreacyjnych środki przeciwbólowe, uspokajające, kokainę, halucynogeny i heroinę.*

## KANNABINOIDY W MEDYCYNIE

Anna Klimkiewicz

Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Agata Jasińska

Stowarzyszenie „Młody Lekarz”

W XIX w. wielu praktyków przypisywało konopiom właściwości lecznicze. Irlandzki lekarz William B. O’Shaughnessy stosował konopie w leczeniu tężca i „chorobach konwulsyjnych”. Co ciekawe, ówczesne choroby konwulsyjne są odpowiednikiem dzisiejszych padaczek, które obecnie próbuje się leczyć preparatami kannabinoidów – trwają badania w tym kierunku. Mniej więcej w tym samym czasie francuski lekarz Jean-Jacques Moreau de Tours używał marihuany w terapii zaburzeń psychicznych. Niewiele później, w 1851 roku, konopie zostały włączone do 3. edycji Pharmacopoeia of the United States, szczegółowo opisującej sposoby przygotowywania ekstraktów i nalewek z suszonych kwiatów marihuany, stosowanych jako środek przeciwbólowy, nasenny i przeciwdrgawkowy („The health effects of cannabis and cannabinoids”, 2017). Jednak rosnące obawy związane ze skutkami używania konopi i wprowadzanie nowych regulacji prawnych doprowadziło do ich usunięcia z 12. edycji U.S. Pharmacopoeia w 1942 roku.

### Popularność konopi

Przetwory konopi indyjskich stanowią najczęściej sprzedawany i najpowszechniej używany narkotyk na świecie. Według WHO rocznie w celach rekreacyjnych

używa ich ok. 147 mln ludzi, co stanowi 2,5% światowej populacji. W 2011 roku około 4,2 mln Amerykanów spełniało kryteria diagnostyczne dotyczące nadużywania lub uzależnienia od konopi, co przewyższa łączną liczbę osób stosujących w celach odurzających i rekreacyjnych środki przeciwbólowe, uspokajające,

*Konopie indyjskie zawierają ponad 500 potencjalnie aktywnych farmakologicznie składników. Wśród nich zidentyfikowano dotychczas ponad 100 kannabinoidów. Inne wyodrębnione substancje obejmują terpenoidy, flawonoidy oraz związki azotowe. Spośród obecnych w konopiach kannabinoidów największą popularność zyskał THC, będący podstawową substancją odpowiedzialną za wywołanie objawów intoksykacji.*

kokainę, halucynogeny i heroinę. W 2014 roku w USA było ok. 22,2 mln aktualnych użytkowników marihuany. Oznacza to, że w populacji powyżej 12. roku życia co najmniej 8,4% osób używało przetworów konopi indyjskich w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. W ostatnich latach w USA liczba osób w wieku powyżej 12. roku życia, które potwierdzały używanie konopi, zwiększyła się o 35%. W 2013 roku zostało przeprowadzone badanie ilościowe na reprezentatywnej próbie Polaków powyżej 15. roku życia. Z uzyskanych danych wynika, że używanie przetworów konopi

kiedykolwiek w życiu potwierdziło 6,6% respondentów, kontakt z nimi w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem zadeklarowało odpowiednio 2,4% i 1,1% respondentów (Malczewski i Misiurek, 2013). Również z danych opublikowanych przez EMCDDA wynika, że konopie są najczęściej używanym nielegalnym narkotykiem w Polsce. Po marihuanę sięgają najczęściej młodzi dorośli w wieku 25-34 lata. W 2014 roku 1 osoba na 10 w wieku 15-34 lata zgłosiła używanie

marihuany w roku poprzedzającym badanie. Analiza długoterminowa wskazuje, że używanie konopi w Polsce potrojiło się w latach 1995–2015 (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – raport 2017). Chcąc oszacować używanie przez polską młodzież substancji psychoaktywnych, w 2015 roku w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano badanie na reprezentatywnej próbie uczniów klas III szkół gimnazjalnych (wiek: 15-16 lat) i klas II szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17-18 lat). Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, stawia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach III gimnazjalnych tego środka używało ponad 19% uczniów, w klasach II szkół ponadgimnazjalnych – 31,5% (Sierosławski, 2015).

W 2016 roku Centrum Badania Opinii Społecznej zrealizowało badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016”. Badanie zostało przeprowadzone na ogólnopolskiej losowej próbie 82 dziennych szkół ponadgimnazjalnych i zasadniczych szkół zawodowych. Łącznie w badaniu udział wzięło 1724 uczniów. Jego wyniki wskazują, że najczęściej używanymi substancjami były marihuana i haszysz, do przyjmowania których kiedykolwiek w życiu przyznało się w 2016 roku 42% badanej młodzieży. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przetwory konopi używał co piąty uczeń, a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (CBOS, 2017).

Również przeprowadzane co 4 lata (między rokiem 2004 a 2016) badania mokotowskie (obejmujące dzielnice Warszawy: Mokotów, Ursynów oraz Wilanów), realizowane wśród 15-letniej młodzieży, jednoznacznie wskazują na dominację przetworów konopi wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych używanych w populacji młodzieży. W 2016 roku po substancje te sięgnęło około 13% uczniów.

## Rosnąca akceptacja dla używania konopi i jej medyczny aspekt

Na rosnące rozpowszechnienie używania konopi wpływa wiele czynników. Jednym z nich są zmieniające się opinie na temat szkodliwości tego narkotyku – z badania ESPAD wynika, że w 1995 roku 53% 15–16-latków było zdania,

iż okazjonalne palenie marihuany wiąże się z dużym ryzykiem, ale już w 2015 roku odsetek ten spadł do 31% (IPIŃ, badania mokotowskie, 2016). Kolejnymi takimi czynnikami są: wzrost dostępności konopi, powracające debaty na temat legalizacji i depenalizacji marihuany, jak również coraz częściej pojawiające się informacje na temat skuteczności kannabinoidów w leczeniu niektórych schorzeń lub łagodzeniu ich objawów. Procesy te kształtują rosnącą akceptację dla używania konopi. Wzrasta przy tym liczba krajów decydujących się na legalizację medycznej marihuany.

Obecnie konopie są stosowane w celach terapeutycznych w 29 stanach USA, dystrykcie Kolumbii, Guam i Portoryko oraz w wielu krajach Europy (EMCDDA, 2017), m.in. w: Austrii, Belgii, Czechach, Danii, Finlandii, Francji, Niemczech, Włoszech, Szwecji, Portugalii, Rumunii, a także np. w Kanadzie, Australii, Argentynie, Kolumbii, Meksyku, Chile, Izraelu.

Zmiany w statusie prawnym konopi wprowadzono niedawno również w Polsce. Ustawa z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, której przepisy weszły w życie 1 listopada 2017 r., wprowadziła rozwiązania umożliwiające sporządzanie leków recepturowych na bazie konopi innych niż włókniste.

Wskazana ustawa wytycza kierunek korespondujący ze światowymi trendami liberalizacji prawa narkotykowego w zakresie stosowania konopi w medycynie.

O coraz większej akceptacji społeczeństwa dla leczenia konopiami i jej przetworami świadczą wyniki badań opinii publicznej. Z sondażu przeprowadzonego w USA przez Quinnipiac University w 2016 roku wynika, że stosowanie medycznej marihuany popierało tam 81% respondentów (Bridgeman, Abazia, 2017). W badaniu „Młodzież 2016” młodych respondentów zapytano o opinię na temat stosowania konopi w celach medycznych: 31% ankietowanych uważało, że pacjenci powinni mieć możliwość stosowania konopi w takich celach, ale wyłącznie w ramach terapii eksperymentalnej. Prawie co piąty badany (18,4%) popierał możliwość stosowania w celach medycznych konopi, które powinny być dostępne w aptekach i sprzedawane na receptę, a 14% respondentów opowiedziało się za możliwością stosowania medycznej marihuany i uprawy konopi na swoje potrzeby lecznicze. W opinii 12% badanych uprawianie



konopi w celach medycznych powinno się odbywać na podstawie specjalnego zezwolenia i pod nadzorem lekarzy. Za rozwiązaniem, które umożliwiłoby uprawianie i dystrybuowanie konopi w celach terapeutycznych przez specjalnie do tego powołaną instytucję opowiedziało się 7% respondentów. Przeciwno stosowaniu medycznej marihuany było 3% badanych, a 12% nie miało zdania na ten temat („Młodzież 2016”, CBOS, 2017).

Zwolennicy medycznego używania kannabinoidów wskazują na ich potencjalną skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu opornych na rutynową terapię chorób. Powołują się przy tym na wyniki prowadzonych badań oraz fakt ich terapeutycznego stosowania w historii ludzkości. Dowody te, w ich opinii, stanowią wystarczające uzasadnienie dla powszechnego używania konopi, szczególnie w kontekście prawa do dostępu do wszelkich korzystnie działających terapii, którego nieprzestrzeganie narusza podstawowe wolności człowieka.

W opinii oponentów argumenty mające przemawiać za efektywnością medycznego używania konopi są przesadzone. Mówią oni o lekceważeniu skutków zdrowotnych długotrwałego przyjmowania kannabinoidów, wskazując, że prawdziwym celem zwolenników wprowadzenia marihuany do leczenia jest zwiększenie jej dostępności dla celów rekreacyjnych.

Krytycy stosowania marihuany w celach medycznych powołują się także na stanowisko dwóch amerykańskich instytucji rządowych, tj. Drug Enforcement Administration (DEA) oraz the Food and Drug Administration (FDA), odpowiedzialnych za klasyfikowanie substancji w amerykańskim prawodawstwie, a konkretnie w Controlled Substances Act, który określa w Stanach Zjednoczonych federalną politykę w odniesieniu do narkotyków. Aktualnie marihuana jest wpisana do wykazu I stanowiącego załącznik do ww. ustawy, co oznacza, że jej stosowanie wiąże się z wysokim ryzykiem nadużywania oraz że aktualnie nie posiada ona akceptowanego zastosowania medycznego w Stanach Zjednoczonych (dane DEA).

Konopie indyjskie należą do roślin o działaniu psychoaktywnym. Zawierają one ponad 500 potencjalnie aktywnych farmakologicznie składników. Wśród nich zidentyfikowano dotychczas ponad 100 kannabinoidów (Lafaye i wsp., 2017). Inne wyodrębnione substancje obejmują terpenoidy, flawonoidy oraz związki azotowe. Spośród obecnych w konopiach kannabinoidów największą popularność zyskał  $\Delta 9$ -tetrahydrokannabinol

(THC), będący podstawową substancją odpowiedzialną za wywoływanie objawów intoksykacji. W organizmie człowieka THC działa jako agonista receptorów kannabinoidowych typu 1 (CB1) oraz typu 2 (CB2). Receptory CB1 są rozmieszczone przede wszystkim w ośrodkowym układzie nerwowym. W mniejszym zagęszczeniu występują one również w komórkach nerek i wątroby. Natomiast receptory CB2 wykryto przede wszystkim w komórkach układu odpornościowego oraz krwiotwórczego.

Zasadniczo kannabinoidy występują w konopiach indyjskich głównie jako ich karboksylowe prekursorzy (kwas  $\Delta 9$ -tetrahydrokannabinolowy [THCA] i kwas kannabidiolowy [CBDA]).  $\Delta 9$ -THC jest syntetyzowany w kwiatach, liściach i przylistkach żeńskiej rośliny (NAS, 2017).

Konopie i ich przetwory są przyjmowane na różne sposoby. Najpopularniejszą metodą służącą intoksykacji jest palenie. Znacznie rzadziej użytkownicy wybierają inhalowanie przez specjalne waporyzatory, spożywanie w napojach czy używanie odparowywanego produktu. Kannabinoidy mogą być również wchłaniane (w minimalnej ilości) przez skórę i tkanki błony śluzowej, stosowane miejscowo w kremach, plastrach lub czopkach doodbytniczych. Niektóre z przetworów konopi są dostępne w postaci artykułów spożywczych – ciasteczek, przekąsek, napojów. Na bazie konopi produkuje się również popularne produkty kosmetyczne. Wybór sposobu konsumpcji jest uzależniony od przyjmowanej formy rośliny (kwiaty, żywica, olej). Co istotne, droga podania w dużym stopniu wpływa na intensywność i czas trwania efektów psychotropowych, a co za tym idzie potencjał uzależniający. Konsumpcja konopi wywołuje szczególną kombinację uczucia euforii i zrelaksowania, powszechnie określanego jako „haj”.

Palenie marihuany powoduje szybkie przedostanie się  $\Delta 9$ -THC do mózgu i pojawienie się stanu euforii. Przy tej drodze przyjmowania efekt euforyzujący pojawia się zwykle od kilkunastu sekund do kilku minut od przyjęcia. Maksymalne stężenie we krwi  $\Delta 9$ -THC osiąga po ok. 30 minutach od spożycia, i po tym czasie dość szybko spada – w ciągu 1-3 godzin. „Wapowanie” działa w czasie podobnie do palenia i wiąże się z analogicznym do palenia uczuciem „haju”, jednak jest pozbawione istotnego, szkodliwego dla zdrowia elementu, jakim jest spalanie konopi. Proces palenia, podobnie jak w przypadku tytoniu, jest związany z powstawaniem i inhalowaniem do dróg oddechowych użytkownika licznych produktów

kancerogennych (rakotwórczych): benzopirenu, benzoantracenu, fenoli, wolnych rodników itp.

Istnieje również tzw. dabbing, polegający na odparowywaniu koncentratów na bazie oleju konopnego przy użyciu butanu. Taka metoda powoduje silniejszy efekt odurzający niż palenie czy „wapowanie” (Loflin i Earleywine, 2014).

Doustne przyjmowanie przetworów konopi wiąże się ze znacznie opóźnionym efektem działania THC. Spożywanie w postaci pożywienia przynosi pierwsze objawy intoksykacji po ok. 30 minutach do nawet 2 godzin od przyjęcia. Poczucie euforii i mniej nasilony w tym przypadku „haj” jest wydłużony w czasie i trwa od 5 do 8 godzin, czasem nieco dłużej. Powolne działanie doustnie przyjmowanych konopi jest spowodowane czasochłonną drogą wchłaniania. Spożywany z pokarmem  $\Delta 9$ -THC wchłania się do krwiobiegu dopiero w jelicie cienkim, następnie dostaje się z krwią do wątroby, a tam jest metabolizowany do aktywnego farmakologicznie psychoaktywnego 11-OH-THC (Huestis i wsp., 1992). Podczas intoksykacji wzrasta wrażliwość użytkownika na określone bodźce, wzmacnia się postrzeganie kolorów i dźwięków, zmiana ulega percepcja czasu, zwiększa się łaknienie na potrawy słodkie i tłuste. Niektórzy użytkownicy doświadczają przyjemnego uczucia określanego czasem jako „rush” i „buzz”.

Te subiektywne efekty używania konopi są często związane ze upośledzoną pamięcią krótkotrwałą. Obserwuje się również suchość w jamie ustnej, zaburzone postrzeganie i zdolności motoryczne – upośledzenie koordynacji ruchowej. W momencie osiągnięcia przez  $\Delta 9$ -THC największego stężenia we krwi użytkownik może doświadczać ataków paniki, paranoicznych myśli, ale również halucynacji (omamów).

W ciągu ostatnich pięciu dekad obserwuje się systematyczny wzrost zawartości THC w konopiach dostępnych w różnych krajach. W latach 70. poziom THC zawartego w konopiach pochodzących z Anglii i Holandii był niższy niż 3%. Obecnie stężenie THC wzrosło do poziomu 16% w Anglii i 20% w Holandii. Aktualnie możliwe jest uzyskiwanie poziomu THC sięgającego nawet 40%. Tradycyjnie haszysz zawiera THC i CBD w podobnych proporcjach. Jakkolwiek nowe odmiany konopi, takie jak sinsemilla, mają wysoki poziom THC i praktycznie nie zawierają CBD. Uważa się, że używanie konopi o wysokim stężeniu THC może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem

wystąpienia zaburzeń psychotycznych (Lafaye i wsp., 2017; Murray i wsp., 2016).

A amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) wydała trzy licencje na leki produkowane na bazie kannabinoidów. Dronabinol, będący rodzajową nazwą syntetycznego  $\Delta 9$ -THC, sprzedawany pod nazwą handlową Marinol<sup>®</sup>, jest stosowany w łagodzeniu nudności i przeciwdziałaniu wymiotom związanym z chemioterapią oraz stymulowaniu apetytu u pacjentów z AIDS dotkniętych syndromem wyniszczenia. Syntetyczny analog  $\Delta 9$ -THC, nabilon (Cesamet<sup>®</sup>), jest przepisywany w podobnych wskazaniach. Zarówno dronabinol, jak i nabilon są podawane doustnie.

W lipcu 2016 roku FDA zatwierdziła do stosowania Syndros<sup>®</sup>, płynny preparat dronabinolu, stosowany w leczeniu pacjentów cierpiących na nudności i wymioty wywołane chemioterapią, którzy nie zareagowali na konwencjonalne terapie przeciwwymiotne. Lek ten jest również wskazany w terapii jadłowstrętu występującego u pacjentów z HIV/AIDS. FDA bada dodatkowe preparaty na bazie kannabinoidów. Jednym z nich jest nabiximols (Sativex<sup>®</sup>), zawierający ekstrakt z konopi złożony z  $\Delta 9$ -THC i CBD w stosunku jeden do jednego. Nabiximols występuje w postaci sprayu na śluzówkę jamy ustnej i jest wskazany w łagodzeniu objawów towarzyszących stwardnieniu rozsianemu oraz wspomagająco w leczeniu przeciwbólowym u pacjentów z nowotworem. Od września 2016 roku nabiximols jest stosowany w 15 krajach, w tym w Kanadzie, Hiszpanii, Niemczech, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii. Sativex jest obecnie jedynym lekiem kannabinoidowym zarejestrowanym w Polsce. Jest on zalecany w leczeniu spastyczności mięśniowej i bólu u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. W 2013 roku FDA zezwoliło na prowadzenie badań nad preparatem Epidiolex<sup>®</sup>, zawierającym skoncentrowany olej konopny z CBD > 98%, stosowanym jako środek przeciwdrgawkowy w zespołach Dravet i Lennox-Gastaut (NAS, 2017). W marcu 2016 roku w ramach National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine został powołany komitet ekspertów (Committee on the Health Effects of Marijuana), którego zadaniem było przeprowadzenie kompleksowego przeglądu literatury opublikowanej po 1999 roku, dotyczącej badań nad zdrowotnymi skutkami (zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi) używania konopi oraz ich składników.

Komitet przedstawił wyniki przeprowadzonej analizy, formułując wnioski dotyczące terapeutycznej skutecz-

ności oraz innych zdrowotnych efektów stosowania marihuany. Wynika z nich, że istnieją dowody płynące z randomizowanych i poprawnych metodologicznie badań na skuteczność kannabinoidów w leczeniu:

- nudności i wymiotów po chemioterapii (podanie doustne),
- bólu przewlekłego (podanie doustne lub wziewne/vap),
- spastyczności i bólu w stwardnieniu rozsianym (podanie doustne).

Niejednoznaczne wyniki uzyskano natomiast w analizie badań dotyczących skuteczności kannabinoidów w następujących wskazaniach medycznych:

- brak łaknienia/wyniszczenie w HIV/AIDS,
- brak łaknienia/wyniszczenie w chorobach nowotworowych i anorexia nervosa,
- zespół jelita drażliwego,
- jaskra,
- padaczka,
- spastyczność po urazach ośrodkowego układu nerwowego,
- Zespół Tourette'a,
- stwardnienie zanikowe boczne,
- choroba Huntingtona,
- choroba Parkinsona,
- zaburzenia zachowania w otępieniu,
- urazy czaszkowo-mózgowe,
- podtrzymywanie abstynencji u osób uzależnionych od THC,
- zaburzenia lękowe,
- depresja,
- bezsenność,
- zaburzenie stresowe pourazowe,
- schizofrenia i inne psychozy.

Oznacza to, iż powyższe choroby i wskazania wymagają prowadzenia dalszych badań celem potwierdzenia bądź wykluczenia wobec nich skuteczności leków na bazie kannabinoidów.

Pomimo stałego wzrostu stosowania konopi zarówno w celach medycznych, jak i rekreacyjnych, istniejące dowody odnoszące się do krótko- i długoterminowych skutków przyjmowania marihuany, nie zostały ostatecznie potwierdzone. W przeciwieństwie do innych substancji, których przyjmowanie może się wiązać z ryzykiem (takich jak alkohol czy tytoń), dotychczas nie opracowano żadnych standardów bezpiecznego używania i dawkowania marihuany. W celu uzyskania jednoznacznych i rozstrzygających dowodów w tym zakresie konieczna

jest metodologiczna standaryzacja badań. Istotne jest również staranne projektowanie badań i ich rygorystyczne przeprowadzanie, co umożliwi uzyskanie precyzyjnych, adekwatnych i kompleksowych wyników (NAS, 2017).

## Bibliografia

- Azofeifa A., Mattson M.E., Schauer G., McAfee T., Grant A. and Lyerla R., „National estimates of marijuana use and related indicators—National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002–2014”, *The Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries* 65(11): 1-28, 2016.
- Bridgeman M.B., Abazia D.T., „Medicinal Cannabis: History, Pharmacology, And Implications for the Acute Care Setting”, *Pharmacy and Therapeutics* 2017 Mar; 42(3): 180-188.
- CBOŚ – Młodzież 2016. Fundacja Badania Opinii Społecznej, 2017.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality, „Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014, National Survey on Drug Use and Health 2015 (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50).
- Drug Enforcement Administration (DEA) <https://www.dea.gov/druginfo/ds.shtml>
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Poland, *Country Drug Report 2017 EMCDDA*, Lisbon, June 2017.
- Huestis M.A., Henningfield J.E. and Cone E.J., „Blood cannabinoids and absorption of THC and formation of 11-OH-THC and THCCOOH during and after smoking marijuana”, *Journal of Analytical Toxicology* 1992; 16(5): 276-282.
- IPiN, *Badania mokotowskie 2016. Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2017.
- Lafaye G., Karila L., Blecha L., „Benyamina; Cannabis, cannabinoids, and health”, *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(3): 309-316.
- Loflin M. and Earleywine M., „A new method of cannabis ingestion: The dangers of dabs?”, *Addictive Behaviors* 2014; 39(10): 1430-1433.
- Long T., Wagner M., Demske D., Leipe C. and Tarasov P.E., „Cannabis in Eurasia: Origin of human use and Bronze Age trans-continental connections”, *Vegetation History and Archaeobotany* 2016; 25:1-14.
- Malczewski A., Misiurek A., „Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013 roku – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Murray R.M., Quigley H., Quattrone D., Englund A., Di Forti M., *Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis*, *World Psychiatry* 2016 Oct; 15(3): 195-204.
- NAS; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/24625.
- Russo E.B., „History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet”, *Chemistry and Biodiversity* 2007; 4(8):1614–1648.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku.

*Oferta profilaktyczna dotycząca substancji psychoaktywnych dla adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest bardzo uboga. Do końca 2017 roku w powszechnym użyciu nie funkcjonowały żadne programy adresowane do tej grupy, które uznać by można za spełniające standardy profesjonalnej profilaktyki. Trudno też znaleźć badania dotyczące problematyki używania substancji psychoaktywnych przez tę młodzież<sup>1</sup>. Dostrzegając te potrzeby, pod koniec 2017 roku, z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Poza Schematami przygotowała program profilaktyczny dla tej populacji, bazujący na naukowych podstawach<sup>2</sup>. W niniejszym artykule przedstawiam niektóre wyniki jakościowej diagnozy, która poprzedzała opracowanie tego programu<sup>3</sup>.*

## PROFILAKTYCZNY PATCHWORK, CZYLI SZKOLNA PROFILAKTYKA DLA NASTOLATKÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

*Marcin J. Sochocki  
Fundacja Poza Schematami*

Podstawowym celem diagnozy było poznanie charakterystyki (ewentualnego) problemu używania środków odurzających, nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku 13-16 lat. Ponadto badanie obejmowało poznanie opinii nauczycieli uczących młodzież z tej grupy na temat potrzeb uczniów dotyczących profilaktyki uniwersalnej. Diagnoza służyła również zdobyciu informacji dotyczących praktycznych aspektów wdrażania programów profilaktycznych w szkolnych społecznościach: identyfikacji potencjałów i ograniczeń.

Diagnozę przeprowadzono za pośrednictwem czterech zogniskowanych wywiadów grupowych: dwóch z adolescentami z grupy docelowej i dwóch z nauczycielami uczącymi młodzież należącą do tej grupy. Wszystkie wywiady zrealizowano w maju 2017 roku w dwóch miejskich szkołach specjalnych. Uczestniczyło w nich 13 nauczycielek oraz 16 nastolatków (w tym 4 uczennice). Wywiady z adolescentami, oprócz niżej podpisanego, prowadziła także komoderator<sup>4</sup>. Wprowadzenie takiego rozwiązania służyło przede wszystkim ochronie młodzieży w przypadku pojawienia się trudnych sytuacji związanych z poruszonymi podczas badań tematami. W poniższej prezentacji wyników, z uwagi na ramy objętościowe tego artykułu, zrezygnowałem z przytaczania cytatów z wypowiedzi respondentów. Zawęziłem też

lub pominąłem opis niektórych wątków, pozostawiając jednak odniesienia do nich w podsumowaniu.

### **Uczniowie o używaniu substancji psychoaktywnych i innych problemach**

Wywiady z uczniami rozpoczynały się od pytań dotyczących sposobów spędzania wolnego czasu. Badani, wymieniając różne aktywności – gry komputerowe, planszowe, jazdę na rolkach lub na rowerze, grę w piłkę, pomoc w domu, czytanie książek i in., w pierwszych skojarzeniach, w żadnym przypadku nie wskazali na używanie substancji psychoaktywnych.

Uczniowie dopytywani o czas spędzany w gronie rówieśników, relacjonowali, że zdarzają się sytuacje, w których ma miejsce przemoc werbalna i fizyczna. Mówiono, że dochodzi do niej podczas spotkań (imprez) w szkole oraz w innych miejscach bez nadzoru nauczycieli i osób starszych. Wśród wymienianych problemów opisy sytuacji dotyczących przemocy pojawiały się jako pierwsze. W dalszej kolejności wskazywano na konsumpcję legalnych substancji psychoaktywnych – napojów alkoholowych i papierosów. Relacjonowano, że do okazjonalnego, incydentalnego spożywania alkoholu dochodzi za wiedzą lub z inicjatywy członków rodziny. Z drugiej strony osoby używające narkotyków,

pijące i palące papierosy kategoryzowane były łącznie jako osoby zachowujące się irracjonalnie, szkodzące swojemu zdrowiu (np. spowolnienie wzrostu), podejmujące zachowania, które mogą prowadzić do śmierci. Wskazywano także na nieprzyjemne doznania, jakich doświadcza otoczenie osób palących tradycyjne papierosy. Badani stwierdzali, że znają osoby, które używają nielegalnych substancji psychoaktywnych, spotkali się także z ofertą ich użycia.

Stwierdzano, że sięganie po narkotyki, palenie papierosów i picie napojów alkoholowych przez osoby w wieku respondentów nie stanowi normy. Wypowiadające się osoby mówiły, że wśród koleżanek i kolegów z klasy pali wyraźna mniejszość. Problem ten dotyczy głównie starszych nastolatków. Pijących rówieśników opisywano jako wyróżniających się w sposób negatywny. Używanie substancji psychoaktywnych przez adolescentów kojarzono z łamaniem prawa i sankcjami, takimi jak pozbawienie wolności rodziców, odesłanie do izby dziecka lub domu dziecka. Wśród skojarzeń pojawiały się też określenia w rodzaju „rodzina patologiczna”.

## **Nauczycielki: definiowanie potrzeb uczniów i obszarów problemowych**

Wśród potrzeb uczniów z zakresu profilaktyki nauczycielki wskazywały na międzyrówieśniczą przemoc werbalną i fizyczną. Opisywanym problemem była też autoagresja. Relacjonowano, że czasem dochodzi do przejawów przemocy werbalnej skierowanej wobec kadry. Nauczycielki odnotowywały także przejawy cyberprzemocy wobec rówieśników, ostatnio zdarzył się też incydent cyberprzemocy, której ofiarami byli pedagodzy.

Zdaniem wypowiadających się osób jednym z istotnych problemów były absencje uczniów na zajęciach. Kwestię sięgania po substancje psychoaktywne postrzegano głównie poprzez palenie papierosów, a w dalszej kolejności używanie alkoholu. Mówiono, że barierą w sięganiu przez uczniów z grupy docelowej po będące w legalnym obrocie używki jest ich koszt. Dlatego opisywano np. sytuacje, w których jednego papierosa palili kilku uczniów, a w okolicy szkoły można było kupić papierosy na sztuki. Respondentki relacjonowały, że zdarza się, iż alkohol lub papierosy są oferowane przez osoby z rodziny (rodziców). Problem używania narkotyków wypowiadające się nauczycielki postrzegały głównie jako

zagrożenie występujące poza szkołą, ale jej dotyczące, tzn. przypuszczały, że niektórzy uczniowie palili marihuanę poza placówkami i być może przychodzili pod jej wpływem na lekcje. Mówiono, że był jeden wykryty przypadek użycia amfetaminy. Stwierdzano także, że młodzież dorasta w środowiskach, w których jest łatwy dostęp do narkotyków.

Opisując potrzeby uczniów w kontekście profilaktyki, mówiono, że nie mała część dzieci, oprócz niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, posiada także inne zaburzenia, np. ADHD. Stwierdzano, że znacząca liczba uczniów jest w trakcie farmakoterapii z użyciem środków, w przypadku których nie jest wskazane używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Wskazywano, że problemem w pracy profilaktycznej mogą być ograniczone umiejętności uczniów w różnieniu norm odnoszących się do akceptowanego lub nieakceptowanego społecznie zachowania. Zdaniem wypowiadających się nauczycielek, z uwagi na niepełnosprawność, uczniom trudniej przychodzi internalizacja nie tylko norm, ale i stojących za nimi wartości. W opinii nauczycielek uczniowie mają też ponadprzeciętne trudności w konstruktywnym wyrażaniu emocji oraz w komunikacji.

## **Profilaktyka w szkole – doświadczenia i potrzeby uczniów**

Adolescenci mówili, że nauczyciele podejmują wobec nich działania profilaktyczne dotyczące używania substancji psychoaktywnych, a także napojów energetycznych. Relacjonowane działania wychowawczo-profilaktyczne obejmowały także zasady zachowania się na drodze, pomoc przedmedyczną i akty wandalizmu. Wśród wymienianych sposobów oddziaływań mówiono o: apelach, rozmowach/pogadankach z grupami uczniów, konkursach plastycznych, prezentacjach filmów, prezentacjach komputerowych (slajdy, filmy).

W warstwie merytorycznej opisywane działania dotyczące substancji psychoaktywnych odwoływały się m.in. do edukacji negatywnej i polegały na informowaniu o skutkach zachowań ryzykownych oraz na straszeniu konsekwencjami używania substancji (np. śmierć). W przypadku napojów energetycznych będących w posiadaniu uczniów, podejmowane były działania interwencyjne, które polegały na ich wylewaniu. Ponadto

mówiono o zajęciach socjoterapeutycznych, których jednym z celów była profilaktyka.

## **Działalność profilaktyczna szkół – relacje nauczycielek**

Opisując zakres tematów (obszarów) podejmowanych przez szkoły w ramach profilaktyki, badane nauczycielki mówiły o zdrowym odżywianiu, dbaniu o kondycję fizyczną (ruch), AIDS i innych chorobach zakaźnych, legalnych i nielegalnych substancjach psychoaktywnych oraz o przemocy i cyberprzemocy. Ponadto wymieniono wczesne wspomaganie rozwoju dzieci (przed ich pójściem do szkoły).

Nauczycielki proszone były o bardziej szczegółowy opis działalności profilaktycznej szkół. Mówiono, że profilaktyka stanowi przemyślany i z góry zaplanowany zestaw działań, w który angażuje się cała społeczność szkolna. W jednej ze szkół wspomniano przy tym o opieraniu się na rezultatach analiz uprzednich działań, w tym na wynikach badań (o charakterze ilościowym – ankiety). Mówiono, że zdarza się tak, że cele edukacyjne ustępują przed celami wychowawczymi (w tym profilaktycznymi) i nauczyciele odkładają realizację celów danej lekcji, zajmując się w pierwszej kolejności rozwiązaniem jakiegoś problemu dotyczącego zachowań uczniów.

Opisywane działania odnosiły się do wszystkich poziomów profilaktyki: uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Relacjonowano, że w placówkach prowadzone były tzw. programy autorskie, adresowane do wszystkich uczniów z danej klasy, realizowane przez nauczycieli ze szkoły; pedagodzy wykorzystywali też programy zewnętrzne (np. Sanepidu) lub ich elementy, ta grupa obejmuje też działania zawierające elementy *product placement* określonych marek (producentów środków higienicznych, żywności). Relacjonowano, że systematyczne, całoroczne działania o charakterze profilaktycznym podejmowane były w ramach zajęć socjoterapeutycznych. Prowadzono konsultacje dla rodziców, których celem było ustalanie indywidualnych planów rozwiązania problemów wychowawczych dzieci. W szkołach wdrażane były ponadto projekty realizowane przez podmioty zewnętrzne – specjalistów do spraw uzależnień, organizacje pozarządowe i służby mundurowe. Oprócz programów (zajęć cyklicznych), organizowano apele, pogadanki (w tym spotkania z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych,

które zachowywały abstynencję), szkoły uczestniczyły w festynach i akcjach (np. prowadzonych przez samorząd) lub je (współ)organizowały. Uczniowie brali udział w testach wiedzy o uzależnieniach. Podkreślano, że jednym z elementów profilaktyki był monitoring wizyjny. Zdaniem wypowiadających się osób cele profilaktyczne realizowane były podczas grupowych wyjazdów turystycznych uczniów, gdy podopieczni uczyli się różnych umiejętności związanych z samoobsługą i odnoszących się do sfery kontaktów interpersonalnych. Stosowano także kaskadowy system przekazywania informacji – najpierw szkoleni byli nauczyciele, następnie zdobyte podczas zajęć informacje przekazywali oni członkom szkolnej społeczności.

W opisywanych działaniach wykorzystywano zarówno aktywne techniki pracy z młodzieżą (np. elementy dramy, zabawy edukacyjne, dyskusje), jak i bierne (wykłady, prezentacje). Techniki angażujące młodzież zwykle odnosiły się do zajęć cyklicznych, zaś bierne stanowiły główny sposób oddziaływań zajęć jednorazowych, takich jak pogadanki (organizowane czasem w formie apelu)<sup>5</sup>. Część profilaktyki opierano na międzyuczniowskiej rywalizacji, organizując konkursy plastyczne i in. Czasem profilaktyka stawała się elementem sankcji, gdy np. uczniowie mieli wykonać plakat o charakterze antytytoniowym lub antyalkoholowym, jako konsekwencję złego zachowania, przekroczenia norm szkolnego regulaminu. W przypadku znalezienia przy uczniu zakazanych w placówce rzeczy, np. wysokosłodzonych napojów gazowanych zawierających kofeinę, były one niszczone (np. poprzez publiczne wylewanie). Mówiono, że czasem cele wychowawcze (w tym profilaktyczne) starano się osiągnąć, okłamując uczniów, np. udzielając nieprawdziwych informacji na temat zakresu szkolnego monitoringu. Opisywano też przypadki straszenia uczniów interwencją policji.

Stwierdzano, że w osiągnięciu celów profilaktycznych pomocny jest respekt, jaki wzbudza policja lub straż miejska, dlatego przedstawiciele tych służb zapraszano nie tylko na realizację pogadanek, ale także na wizyty „prewencyjne”, w trakcie których umundurowani funkcjonariusze wizytowali szkoły. Jednym z celów działań podejmowanych przez strażników miejskich było zapoznanie uczniów z rodzajami narkotyków, ich wyglądem i sposobami konfekcjonowania na nielegalnym rynku, czasem tego rodzaju działania (wobec dzieci i rodziców) podejmowali nauczyciele. Przedstawiciele miejscowej

komendy uświadamiali uczniom konsekwencje łamania prawa, a czasem robili to nauczyciele. Policjantów wzywano też do placówek wtedy, gdy dochodziło do bójek między uczniami. Wówczas rolą funkcjonariuszy było przeprowadzenie rozmów z adolescentami na temat ich niewłaściwych zachowań.

## Klimat społeczny szkół i współpraca z rodzicami z perspektywy nauczycielek

Nauczycielki, opisując relacje interpersonalne pomiędzy uczniami a kadrami pedagogicznymi, stwierdzały, że dzieci mają do nich zaufanie, są otwarte. Dzięki stosunkowo nielicznym klasom kadra zna wszystkich uczniów. Twierdzono, że uczniowie i nauczyciele darzą się sympatią, a jednocześnie podawano przykłady, gdy uczniowie, nawet podczas konfrontacji, ukrywali prawdę przed nauczycielami.

Mówiono, że wychowawcy klas znali też rodziny podopiecznych. Podawano, iż wizytują je przynajmniej raz w roku (sami lub w towarzystwie np. pedagoga szkolnego), a jeśli trzeba, to są z nimi w ciągłym kontakcie. Oceniano, że w działania szkoły angażuje się mniejszość rodziców – głównie matki. Ta grupa rodziców, która wymaga największego wsparcia, zwykle niezbyt chętnie współpracuje. Nauczycielki mówiąc o rodzicach, stwierdzały, że większość to osoby słabo uposażone, często korzystające ze świadczeń pomocy społecznej, słabo wykształcone, nierzadko o niskim poziomie inteligencji. Zdaniem wypowiedzających się osób część matek i ojców jest intelektualnie upośledzona. Stwierdzano, że wśród rodziców znaczną część stanowią osoby nieporadne życiowo, mające szereg deficytów w zakresie umiejętności wychowawczych.

## Podsumowanie

### Zagrożenia, potrzeby i potencjały z perspektywy profilaktyki uniwersalnej

Pierwsze skojarzenia uczniów dotyczące sposobów spędzania przez nich czasu wolnego nie zawierały informacji na temat substancji psychoaktywnych. **Można na tej podstawie domniemywać, że używanie ich nie jest zachowaniem codziennym, zwyczajnym.** Wśród pierwszoplanowych problemów wymieniano między

dzyrówieśniczą przemoc werbalną i fizyczną. Także nauczycielki zwracały uwagę na ten problem, poszerzając jego zakres o cyberbullying, wskazując przy tym na źródła przemocy: nieumiejętność konstruktywnego wyrażania emocji, niedostateczne kompetencje interpersonalne, zaburzenia w funkcjonowaniu rodzin – nieprawidłowe wzorce socjalizacyjne. Wydaje się, że **oddziaływanie na te i inne przyczyny przemocy w międzyrówieśniczych relacjach powinno stanowić ważny element profilaktyki, zmierzając w kierunku budowania (wzmacniania) pozytywnego klimatu społecznego klas i placówek.** Nauczycielki wskazały jeszcze na problem autoagresji, jednak, jak się wydaje, nie jest to problem, który można by sytuować w ramach profilaktyki uniwersalnej.

Uczniowie mówili, że osoby ze środowiska rodzinnego częstowały ich papierosami i napojami alkoholowymi. Informacje te znalazły potwierdzenie w opiniach nauczycielek. Młodzi respondenci relacjonowali ponadto, że w ich otoczeniu są osoby sięgające po narkotyki, opisywali sytuacje ekspozycji. Także i te relacje były zbieżne ze stwierdzeniami nauczycielek. Zebrane informacje wskazują na **potrzebę kształtowania wśród uczniów umiejętności asertywnego dbania o własne zdrowie oraz równoległego oddziaływania na rodziców, celem ograniczenia ryzyka wystąpienia sytuacji ekspozycji.** Być może w przypadku części uczniów mamy do czynienia z problemami, które, jako adresatów działań, sytuują ich już na granicy między profilaktyką uniwersalną a selektywną. Jest to tym bardziej prawdopodobne, gdy uwzględnimy opisywane przez nauczycielki dodatkowe zaburzenia, które dotyczą niektórych uczniów i wymagają np. stosowanej na co dzień farmakoterapii.

Na podstawie wypowiedzi adolescentów identyfikowalny jest potencjał, który można wykorzystać w profilaktyce – **używanie legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych, w tym nowych substancji psychoaktywnych i środków zastępczych, nie stanowiło normy dla badanych uczniów.** Mówiono, że mniejszość rówieśników pali papierosy czy pije alkohol. Wydaje się, że dla uczniów różne substancje psychoaktywne tworzyły (mimo niekiedy zdobytych już doświadczeń) jeden zbiór – rzeczy, po które nie należy sięgać, zaś osoby w wieku respondentów łamiące tę normę, opisywane były w sposób negatywny. Wśród skojarzeń pojawiły się też asocjacje, które być może były efektem naznaczania (doświadczanego przez samych respondentów lub osoby

z ich otoczenia) i odnosiły się do sankcji czy procedur interwencyjnych podejmowanych przez różne służby oraz piętnowania rodzin adolescentów używających substancji psychoaktywnych. Opisy rodzin uczniów przedstawione przez nauczycielki uprawdopodobniają tę hipotezę. Badane relacjonowały, że większość dzieci dorasta w niezamożnych rodzinach, przejawiających różne dysfunkcje. Skojarzenia uczniów mogły być zatem refleksem procesów marginalizacji, których doświadczali i/lub których się obawiali. **W kontekście profilaktyki warto rozważyć zasadność uwzględnienia tego aspektu diagnozy, kierując oddziaływania na wzmocnienie poczucia własnej wartości w odniesieniu do potencjału własnego i rodzinnego.**

### Praktyka szkół w zakresie profilaktyki

Uczniowie dostrzegali działalność profilaktyczną szkół i wyróżniali ją spośród innych rodzajów oddziaływań. Opisywane przez badanych praktyki, których doświadczali, opierały się na jednej strategii – informacyjnej<sup>6</sup> i były realizowane w różny sposób: od pogadarek czy apeli po konkursy. Przybierały one zwykle charakter edukacji negatywnej. Także nauczycielki relacjonowały, że wdrażają tego rodzaju profilaktykę. Oznacza to, że profesjonalna profilaktyka w tym środowisku będzie działaniem innowacyjnym, które **może być konfrontowane z takimi wyobrażeniami uczniów o działalności profilaktycznej.**

W obu placówkach istniał system profilaktyczno-wychowawczy udzielania pozytywnych i negatywnych wzmocnień: za właściwe zachowania uczniowie mieli możliwość np. wzięcia udziału w wycieczce, gdy zaś były one niewłaściwe – otrzymywali kary, które zmuszały ich do wykonywania dodatkowych zajęć i/lub nie mogli brać udziału w jakichś atrakcjach. Uczniowie relacjonowali jednak, że nie zawsze dostrzegali związek z negatywnym wzmocnieniem, którego doświadczali, a zachowaniem, do którego się ono odnosiło. Ponadto warto zwrócić uwagę, że opisany system publicznego „rozliczania” poszczególnych uczniów ma potencjalnie naznaczający charakter, który może (paradoksalnie) prowadzić do utrwalania negatywnych zachowań (poprzez procesy piętnowania i przypisywania dziecka do negatywnie definiowanej roli).

Osobną opisywaną przez uczniów i nauczycielki kategorią były zajęcia socjoterapeutyczne, w trakcie których reali-

zowane były zadania z zakresu profilaktyki. Socjoterapia stanowi jednak formę działalności, która wykracza poza ramy profilaktyki uniwersalnej, stanowiącej główny przedmiot zainteresowania relacjonowanych badań. Nauczycielki deklarowały, że działalność profilaktyczna placówek ma z góry zaplanowany charakter i dotyczy wszystkich członków szkolnych społeczności. Relacjonowano, że wobec celów z zakresu edukacji, profilaktyka ma czasem priorytetowy charakter. Stwierdzano, że planując zadania do realizacji, uwzględnia się też wyniki analiz uprzednich działań i badań. **Przedstawione opisy traktować można jako potencjał, który wprost można wykorzystać, planując działania profilaktyczne. Jednak te deklaracje czasem stały w sprzeczności nie tylko ze wspomnianymi powyżej opisami uczniów, ale też ze stwierdzeniami samych nauczycielek relacjonujących różne praktyczne aspekty funkcjonowania szkół.**

W placówkach realizowano profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą, bazując zarówno na wiedzy i umiejętnościach kadry placówek, jak i kooperując ze specjalistami i instytucjami zewnętrznymi. Nauczycielki opisywały zróżnicowane formy prowadzonej działalności: od zajęć cyklicznych po pogadanki i konkursy. Były to zarówno projekty aktywnie angażujące młodzież, a czasem też rodziców, jak i wykorzystujące bierne (tzw. podające) formy przekazu. Zakres merytoryczny odnosił się do szerokiego spektrum zagadnień, obejmującego m.in. różne formy przemocy, uczniowskie absencje, używanie substancji psychoaktywnych, zdrowe odżywianie, choroby zakaźne. W szkołach, poza tzw. programami autorskimi, nie realizowano żadnych programów profilaktycznych przygotowanych specjalnie z myślą o uczniach z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. **Jest to zapewne efekt braku dostępności odpowiednich programów i pośrednio wskazuje na potrzebę ich tworzenia.** Nie realizowano także projektów akredytowanych w ramach, istniejącego od 2010 roku, ogólnopolskiego systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego<sup>7</sup> (poza jednym przypadkiem „korzystania z pomysłów programu »Spójrz inaczej«”), mimo że sięganie po rekomendowane programy zalecało Ministerstwo Edukacji Narodowej<sup>8</sup>. Tu przyczyną był być może brak dostatecznej wiedzy osób podejmujących decyzje o wyborze programów do realizacji.

Przedstawiane opisy świadczyły raczej o tym, że profilaktyka w placówkach nie była realizowana w oparciu



o świadomie wybierane strategie profilaktyczne, z uwzględnieniem wiedzy na temat ich skuteczności. Czasem wyraźnie przeceniano wartość niektórych sposobów oddziaływania, takich jak np. festyny lub pogadanki z osobami, które wskutek uzależnienia doświadczyły różnych szkód i opowiadały o tym uczniom. Z kolei niekiedy nie dostrzegano potencjalnie negatywnego oddziaływania – np. przymusowego tworzenia „plakatu profilaktycznego”. **Ekлекtyczność podejmowanych działań nie tyle była efektem analizy potrzeb i zasobów szkolnych społeczności, ile wynikiem realizacji mało powiązanych pomysłów różnych nauczycieli, zakorzenienia pewnych form pracy w strukturze oddziaływań, odpowiedzią na aktualnie pojawiającą się ofertę różnych podmiotów oraz okazjonalne lub coroczne akcje.** Tłumaczyłoby to współistnienie tak odmiennych idei prowadzenia profilaktyki (i powiązanych z nimi sposobów definiowania relacji pomiędzy uczniami a osobami dorosłymi), jak okłamywanie i straszenie dzieci oraz stwarzanie przestrzeni do rozwijania ich kreatywności oraz budowania poczucia własnej wartości. Badania dostarczyły też przykładów otwartości szkół, w ramach wdrażanej profilaktyki, na zabiegi komercyjne i działania z zakresu *product placement*.

W relacjach nauczycielek część profilaktyki opierała się wprost na zinstytucjonalizowanej przemocy – interwencje policji, wizyty prewencyjne służb mundurowych. Opisywane formy i zakres współpracy z funkcjonariuszami świadczyły też o poziomie bezradności pedagogów wobec pojawiających się problemów wychowawczych oraz o potrzebie wsparcia społeczności szkolnych w samodzielnym rozwiązywaniu szczególnie trudnych problemów dotyczących zachowania uczniów i minimalizowania ryzyka pojawienia się takich sytuacji. Relacjonowane przez dorosłe uczestniczki wywiadów zdarzenia z udziałem służb mundurowych odnosiły się też do klimatu społecznego placówek. Opisywano negatywną ekscytację dzieci wzbudzaną przez wizyty funkcjonariuszy, podawano też przykłady braku zaufania uczniów do nauczycieli i podkreślano potrzebę istnienia monitoringu wizyjnego. Jednak mimo tych opisów, generalnie nauczycielki deklarowały istnienie dużego zaufania, otwartości uczniów wobec kadry. Zakres diagnozy nie pozwala na wyjaśnienie tej, jak się wydaje, sprzeczności w wypowiedziach respondentek. Klimat społeczny placówek był budowany w oparciu o szczególny sposób definiowania przez dorosłe respon-

dentki miejsca rodziców w strukturze szkolnej. Byli oni postrzegani głównie w kategoriach osób wymagających pomocy lub sprawiających kłopoty. Matki i ojcowie uczniów opisywani byli przede wszystkim jako osoby życiowo niezaradne, klienci pomocy społecznej, osoby borykające się z różnymi problemami osobistymi, często mające niewłaściwy wpływ na dzieci (złe wzorce), ogólnie – wykazujące braki w ważnych kompetencjach wychowawczych. Prezentowane opisy świadczyły, że nauczycielki z racji wykonywanej funkcji, wiedzy i umiejętności stały wyżej w strukturze, matki i ojcowie uczniów postrzegani byli czasem trochę jak starsze dzieci, które też wymagają opieki („nasi absolwenci”). W niniejszej diagnozie nie badano sytuacji rodziców. Zebrany materiał wskazuje na **istnienie wysokiego ryzyka stosowania różnych form przemocy symbolicznej<sup>9</sup>, uprzedmiotawiających rodziców wobec systemu placówek i ich przedstawicieli.** Nie wiadomo, czy i w jakim zakresie takie praktyki mogą być (są) skuteczne. Jednak **planując działania profilaktyczne warto wziąć pod uwagę możliwość zaistnienia takich sytuacji, szczególnie gdy w roli realizatorów oddziaływań adresowanych do matek i ojców uczniów występować będzie kadra szkół.**

\*\*\*

Zaprezentowane opisy wskazują, że profilaktyka realizowana w uczestniczących w diagnozie placówkach nie odbiegała od tego, co zwykle w tym zakresie robią szkoły<sup>10</sup>. Jediną wyraźną różnicą było niewymienianie szkolnych zajęć sportowych w kontekście realizacji zadań profilaktycznych. Była to zatem profilaktyka w stylu *patchwork*, w którym różne formy przemocy, ludycznych form rozrywki i działań profesjonalnych łączą się w jedną (dość niezgrabną) całość.

Na koniec warto raz jeszcze podkreślić, że diagnoza miała charakter jakościowy i dotyczyła stosunkowo niewielkiej grupy. Jej wyników nie można wprost uogólniać na sytuację w innych placówkach, w których uczą się adolescenty z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Zaprezentowane rezultaty stanowią mogą np. podbudowę dla przyszłych, ilościowych badań.

## Przypisy

<sup>1</sup> Więcej na ten temat por. przegląd literatury przeprowadzony przez dra Marcina Jewdokimowa – M. Jewdokimow, „(Nad)używanie substancji psychoaktywnych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną – cz. I”, „Remedium” nr 11 (293), listopad 2017, s. 26-27.

- <sup>2</sup> K. Sochocka, K. Van Laere, „Moje życie mój wybór” (konsultacja naukowa dr hab. K. Ostaszewski), Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2017.
- <sup>3</sup> Badania przeprowadzono w ramach realizacji zadania „Akademia Poza Schematami» – opracowanie, wdrożenie i ewaluacja programu profilaktycznego dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim”, wdrażanego w 2017 roku przez Fundację Poza Schematami, a współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (zadanie 2.3.1 pkt 1 „Narodowego Programu Zdrowia”).
- <sup>4</sup> Komoderacja wywiadów z uczniami – Beata Drychta.
- <sup>5</sup> Festyny, będące wydarzeniami jednokrotnymi, zawierały elementy angażujące młodzież, jednak nie tyle o charakterze profilaktycznym, ile były to aktywności odnoszące się do ludycznych form spędzania wolnego czasu.
- <sup>6</sup> K. Ostaszewski, „Kompedium wiedzy o profilaktyce”, w: K. Ostaszewski, K. Okulicz-Kozaryn, M.J. Sochocki, M. Sokołowska, J. Szymańska, „Jak zadbać o jakość w profilaktyce – System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”, Fundacja ETOH, Warszawa 2016.
- <sup>7</sup> „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010 [Opracowanie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Anna Radomska, Katarzyna Bonisławska, Kamila Jarmołowska; Instytut Psychiatrii i Neurologii – Katarzyna Okulicz-Kozaryn; Ośrodek Rozwoju Edukacji – Dorota Macander, Anna Borkowska; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – Jolanta Terlikowska, Robert Frączek, Marcin Jacek Sochocki – (ekspert zewnętrzny)].
- <sup>8</sup> Por. paragraf 5 „Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii” (Dz.U., 2015 r., poz. 1249).
- <sup>9</sup> Używam tego pojęcia zgodnie z definicją P. Bourdieu.
- <sup>10</sup> Por. np. J. Terlikowska, K. Okulicz-Kozaryn, „Jakie działania profilaktyczne realizują i finansują gminy?”, konferencja „Promocja zdrowia i profilaktyka – inwestycją w lokalny kapitał społeczny”, 23–24 marca 2015 r., Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa (materiały konferencyjne).

### **Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii**

**z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54,**

**tel. (22) 641 15 01, fax (22) 641 15 65,**

[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

#### **zaprasza**

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ofert

ogłoszonym 16 maja 2018 roku

**na wybór programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia**

**od środków odurzających lub substancji psychotropowych w zakresie:**

**specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień**

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) w zakładce „Aktualności”.

Zgłoszenia należy składać do dnia **30 czerwca 2018 roku do godziny 16.00**

w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia 31 sierpnia 2018 roku.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminów rozstrzygnięcia konkursu oraz do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

Dyrektor Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
Piotr Jabłoński

*Obowiązek realizowania w szkołach szkolnego programu profilaktyki został wprowadzony rozporządzeniem MENiS z dnia 31 stycznia 2002 roku (Dz.U. z 2002 roku Nr 10, poz. 96). Obowiązek realizowania działań profilaktycznych w szkole i sposób ich wykonywania jest określony w kilku niezależnych aktach prawnych<sup>1</sup>. W 2017 roku szkolny program profilaktyki oraz szkolny program wychowawczy zostały połączone w szkolny program wychowawczo-profilaktyczny.*

## SZKOLNY PROGRAM PROFILAKTYKI

Anna Borkowska

Akademia Naukowej i Akademickiej Sieci Komputerowej (NASK)

U podstaw wprowadzenia obowiązku działań profilaktycznych leży przekonanie, że szkoła jest istotnym zasobem dla społeczności lokalnej, a sam szkolny program profilaktyki powinien stanowić element programu rozwiązywania problemów społecznych, przyjętego na lokalnym szczeblu struktury samorządowej.

Aby działania profilaktyczne podejmowane przez szkołę były skuteczne, zawsze powinny być dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów oraz przygotowane na podstawie rzeczywistej diagnozy potrzeb i problemów występujących w konkretnej społeczności szkolnej. Efekty programu profilaktycznego będą lepsze, jeśli zostanie on skierowany do szerokiej grupy odbiorców, nie tylko uczniów, ale też nauczycieli i rodziców oraz jeśli do jego tworzenia zostaną wykorzystane różne strategie profilaktyczne. Program profilaktyczny szkoły zawsze powinien być osadzony w kontekście szerszych działań szkoły na rzecz zapewnienia uczniom bezpieczeństwa, w tym odwoływać się do jasno sformułowanych, znanych uczniom szkolnych norm, zasad i procedur.

Przykładowo, do zadań szkoły w zakresie profilaktyki uzależnień należą:

- działania zapobiegawcze,
- działania interwencyjne,
- opracowanie procedur postępowania w sytuacjach szczególnych zagrożeń związanych ze środkami odurzającymi,
- współpraca z rodzicami oraz instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży,
- współdziałanie ze służbą zdrowia i policją (procedury interwencyjne opisane są w dalszej części artykułu),
- organizowanie zajęć profilaktycznych dla uczniów i różnych form aktywności, w tym aktywności pozaszkolnej.

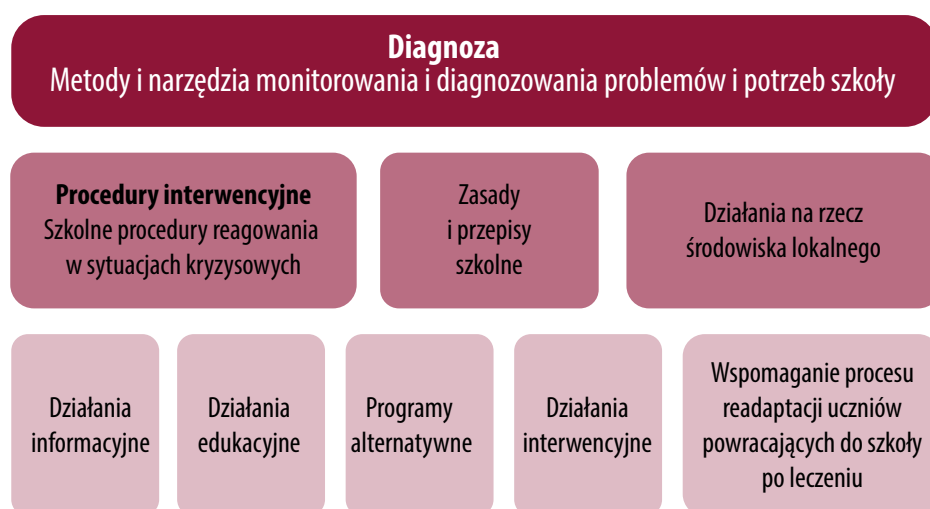
### Konstruowanie szkolnego programu profilaktycznego

Żeby szkolny program profilaktyczny był skuteczny, musi się opierać na rzetelnej diagnozie problemów występujących w środowisku szkolnym i jego otoczeniu. Przed

rozpoczęciem pracy nad samym programem, należy przeprowadzić diagnozę aktualnej sytuacji placówki, która pozwoli na:

1. Identyfikację niepokojących objawów.
2. Nazwanie problemu, którego rozwiązanie będzie możliwe dzięki wprowadzeniu działań profilaktycznych.
3. Umieszczenie obserwowanych problemów w kontekście teoretycznym – próba wyjaśnienia natury obserwowanej dysfunkcji i określenie możliwości jej przeciwdziałania.

**Rys. 1. Elementy szkolnego programu zapobiegania uzależnieniom.**



Następnym krokiem jest stworzenie modelu strategii profilaktycznej szkoły i placówki, która polega na:

1. Określeniu celu szkolnego programu profilaktycznego.
2. Określeniu konkretnych zadań, jakie będą realizowane w ramach programu.
3. Określeniu struktury i treści programu. Na tym etapie konstruowania programu należy określić, kto zostanie objęty programem, jakich strategii profilaktycznych zamierzamy użyć w ramach programu oraz jakie treści zamierzamy przekazać. Równie istotne jest to, kto będzie bezpośrednim realizatorem, a kto odbiorcą tych treści.

Dobry program profilaktyczny zawiera opis wszystkich zaplanowanych działań – dostosowanych do potrzeb uczniów i jest adresowany do wszystkich członków szkolnej społeczności. Na poziomie uniwersalnym obejmuje różne zagrożenia i korzysta z wielu strategii. Bardzo ważne jest, aby w działania szkolne włączyć rodziców uczniów. Przede wszystkim powinni otrzymać informację o planowanych przez szkołę działaniach – wartościach, celach i sposobie realizacji programu i wyrazić zgodę na uczestnictwo swoich dzieci.

W kolejnym etapie tworzenia programu powinniśmy określić sposób jego realizacji – ustalić harmonogram działań, terminy realizacji poszczególnych zadań. Ostatnim krokiem jest zaplanowanie strategii ewaluacyjnej programu. Powinniśmy zaplanować, które elementy programu zostaną objęte ewaluacją, czy będzie ona zewnętrzna, czy wewnętrzna. Zazwyczaj, podczas oceny programu bierze się pod uwagę trzy poziomy: proces (w jaki sposób program był realizowany, czy udało się go zrealizować, które elementy zostały dobrze przyjęte, które nie i dlaczego), wynik (czy zostały zrealizowane założone cele krótko- i długoterminowe) oraz wpływ (czy program przyniósł zmianę zachowań uczestników).

## **Szkolny program profilaktyczny – korzyści dla szkoły**

Dobrze skonstruowany program profilaktyczny szkoły przynosi placówce wiele korzyści, przede wszystkim skłania ją do przyglądania się swoim działaniom, dzięki czemu można łatwiej określić jej zasoby i mocne strony, szybciej zauważyć trudności i w bardziej adekwatny sposób odpowiedzieć na potrzeby. Udział rodziców nie tylko wzmacnia więzi dziecka ze szkołą i daje możliwość wspólnej aktywności i zaangażowania, ale daje też szansę na przeniesienie takiego doświadczenia na

grunt rodzinny, zmieniając relacje rodzic–dziecko na bardziej sprzyjające. Nauczyciele z kolei podnoszą swoje kompetencje, w tym również kompetencje wychowawcze, lepiej poznają swoich uczniów, co też pozwala im szybciej i bardziej profesjonalnie reagować na pojawiające się problemy.

Dzięki programowi profilaktycznemu w szkole eliminuje się również niekorzystne zjawiska, takie jak: podejmowanie przypadkowych, chaotycznych działań zapobiegawczo-interwencyjnych, które z założenia cechują się wysoką nieskutecznością, a wręcz mogą szkodzić (np. podawanie nieprawdziwych informacji, rozbudzać ciekawość do eksperymentów, wprowadzać niebezpieczne, raniące ćwiczenia, niedostosowane do możliwości i potrzeb uczniów).

Szkoła, która wprowadza program profilaktyczny, może również ubiegać się o środki finansowe będące w dyspozycji gmin na doskonalenie nauczycieli i zakup wartościowych programów.

## **Szkolne procedury interwencyjne**

Zakres działań interwencyjnych dotyczących używania alkoholu, papierosów i narkotyków, jakie mogą zostać podjęte w szkole wobec uczniów, regulują w polskim prawie akty prawa oświatowego, policji i inne<sup>2</sup>.

Procedury postępowania nauczycieli i metody współpracy szkół z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością, narkomanią, alkoholizmem, prostytutką zostały opracowane przez Zespół ekspertów składający się z przedstawicieli resortów: ministerstwa spraw wewnętrznych i administracji, sprawiedliwości, zdrowia, pracy i polityki społecznej oraz oświaty w 2002 roku. Podstawowym celem wprowadzenia procedur było usprawnienie i zwiększenie trafności oraz skuteczności oddziaływań szkoły w sytuacjach zagrożenia młodzieży przestępczością i demoralizacją. Procedury służyły jako prawna wykładnia wytyczająca ogólną drogę postępowania szkoły w trudnych sytuacjach.

Obowiązek informowania uczniów i ich rodziców o obowiązujących procedurach postępowania nauczycieli i wychowawców oraz o metodach współpracy szkół i placówek z policją w sytuacjach zagrożenia narkomanią reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 18 sierpnia 2015 roku<sup>3</sup>.

Działania interwencyjne w szkole w zakresie przeciwdziałania używaniu przez uczniów substancji psychoaktywnych określają:

1. Procedurę postępowania wobec ucznia przejawiającego zachowania świadczące o demoralizacji.

2. Procedurę postępowania wobec ucznia będącego pod wpływem substancji psychoaktywnych.
3. Procedurę postępowania w przypadku znalezienia na terenie szkoły narkotyków.
4. Procedurę postępowania wobec ucznia posiadającego substancje psychoaktywne.

## Odowiedzialność karna nieletnich

Odowiedzialność karna nieletnich została w polskim prawie uregulowana dwutorowo:

- ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich, określa ona m.in. postępowanie wobec nieletniego, który dopuścił się czynu zabronionego (ma ona na celu przeciwdziałanie wszelkim przejawom demoralizacji i przestępczości nieletnich) i
- przepisami kodeksu karnego, które w wyjątkowych przypadkach przewidują możliwość zastosowania wobec nieletniego ogólnych zasad odpowiedzialności karnej.

W polskim prawie co do zasady za przestępstwa nie odpowiada osoba, która nie ukończyła 17 lat, natomiast w wyjątkowych przypadkach odpowiedzialność może ponosić już 15-latek (zabójstwo, ciężki uszczerbek na zdrowiu, rozbój, zamach na życie Prezydenta RP). Młodsze dzieci odpowiadają zgodnie z ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich:

- czyny popełnione przez osoby do 13. roku życia określamy jako demoralizację,
- nieletni w wieku 13-17 lat to sprawca czynu karalnego,
- osoba powyżej 17. roku życia odpowiada jak dorosły.

W sytuacji, kiedy u nieletniego stwierdza się chorobę psychiczną czy uzależnienie od substancji, sąd rodzinny może umieścić nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub zakładzie leczniczym. W przypadku niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębokim może to być dom opieki społecznej. Jeżeli nieletni wymaga opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym.

## Demoralizacja

Jako demoralizację małoletniego lub nieletniego ucznia określamy stałe lub powtarzające się przejawianie przez niego negatywnych zachowań, takich jak:

- naruszanie zasad współżycia społecznego,
- popełnienie czynu zabronionego,
- systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego,

- używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia,
- uprawianie nierządu, włóczęgostwo,
- udział w grupach przestępczych oraz inne zachowania naruszające przyjęte normy społeczne.

Nauczyciel, który zaobserwuje lub otrzyma informację o zachowaniach ucznia świadczących o demoralizacji, ma obowiązek przekazać taką informację wychowawcy klasy. Zadaniem wychowawcy jest powiadomienie dyrektora szkoły oraz psychologa lub pedagoga szkolnego o zaistniałym fakcie. Następnie wychowawca wzywa do szkoły rodziców lub prawnych opiekunów dziecka, przekazuje im uzyskaną informację oraz przeprowadza rozmowę z rodzicami i z uczniem, w ich obecności. W przypadku potwierdzenia informacji zobowiązuje on ucznia do zaprzestania negatywnego zachowania, a rodziców do szczególnego nadzoru nad dzieckiem. Wychowawca lub psycholog/pedagog szkolny, w toku interwencji profilaktycznej, może zaproponować skierowanie dziecka do specjalistycznej placówki lub/i udział dziecka w programie terapeutycznym.

W sytuacji, w której rodzice odmawiają współpracy ze szkołą lub nie stawiają się do szkoły, a kadra pedagogiczna otrzymuje informacje o trwającej demoralizacji ucznia (istotne jest, aby wiedza taka pochodziła w wiarygodnych źródłach), dyrektor szkoły pisemnie powiadamia o zaistniałej sytuacji sąd rodzinny lub specjalistę do spraw nieletnich policji.

Podobnie, jeżeli szkoła wyczerpie wszystkie dostępne jej środki oddziaływań wychowawczych (rozmowa z rodzicami, ostrzeżenie i zobowiązanie ucznia do zaprzestania zachowań negatywnych, spotkania ucznia i rodziców z psychologiem i/lub pedagogiem), a ich zastosowanie nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, dyrektor szkoły powiadamia sąd rodzinny lub policję.

## Uczeń poniżej 18. roku życia pod wpływem alkoholu lub narkotyków

Gdy nauczyciel dostrzeże u ucznia symptomy bycia pod wpływem substancji psychoaktywnej, powinien on odizolować danego ucznia od reszty klasy (w celu zapewnienia jemu i innym bezpieczeństwa) i niezwłocznie poinformować o swoich podejrzeniach wychowawcę klasy.

Wychowawca klasy wzywa lekarza w celu sprawdzenia trzeźwości lub odurzenia ucznia oraz ewentualnego udzielenia pomocy medycznej, jeśli zachodzi taka potrzeba.

Wychowawca powiadamia o zaistniałej sytuacji dyrektora szkoły oraz rodziców lub opiekunów ucznia, których zo-

bowiązuje do niezwłocznego odebrania dziecka ze szkoły. Jeżeli rodzice/opiekunowie odmówią odebrania dziecka ze szkoły, lekarz, kierując się stanem psychofizycznym ucznia, decyduje o dalszym postępowaniu wobec niego (pozostanie w szkole, przewiezienie do placówki służby zdrowia, przekazanie do dyspozycji funkcjonariuszom policji).

W sytuacji, w której rodzice lub opiekunowie ucznia odmawiają odebrania dziecka ze szkoły, a uczeń jest agresywny, szkoła zawiadamia policję. Policja ma możliwość przewiezienia ucznia do izby wytrzeźwień lub innej placówki (np. policyjnej izby dziecka). Dyrektor szkoły ma prawo podjąć decyzję o sprawdzeniu, czy uczeń jest pod wpływem alkoholu, jednak badanie (za pomocą alkometru) może wykonać jedynie rodzic niepełnoletniego dziecka, lekarz lub policja. Nauczyciele nie mają prawa wykonywać takiego badania. Podobnie, jak w przypadku alkoholu, nauczyciele nie mają prawa przeprowadzić testów na obecność narkotyków. Ponieważ takie badanie kwalifikowane jest jako badanie medyczne, uprawnione do jego wykonywania są służba zdrowia i placówki leczenia uzależnień (po uzyskaniu zgody). W przypadku podejrzenia ucznia o używanie narkotyków, psycholog lub pedagog szkolny powinien poinformować rodziców o możliwości wykonania takich testów przez nich samych. Rodzice niepełnoletniego ucznia, jak również pełnoletni uczniowie mają prawo nie wyrazić zgody na przeprowadzenie testów na obecność narkotyków. Dyrektor szkoły nie ma prawa zobowiązywać rodziców do przekazania szkole wyników testów ich dziecka.

## Substancja przypominająca narkotyk na terenie szkoły

W przypadku ujawnienia na terenie szkoły substancji przypominającej narkotyk, nauczyciel zobowiązany jest do zabezpieczenia substancji do czasu przyjazdu policji. Nauczyciel podejmuje też próbę ustalenia, do kogo należy znaleziona substancja. Jednocześnie nauczyciel powiadamia dyrektora szkoły o zaistniałej sytuacji i wzywa policję. Nauczyciel przekazuje policji zabezpieczoną substancję oraz wszelkie informacje o danym zdarzeniu.

## Podejrzenie posiadania przez ucznia substancji psychoaktywnej

W sytuacji, gdy nauczyciel podejrzewa, że uczeń może być w posiadaniu substancji psychoaktywnej, może on, w obecności osoby trzeciej, zażądać, aby uczeń przekazał mu tę

substancję. Może również zażądać pokazania zawartości torby, plecaka itp. Równocześnie nauczyciel zobowiązany jest do powiadomienia dyrektora szkoły. Nauczyciel lub dyrektor szkoły wzywa rodziców podejrzanego ucznia do natychmiastowego stawienia się w szkole.

Jeżeli uczeń odmawia przekazania podejrzonej substancji lub odmawia pokazania zawartości torby/plecaka, szkoła wzywa policję. Policja przeszukuje przedmioty należące do ucznia, zabezpiecza substancję i przekazuje ją do ekspertyzy. Jeżeli uczeń dobrowolnie odda nauczycielowi podejrzaną substancję, rolą nauczyciela jest zabezpieczenie jej i przekazanie do jednostki policji.

Nauczyciel nie ma prawa do wykonania przeszukania ucznia – do tego typu działań uprawniona jest jedynie policja.

## Przesłuchanie nieletniego

W toku czynności procesowych policja ma prawo przesłuchać nieletniego w charakterze sprawcy czynu karalnego. Przesłuchanie może być przeprowadzone tylko w obecności rodziców lub opiekunów prawnych nieletniego. W sytuacji, w której obecność rodziców nie jest możliwa, policja może dokonać przesłuchania w obecności nauczyciela, przedstawiciela powiatowego centrum pomocy rodzinie lub przedstawiciela organizacji społecznej, do której zadań statutowych należy oddziaływanie wychowawcze na nieletnich lub wspomaganie procesu resocjalizacji.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017, poz. 59); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2017, poz. 356); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015, poz. 1249).
- <sup>2</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich z późniejszymi zmianami (tekst jednolity ustawy Dz.U. z 2014 poz. 382); Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.); Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii/Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (z późn. zm.); Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 11 stycznia 2017 r., poz. 59); Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2006 r., Nr 97, poz. 674 z późn. zm.); Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. Nr 30 poz. 179 z późn. zm.); Zarządzenie Komendanta Głównego Policji w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich.
- <sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015, poz. 1249).

Artykuł prezentuje wyniki komponentu jakościowego ewaluacji programu „Candis”, przeprowadzonej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>1</sup>. „Candis” to zindywidualizowany, krótkoterminowy program terapeutyczny przeznaczony dla osób powyżej 16. roku życia, które chcą ograniczyć używanie przetworów konopi lub w ogóle z nich zrezygnować.

## REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY REALIZACJI PROGRAMU „CANDIS”

Łukasz Wieczorek

Katarzyna Dąbrowska

Janusz Sierosławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

### Wprowadzenie

Podstawy teoretyczne programu „Candis” wykorzystują założenia dialogu motywującego, opracowane przez amerykańskich psychologów Millera i Rollnicka (2002), oraz podejście behawioralno-poznawcze. Dialog motywujący to bardziej filozofia pracy z pacjentem niż metoda terapii. W dialogu motywującym pacjent traktowany jest podmiotowo, a rola terapeuty polega na wzmocnieniu w pacjencie gotowości do zmiany oraz rozpoznaniu jego zasobów psychicznych i społecznych. To pacjent decyduje, przy wsparciu terapeuty, o celach leczenia. Metody behawioralno-poznawcze odwołują się do założenia, że w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych istotną rolę odgrywa proces „uczenia się”. Dlatego w terapii ważne jest, aby osoba korzystająca z niej rozpoznała te mechanizmy, które w jej przypadku doprowadziły do uzależnienia oraz nabyła umiejętności radzenia sobie z problemami w sposób inny, niewymagający sięgania po substancje psychoaktywne. „Cele terapii »Candis« to:

- rozpoznanie swoich problemów związanych z używaniem konopi,
- zaakceptowanie terapii i regularne uczestniczenie w leczeniu,
- dążenie do abstynencji lub redukcji używania jako najważniejszego celu leczenia,
- całkowite zaprzestanie lub ograniczenie używania konopi,
- pozostawanie w abstynencji przy zastosowaniu działań profilaktycznych zapobiegających nawrotom,
- nauczenie się adekwatnego i skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych” (<http://www.candisprogram.pl/program>).

### Materiał i metoda

Ewaluacja polega na zbieraniu informacji i ich wykorzystaniu do poprawy jakości realizowanych programów (Hawkins, Nederhood, 1994). Jest działaniem wspierającym realizację programu, w trakcie której zostaje zebrana wiedza pozwalająca na sformułowanie rekomendacji przyczyniających się do podjęcia decyzji o przyszłym kształcie programu. Celem prowadzonej ewaluacji jest rozwój i doskonalenie programu na podstawie zgromadzonego doświadczenia (Ostrowski, Wiśnicka, 2016).

Do przeprowadzenia ewaluacji programu „Candis” wykorzystano metody ilościowe i jakościowe. Prezentowany materiał pochodzi z komponentu jakościowego, w ramach którego przeprowadzono wywiady semi-strukturyzowane. Przygotowano dwa rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla pacjentów uczestniczących w programie „Candis” i tych, którzy przerwali leczenie w tymże programie, oraz dla realizatorów. Dyspozycje do wywiadów z uczestnikami i realizatorami zawierały pytania dotyczące kilku obszarów – przyczyn podejmowania leczenia w programie „Candis”, założeń programu, funkcjonowania w trakcie programu i po jego zakończeniu, wiedzy uzyskanej podczas uczestnictwa w programie, mocnych i słabych stron programu oraz rekomendacji dla poprawy realizacji programu.

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Jego istotą jest to, że próbę stanowią respondenci, którzy według badacza dostarczą pełnych i wyczerpujących informacji z punktu widzenia postawionych celów badania. Prowadzący badanie dobiera uczestników na podstawie ogólnej znajomości badanego zjawiska (Wasilewska, 2008). Z uwagi na zasięg programu „Candis” badanie było prowadzone w całej Polsce.

Pierwszym etapem realizacji wywiadów było udzielenie informacji o badaniu, jego celach, zapewnieniu poufności danych. Następnie ankietę pytał o zgodę na udział w badaniu. Wywiady były nagrywane na dyktafon, więc realizator uzyskiwał również ustną zgodę na ich nagranie. Po uzyskaniu zgody ankietę przechodzili do realizacji wywiadu. Po jego zakończeniu wypełniano ankietę odnoszącą się do danych socjodemograficznych oraz nadawano indywidualny kod materiałom badawczym pochodzącym od tego samego respondenta.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 16/2017), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

## Wyniki

Zebrane rekomendacje dotyczą trzech obszarów tematycznych: informacja i edukacja o programie „Candis”, zwiększenie dostępu do programu oraz poprawa jakości i adekwatności leczenia.

## Informacja i edukacja

Zdaniem respondentów należy podjąć działania mające na celu upowszechnienie informacji o ofercie programu „Candis” na szerszą skalę. Pacjenci i terapeuci twierdzą, że widoczność programu jest niewielka. Promocja powinna być lepiej dostosowana do odbiorców – nastolatków i osób w wieku około 30 lat.

*Większa promocja tego (programu – autorzy) i jakby zwiększenie świadomości. Może nawet świadomość i promocja jakaś tego jest, ale styl w jakim się to robi, nie trafia do młodzieży. Głównie młodzieży, bo to głównie młodzież jest użytkownikami. Może bardziej trzeba zmienić styl albo po prostu nie robić kiczu. Sposób, w jaki chce się trafić do młodzieży, nie jest alternatywny. (PCPJD17101994)*

*Myślę sobie, że mogłaby być jakaś szersza kampania informacyjna na temat tego programu, bo ci, którzy się dowiedzieli, czy w jakiś sposób z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, czy Marsz Wolnych Konopi, tam wiem, że też była reklama, no to przychodzi. Też podczas chyba jakichś szkoleń, które były wśród przedstawicieli różnych instytucji: szkoły, sądu itd. Ale wydaje mi się, że można by było większą uwagę na to zwrócić. To znaczy ta reklama mogłaby być szersza, bardziej dostępna. I myślę, że wtedy przychodziłoby więcej tych osób. (TERAJ08041976)*

Promocja powinna kłaść nacisk na zagadnienia poruszane w trakcie realizacji programu, zaakcentować nacisk „Candis” na podmiotowość pacjenta, wspomnieć o możliwości wyboru ograniczenia używania przetworów konopi jako celu leczenia, podkreślać odmiennność „Candis” w stosunku do tradycyjnego lecznictwa, a także możliwość bezpłatnego w nim udziału.

*Myślę, że jeśli można by było zareklamować to w jakiś sposób, tylko w taki właśnie sposób, żeby osoby palące nie poczuły się narkomanami. Żeby to było na zasadzie – jeżeli chcesz przestać albo zmniejszyć, to my ci pomożemy, nie chcesz – nie musisz; bo tak, jak mówię, większość osób palących nie wie o istnieniu czegoś takiego albo wyobraża sobie to tak, jak ja sobie wyobrażałem – a to bardzo odrzuca. (PCKK14021995)*

*Takie uświadamianie, po prostu samo pokazanie, w jaki sposób to działa, w jaki sposób nas ogranicza. (...) Mocniejsza komunikacja, mocniejsze pokazanie po prostu takiej darmowej możliwości skorzystania. (PCMS09091993)*

*Program „Candis” to nie jest normalnie jak odwyk, to się nie kojarzy z MONAR, bo tam na heroinę chodzą uzależnieni. Jakby to było bardziej rozpropagowane, nawet w takich ośrodkach, gdzie młodzież spotyka się, że to jest bardziej taka pogawędka, efekt szkolenia może. (PCIK21081984)*

Aby dotrzeć do jak największej liczby użytkowników konopi, informacje o programie powinny być upowszechniane w miejscach spotkań młodzieży (np. szkoła, galerie handlowe, koncerty muzyki hip-hop), a nie w ośrodkach leczenia uzależnień. W tym celu powinno się wykorzystywać nie tylko stronę internetową, lecz także środki masowego przekazu, np. telewizję. Promocja powinna być prowadzona z wykorzystaniem reklam pojawiających się w internecie bądź na portalach społecznościowych. W udzielanie informacji o programie powinni być zaangażowani lekarze pierwszego kontaktu, pracownicy aptek i pracownicy socjalni.

*Sporo osób naprawdę o tym nie wie nic, tak jak ja o tym nie wiedziałem. I mówię: zareklamowanie tego. W mądry i inteligentny sposób, tak jak mówię: chociaż na opakowaniach bletek czy tego typu sprzętach, albo w galeriach, czy czymś takim. Bo nie ma świadomości społecznej o czymś takim jak „Candis”. Ja to mówię na swoim przykładzie i na przykładzie moich znajomych; wszyscy myśleli, że to wygląda tak samo właśnie, że się siedzi z narkomanami. (PCKK14021995)*

*Ja bym go rzeczywiście bardziej rozpromowała, przynajmniej gdzieś w szkołach na przykład. Bo mało kto o nim*



wie. No i podkreśliłabym rzeczywiście jego zalety, czyli to o czym już mówiliśmy – że jest krótki, określony w czasie, indywidualny. (PCMN24011999)

To mogą być koncerty hip-hopowe, moim zdaniem to powinny być wszystkie te miejsca, gdzie spotyka się dużo młodzieży albo ludzi kulturalnych. (PCSS24021988)

My mamy ulotki w różnych instytucjach zaprzyjaźnionych, szkolimy na przykład kuratorów, ale nie ma czegoś takiego, jak się wchodzi do apteki i ma się mnóstwo plakatów na temat nowych leków czy jakichś takich informacji. A mi się wydaje, że gdyby przez kilka miesięcy, na przykład były takie spoty reklamowe na temat „Candis”, takie jak były w różnych innych akcjach narkotykowych, że jest hasło typu: „Marihuana nie jest taka łatwa jak wszystkim się wydaje. W Europie Zachodniej, w Polsce realizujemy program »Candis« dla osób problemowo używających marihuany. Przyjdź, zobacz, zainteresuj się – [www.candisprogram.pl](http://www.candisprogram.pl)”, i koniec. Wystarczyłby spot 15-sekundowy jako reklama społeczna, żeby zaczęto mówić o tym. (TERRR04061971)

### Zwiększenie dostępu do programu

W badaniu zidentyfikowano rekomendacje odnoszące się do zwiększenia dostępności programu „Candis”. Wśród nich znalazły się postulaty dotyczące większej liczby programów działających w mniejszych miejscowościach oraz związane z lokalizacją geograficzną. Rozmieszczenie programów w centrach miejscowości pozwala na skrócenie czasu niezbędnego na dojazd.

Większa ilość programów, lepsze ich zlokalizowanie, bardziej w centrum miast. (PCMS01031992)

Żeby był jeszcze bardziej dostępny. Bo jednak nie wszystkie te ośrodki (terapeutyczne – autorzy) no to posiadają ten program „Candis”, czy terapeutów specjalizujących się w programie „Candis”, tylko bardziej są ogólne. Jest to wszystko brane do jednego worka. (PCAZ01071988)

Terapeuci postulują położenie większego nacisku na współpracę międzyinstytucjonalną, dzięki czemu pacjenci mogliby być kierowani do programu przez odpowiednie instytucje.

Szkoły, kontakt z pedagogami, psychologami szkolnymi. Ale mam tutaj na myśli nie tyle szkoły, ile ośrodków interwencji kryzysowej. Z takim ośrodkiem nasza poradnia współpracuje w (nazwa miejscowości – autorzy) i czasami te osoby są przekierowywane właśnie stamtąd. (TERAŁ16011978)

Dla pacjentów, którzy rzadko spotykali się z terapeutą, istotne było zwiększenie częstotliwości sesji. Rekomendują oni, aby przyjąć minimalną liczbę spotkań w miesiącu, co przyczyni się do zbudowania relacji z terapeutą i ograniczy ryzyko rezygnacji z leczenia.

Narzucić być może rygor terapeutom, żeby w trakcie przeprowadzania programu ustalić, że spotkania muszą być w takich odstępach czasu, a nie innych. Bo to też miałoby jakiś wpływ na budowanie relacji z terapeutą. Ja nie byłem w stanie zbudować żadnej relacji z terapeutą tak na dobrą sprawę przy tak rzadkich spotkaniach. (PCPDW17051995)

Zdaniem pacjentów dostępność i atrakcyjność programu zwiększyłaby się, gdyby był on powszechnie akceptowany przez przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, na równi z terapią tradycyjną, która pozwala na odstąpienie od ukarania osoby, która się na nią zdecyduje.

Żeby respektowali to wszyscy kuratorzy jako odwyk. Bo myślę, że dużo jest osób, które mają problemy prawne z powodu samego użytkowania marihuany. (PCPPK3041992)

Zdaniem pacjentów wprowadzenie zapisów przez internet zwiększyłoby dostępność programu. Postulowano również poszerzenie oferty o możliwość kontaktu z wykorzystaniem oprogramowania do komunikacji internetowej. Wykorzystanie tego typu technologii zwiększa anonimowość oraz minimalizuje ryzyko stygmatyzacji.

Być może możliwość jakichś zapisów internetowych albo chociaż kontaktu internetowego, bo jest trochę bardziej anonimowy i łatwiejszy, jeżeli chodzi o dostęp. I też może jakieś informacje u lekarzy rodzinnych, internistów. (PCSS24021988)

Na pewno on powinien być dostępny tak samo, jak dostępni są nasi znajomi czy inne firmy na Facebooku. Żeby gdzieś można otworzyć okno i napisać, w bardzo prosty sposób dotrzeć, żeby się skontaktować. Gdyby nie znajomi, to w ogóle bym o tym nie wiedział. (PCSS24021988)

### Poprawa jakości i adekwatności leczenia

Najwięcej rekomendacji odnosiło się do poprawy jakości i adekwatności leczenia w programie „Candis”. Wśród rekomendacji z tej grupy można wyróżnić te, które odnosiły się do lepszego rozpoznania potrzeb, pogłębienia diagnozy i zapewnienia bardziej kompleksowego wsparcia, obejmującego kilka obszarów funkcjonowania pacjenta, zaangażowania rodziny w leczenie, pozwalającego na lep-

sze zrozumienie założeń programu, wprowadzenia sesji grupowych dla pacjentów będących na zaawansowanym etapie terapii, ustalania celów, wsparcia po zakończeniu programu dla tych, którzy tego potrzebują, zagadnień programu oraz narzędzi wykorzystywanych w terapii.

### **Rozpoznanie potrzeb i kompleksowe wsparcie**

W związku z używaniem substancji pacjenci doświadczają problemów w różnych obszarach. Zdaniem terapeutów należy bardziej się skupić na rozpoznaniu potrzeb uczestników programu. Dzięki temu w większym stopniu będzie można dostosować do nich prowadzone oddziaływania. Zagwarantowanie specjalistycznego wsparcia socjalnego, prawnego czy związanego z poprawą zdrowia somatycznego sprawi, że pomoc będzie obejmowała wiele obszarów, które wymagają interwencji. Tym samym terapeuci powinni bardziej się skupić na identyfikacji potrzeb pacjentów, kierowaniu ich do odpowiednich instytucji świadczących pomoc oraz monitorowaniu zaspokojenia potrzeb. *Dobra diagnostyka. Nawet ostatnio pacjent, który ma stany lękowe, które pojawiły się w trakcie naszej pracy, powiedział, że podjęcie leczenia, farmakoterapii, spowodowało, że mu się po prostu nie chce palić. Jakby używał marihuany, zresztą nie on jeden, do tego, żeby przykrywać objawy czegoś zupełnie innego. I w sumie to leczenie nasze związane z odstawieniem marihuany było objawowe. Ograniczenie się wyłącznie do marihuany wydaje się być mniej skuteczne niż zobaczenie pacjenta w szerszym kontekście. Jak widzisz pacjenta w szerszym kontekście, to możesz wtedy zaproponować mu inne oddziaływanie. I wtedy to może przynieść znaczną poprawę. Nie musi, może. Właśnie dlatego jestem za tym, żeby program nie był oderwany od kompleksowej opieki.* (TERNM29021980)

*Moim zdaniem to na pewno warto uwzględnić taką mapę problemów i rozpoznawać te szersze potrzeby uczestników. Ewentualnie dążyć do tego, żeby oni mieli ofertę takiej pracy pogłębionej, czy wsparcia socjalnego, prawnego, zdrowotnego. Żeby ten program był częścią jakiegoś systemu, który wspiera i w zależności od potrzeb dalej można przekierowywać daną osobę.* (TERAD14021971)

*Poza programem krótkoterminowym byłaby możliwość długoterminowej terapii, możliwość konsultacji psychiatrycznych, pomocy psychologicznej, wsparcia dla bliskich, pomocy grupowej, różnych innych oddziaływań,*

*takich, które mogą być pomocne w procesie leczenia długoterminowego.* (TERNM29021980)

*Na pewno on (program „Candis” – autorzy) nie powinien być samodzielną opcją. Powinien być obudowany różnymi możliwościami pracy w obszarach, które się uwydatniają w trakcie terapii. Bo się uwydatnia, że na przykład ktoś jest DDA (Dorośle Dziecko Alkoholika – autorzy) albo ma depresję, lęki, duże deficyty w innych obszarach, gdzie należy pracować. Ten „Candis” powinien być obudowany dodatkową ofertą i wsparciem terapeutycznym dla bliskich czy dla rodziny.* (TERKŻ17041977)

*W pogłębieniu diagnozy istotne znaczenie ma konsultacja psychiatryczna, jednak nie każda placówka realizująca program „Candis” ma możliwość jej przeprowadzenia lub zlecenia. Terapeuci postulują, aby w ramach programu pacjenci, którzy tego potrzebują, mogli odbyć konsultację psychiatryczną. Jest ona szczególnie istotna na początku leczenia, gdyż dzięki temu można zidentyfikować zaburzenia współwystępujące i zagwarantować pacjentowi odpowiednią pomoc.*

*Nie zawsze jest możliwość pomocy psychiatry. Czasami to się zdarza i jest potrzebne, no i trzeba mieć jakieś miejsce, gdzie można pacjentów skierować. Więc to nie każda placówka ma, a to rzeczywiście dobrze mieć na przykład zaprzyjaźnionego czy współpracującego psychiatrę, do którego można odesłać pacjenta z takim problemem.* (TERAŁ28081975)

*Żeby w ramach ubezpieczenia dostać się do psychiatry trzeba czekać dwa, trzy miesiące. Często ten klient pieniędzy na pójście prywatnie nie ma, a na przykład ma objawy. Bo wiadomo, teraz ta marihuana to są mieszanki różnych dziwnych rzeczy. Często po tej pseudomarihuanie pacjenci mają różne objawy odstawienne, psychotyczne. Ja muszę go wysłać (do psychiatry – autorzy), to jak on się nie dostanie, to on mi wypadnie. Ja nie mam mu w tej chwili do zaproponowania, w ramach programu, psychiatry. Taki klient już prawdopodobnie nie wróci. Opieka psychiatryczna jest niezbędna w tym programie. Dlatego, że ta marihuana, to nie jest marihuana sprzed 20 lat. No i często są różne dolegliwości psychiczne związane (z używaniem – autorzy) czy pojawiające się po odstawieniu.* (TEREB25081969)

*Ponad połowa pacjentów ma wskazania do diagnozy (psychologa lub psychiatry – autorzy), żeby sprawdzić, czy nie ma tam dodatkowych komponentów. No i te badania, gdzie pacjenci są kierowani, pokazują np. uszkodzenia organiczne.* (TERNM29021980)

### Zaangażowanie rodziny

Terapeuci proponują uzupełnienie programu o sesje z udziałem rodziny oraz o sesje, na których poruszano by kwestie praw przysługujących pacjentom. Zaangażowanie rodziny pozwoliłoby jej zrozumieć założenia programu i zmiany, jakie zachodzą w użytkowniku, poznać cele leczenia, np. zaakceptować ograniczenie używania przetworów konopi.

*Możliwość tej pracy z rodziną, nawet taka wstępna, która też pozwoli, żeby rodzina zrozumiała filozofię tej pracy. Bo później robi się nieraz taka trudna sytuacja, że pacjent się tak czuje, że jest w jakiejś koalicji z terapeutą, o której rodzina nie może wiedzieć. (TERAŁ28081975) Myślę sobie, żeby tam weszła możliwość pomocy rodzinie. Jeżeli przysyła go (użytkownika – autorzy) na przykład żona albo mąż, albo partner, to żeby też była oferta, żeby oni mogli skorzystać z pomocy dla siebie. Żeby też dowiedzieli się coś, na czym polega uzależnienie, żeby mogła być jakaś sesja rodzinna, sesja małżeńska, sesja par, żeby sobie ustalili jakieś warunki, żeby w różnych sytuacjach kryzysowych członek rodziny nie wpadał w panikę, która powoduje, że ten ktoś się później napina i ten głód marihuanowy się powiększa, żeby nie powodować napięć. To już się dzieje, Biuro (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – autorzy) się na to otworzyło i są takie możliwości, ale żeby to było kompleksowe. To zresztą jest bolączka wielu programów. (TERRR04061971)*

*Ja bym chciał raz na miesiąc spotkać się z rodziną i zapytać jak (imię – autorzy) funkcjonuje. Oni mówią: „teraz jest super i widać, że się angażuje w życie domowe i się nie zamyka w pokoju” i ja to wiem. On mi może to powiedzieć na indywidualnym – że teraz częściej jadają wspólnie kolację w domu, bo on jest bardziej otwarty, to muszę mu wierzyć i mu wierzę, ale bywało tak, że się często rozczarowałem i się zdziwiłem. Po dwóch miesiącach przyszła dziewczyna załamana, że się od niego wyprowadziła, bo nie da się z nim żyć, bo jest agresywny. Nie pali oczywiście, ale nie radzi sobie z emocjami. (TERRR04061971)*

### Sesje grupowe

Respondenci postulują wprowadzenie sesji grupowych dla pacjentów będących na dalszym etapie leczenia. Celem tych sesji byłoby udzielanie wsparcia w codziennych sytuacjach oraz pomoc w radzeniu sobie z problemami.

*Ja na przykład teraz zacząłem grupę dla osób, które są już na jakimś etapie programu „Candis”, albo po programie „Candis” jako grupa wsparcia, żeby omawiać realne sytuacje z życia w jakich ktoś się znalazł. Wtedy życiowe rzeczy można odegrać, coś na zasadzie dramy. Jak się tu zachować, żeby dostać informacje zwrotne, jakie ma spojrzenie, jakie odruchy, jaki ton, żeby zapanować nad agresją, żeby to było jak najbardziej realne, adekwatne. Bo te propozycje zadań (w sesjach programu – autorzy), to były takie sztuczne bardzo. (TERRR04061971)*

### Cele programu

Zdaniem pacjentów nie wszyscy terapeuci akceptują ograniczenie używania przetworów konopi jako cel leczenia. Z perspektywy pacjentów terapeuci powinni kłaść równy nacisk na oba cele terapii – zarówno na abstynencję, jak i ograniczanie używania. Ich zdaniem rozpoczynanie leczenia od utrzymywania abstynencji jest trudne i zniechęca do jego podejmowania. Zbyt duży nacisk wywierany na pacjenta przez terapeutę związany z podjęciem abstynencji, może skutkować porzuceniem przez niego terapii.

*Na pewno bardziej powinien pomagać przede wszystkim z ograniczeniem, a nie z taką zupełną abstynencją. Bo jak się zaczyna od pełnej abstynencji, to jest bardzo trudne. (PCPZR28091998)*

### Wsparcie po zakończeniu programu

Wśród rekomendacji dotyczących jakości i adekwatności leczenia prowadzonego w ramach programu „Candis” pojawił się postulat zapewnienia wsparcia po zakończeniu uczestnictwa w programie.

*No mnie zostało zaproponowane, jeśli będę chciała jakiegos wsparcia po zakończeniu tej terapii, a nie będzie to już nazwane programem „Candis”, to że mam się zgłosić. No ale nie wiem, może nie wszędzie tak jest. Słyszałam, że nie wszędzie. Czasami się po prostu kończy i koniec. (PCMN24011999)*

*Z perspektywy pracy poradnianej, to widzę, że te 10 sesji to jest za krótko. Wiadomo, może jakiś podtrzymujący kontakt, może bardziej w tym kontekście, czy dalej sobie radzi czy nie. (TERMS30121991)*

Niektórzy pacjenci postulowali, aby po zakończeniu sesji przewidzianych w programie „Candis” i uporaniu się z problemem używania przetworów konopi, objąć ich wsparciem psychologa bądź psychoterapeuty, który pomoże im poradzić sobie z innymi istniejącymi pro-

blemami. Dla niektórych pacjentów używanie substancji było jednym z wielu problemów, z którymi się borykają. Myślę, że jakoś poszerzenie optyki, przez którą się patrzy na pacjenta. Nie tylko przez ten pryzmat uzależnienia, ale też właśnie w jakichś innych paradygmatach psychologicznych. Przyszło mi do głowy coś takiego, że pacjent powinien mieć dwóch psychologów na różnych stopniach swojej terapii. Najpierw kogoś, kto zajmie się problemem uzależnienia, a kiedy ten problem już nie będzie taki naglący, zajęłby się właśnie innymi problemami. To terapeuta uzależnień by wybierał, stwierdzałby, jaki problem jest dominujący u tej osoby i do jakiego psychologa by należało ją skierować w takim wypadku. (PCMS01031992)

### Zagadnienia programu i wprowadzanie nowych treści

W ramach poprawy jakości i adekwatności leczenia respondenci proponują poszerzenie programu o dodatkowe sesje. Mieliby w nich uczestniczyć pacjenci, których problemy wynikające z używania przetworów konopi, są dotkliwsze, bardziej złożone. Ich celem byłoby objęcie wsparciem pacjentów przez dłuższy czas. Można by ewentualnie więcej spotkań zrobić w niektórych przypadkach, jakby terapeuci mieli taką możliwość. Ja znam dużo osób, które mają sporo większy problem z tym. (PCPJS02121991)

Terapeuci rekomendowali większą elastyczność we wprowadzaniu nowych treści do programu bądź dokonywaniu zmian w kolejności realizacji zaplanowanych sesji. Ich kolejność powinna być dostosowana do sytuacji użytkownika. Zdaniem terapeutów podczas pierwszych spotkań większy nacisk powinno się położyć na problem radzenia sobie z poczuciem samotności, ze wstydem niż na omawianie działania marihuany na ośrodkowy układ nerwowy.

Skupić się bardziej na tym, co w związku z paleniem przeżywa pacjent, co przeżywa w związku z tym, jak przestanie palić. Większym problemem jest, co tu ze sobą zrobić. Jak przestanie palić, to odsuną się od niego najbliżsi znajomi i będzie miał poczucie samotności. Dla mnie to jest istotniejsze niż to, żeby ktoś tam wiedział, jak działa marihuana na synapsy, na mózg. Więc pewne rzeczy można tam streścić, a na pewnych się skupić, podążając za pacjentem, za klientem, co jest dla niego ważniejsze. Z czym on ma problem. Jakby podążanie za, ale jednocześnie realizowanie treści. (TERRR04061971)

Ja myślę, że warto wtrącić dwie-trzy sesje na temat pracy nad wstydem, na temat pracy nad jakąś nieśmiałością pacjenta. Często w trakcie terapii wychodzi, dlaczego pacjenci używali tego. Dawało im to jakąś akceptację wśród rówieśników, kumpli, czuli się jakoś bardziej okej, chociaż wiedzieli, że to nie jest dobre, co robią, ale wchodzili w to, żeby zyskać akceptację. Więc właśnie ta kwestia akceptacji i głębszej pracy nad tym. Gdyby były poświęcone dwie-trzy sesje minimum na ustalenie z pacjentem, nad czym on chciałby popracować w kontekście braków, funkcjonowania społecznego czy psychologicznego, które powoduje często, że on pali. (TERAŁ16011978)

Dla terapeutów istotne było nie tylko trzymanie się sztywno scenariusza programu „Candis”, ale również pogłębianie terapii, poznawanie sytuacji pacjenta, historii używania substancji, czyli czynników mogących mieć wpływ na wzór używania przetworów konopi. Żeby była ta większa elastyczność, żeby można było też wprowadzać takie wątki dotyczące też badania historii życia pacjenta. Jeśli on ma na to gotowość, oczywiście. Żeby on jakoś tam lepiej rozumiał, co on wnosi na sesję. Bo też pacjenci mają tego kupę. Przychodzą tylko z problemem trawki, ale często się tak zdarza, że dużo jest też takich rzeczy bieżących, które się u nich dzieją. (TERAŁ28081975)

### Narzędzia wykorzystywane w programie

Część rekomendacji wynikających z badania odnosiła się do jakości materiałów wykorzystywanych w programie „Candis”. Zdaniem terapeutów w materiałach znajdują się sformułowania, które mogą być niezrozumiałe dla pacjentów. Dlatego też wymagają one weryfikacji i modyfikacji na język przystępny dla użytkowników. Zaleca się również ich adaptację do warunków polskich. Zdaniem niektórych jakość tłumaczenia na język polski jest niedostateczna.

Te treści ja też przegryzłem, one też są trudne do zrozumienia. Oczywiście, jak miałem studenta medycyny, to on wszystko wiedział o działaniu (marihuany – autorzy). Natomiast ci wszyscy użytkownicy, którzy uważają się za specjalistów od palenia marihuany, od jej działania, to jak przechodzimy do konkretów, to ich wiedza też jest taka bardzo potoczna. Ja myślę, że to też ma mniejsze znaczenie na przykład, żeby ktoś wnikał w biochemię mózgu niż to, co mu marihuana daje emocjonalnie i społecznie. Ogólnie powiedzieć jak substancje psychoak-

tywne – jedne działają tłumiąco na OUN (ośrodkowy układ nerwowy – autorzy), inne pobudzająco, inne zaburzająco, i tę wiedzę można zminimalizować. Ktoś może dostać wskazówkę do artykułu o marihuanie, który jest na stronie „Candisa”, i jest bardziej przystępnym językiem (napisany – autorzy). Generalnie myślę, że ta praca terapeutyczna polega na tym, żeby te treści stały się bardziej przyswajalne, żeby mówić prostym językiem, przekazywać je. (TERRR04061971)

Wśród rekomendacji pacjentów pojawił się postulat ograniczenia konieczności wypełniania materiałów edukacyjnych. Woleliby, aby ten czas był poświęcony na rozmowę, ewentualnie udział w ćwiczeniach, w których nie ma obowiązku pisania. Rekomendowali również implementację aplikacji elektronicznej wspomagającej leczenie. Mogłaby ona rozwiązać problem drukowania materiałów, ich formatowania, wypełniania przez pacjentów kartek z ćwiczeniami, umożliwiałyby praktycznie natychmiastową kontrolę nad efektami leczenia. *Może mniej właśnie wypełniania, pisania, a więcej na przykład rozmowy. Więcej takich ćwiczeń niepiszących. Bo to wydaje mi się, że wymaga większej koncentracji, a często osoby palące mają problemy z koncentracją.* (PCMS20041994)

*Można zrobić taką aplikację, stronkę zrobić, gdzie taki uzależniony mógłby to wszystko kontrolować, np. zamiast na papierze, niszczyć drzewa, to może jakąś taką faktycznie apkę. W dobie smartfonów myślę, że byłoby to sprawdzone. Jest wiele takich programów do rzucania papierosów, czemu nie marihuany?* (PCJD07121996)

## Podsumowanie

Wśród rekomendacji pacjentów i terapeutów można wyróżnić te, które odnoszą się do informacji o programie i edukacji, zwiększenia dostępności programu oraz do poprawy jakości i adekwatności prowadzonych oddziaływań. Niektóre z postulatów wydają się dość proste do wprowadzenia, np. poprawa działań promocyjnych w celu lepszego dotarcia do użytkowników, weryfikacja materiałów, implementacja aplikacji na urządzenia mobilne wspomagającej leczenie. Inne wymagają poniesienia dość dużych nakładów finansowych, np. zwiększenie liczby miejsc oferujących program „Candis”, zwiększenie liczby terapeutów realizujących program, zapewnienie pacjentom kompleksowego wsparcia obejmującego różne obszary życia.

Warto rozważyć, czy potrzebne są szersze działania promocyjne dotyczące programu, jeśli z powodu barier finansowych występują ograniczone możliwości zwiększenia dostępności programu „Candis”.

Część rekomendacji dotyczyła obszarów czy rozwiązań, które już są częścią programu „Candis”. Nie zostały one przedstawione w artykule. Warto tym samym zastanowić się, dlaczego respondenci postulowali wprowadzenie tych zmian. Może to wynikać ze zmian, które są wprowadzane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w funkcjonowaniu programu, a które nie docierają do realizatorów. Inną przyczyną może być niedostateczna znajomość całej oferty programu zarówno przez pacjentów, jak i realizatorów. Oznaczałoby to konieczność wprowadzenia systemu bieżącego przepływu informacji między KBPN a realizatorami, przeprowadzenia uzupełniającego szkolenia dla realizatorów oraz bardziej szczegółowego opisu oferty, z którą mogliby się zapoznać pacjenci.

Wydaje się, że ważnym elementem działalności Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jako podmiotu finansującego, powinno być stałe, systematyczne i oparte na jasnych kryteriach monitorowanie jakości realizacji programu „Candis”. Z zebranego materiału wynika, że w niektórych przypadkach program został zmodyfikowany według potrzeb i poglądów realizatorów, a jego główna idea mogła ulec zatarciu.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Badanie zostało sfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia (umowa nr 74/H1/MK/2017).

## Bibliografia

- Hawkins J., Nederhood B., „Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne”, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, IPIŃ, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn 1994.
- Miller W., Rollnick S., „Motivational Interviewing: Preparing People for Change”, Guilford Press, 2002.
- Ostrowski Ł., Wiśnicka M., „Ewaluacja. Jak to się robi? Poradnik dla programów Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności, Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, 2016, [http://stocznia.org.pl/app/uploads/2013/01/Ewaluacja\\_Jak\\_to\\_sie\\_robi\\_www.pdf](http://stocznia.org.pl/app/uploads/2013/01/Ewaluacja_Jak_to_sie_robi_www.pdf)
- strona internetowa programu „Candis”: <http://www.candisprogram.pl/>
- Wasilewska E., „Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów”, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.

*Spółeczność terapeutyczna to metoda niewątpliwie najbardziej efektywna w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego. Jest ona także najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową naturą uzależnienia.*

## SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA W REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ CZ. II

Janusz Strzelecki

Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Anielinie

### Podstawowe formy aktywności w ośrodku

Aktywności pacjentów w warunkach społeczności terapeutycznej odpowiadają temu wszystkiemu, z czego skonstruowana jest codzienna rzeczywistość. Jest więc czas na pracę (codzienne czynności porządkowe, gospodarcze, remontowe), czas na konstruktywny odpoczynek (sport, zabawę, obcowanie z kulturą, życie towarzyskie, rozwijanie własnych zainteresowań) oraz czas na refleksję i autorefleksję.

W każdym z tych trzech wymiarów stymulowany jest rozwój osobisty uczestników programu w kontekście społecznego uczenia się wykreowanym przez społeczność jako środowisko lecznicze. Rozwój ten przekłada się na zmiany na poziomach zachowania, emocji, myślenia, wartości i postaw pacjentów.

Ośrodki rehabilitacyjne oferują w związku z tym w swoich programach następujące formy oddziaływań terapeutycznych:

- terapia pracą i terapia zajęciowa,
- trening w rolach społecznych (funkcjach w społeczności),
- grupowe zajęcia tzw. alternatywne (zmierzające do wykreowania konstruktywnych form spędzania wolnego czasu, np. integracyjne, sportowe i kulturalno-oświatowe),
- zajęcia własne pacjentów (np. praca nad życiorysem, realizacja indywidualnego programu terapeutycznego, prowadzenie dzienniczka uczuć),
- zajęcia indywidualne z terapeutą (np. wywiad diagnostyczny, rozmowy motywujące, sytuacyjne i interwencyjne, zajęcia dotyczące realizacji indywidualnego programu terapeutycznego na temat specyficznych problemów pacjentów związanych np.

z zakażeniem HIV lub orientacją seksualną, elementy psychoterapii indywidualnej),

- grupowe zajęcia edukacyjne (np. ćwiczenia, warsztaty, wykłady na temat podstawowych zagadnień dotyczących uzależnień i ich terapii, dotyczące duchowości, z zakresu psycho- i socjoedukacji, a także poświęcone problematyce chorób współwystępujących z uzależnieniami),
- grupowe zajęcia terapeutyczne (np. zebrania społeczności przyjacielskie, planowe i interwencyjne, spotkania poranne i wieczorne oraz zajęcia poświęcone indywidualnym problemom pacjentów, omówieniu indywidualnych programów terapii).

Wszystkie te formy aktywności powinny znaleźć się w ofertach programowych ośrodków i występować w nich w sposób zrównoważony, to znaczy taki, by udział w części z nich (np. w pracy) nie ograniczał dostępu do pozostałych.

### Podstawowe zasady konstruowania programu i regulaminu ośrodka rehabilitacyjnego

Regulamin, czyli zasady przyjęcia i pobytu w ośrodku, stanowi odpowiednik systemu prawnego (niesprzeczny oczywiście z rzeczywistym systemem prawnym) i konstytuuje środowisko lecznicze ośrodka w jego aspekcie „rodzinnym” i „społecznym”. Program zaś jest formą organizacji cyklu czy też procesu terapeutycznego.

Założenia teoretyczne to najważniejszy, ale nie jedyny element w procesie tworzenia programu i regulaminu ośrodka. Inne istotne czynniki wpływające na ich końcowy kształt wynikają między innymi z konieczności dostosowania ich do:

- potrzeb, oczekiwań i specyfiki (np. pod względem statusu serologicznego) aktualnie przebywających

w ośrodku pacjentów, bo tylko wówczas zostanie zrealizowana zasada przyjęcia przez pacjentów współodpowiedzialności za proces terapeutyczny,

- wiedzy i umiejętności zmieniającego swój skład zespołu terapeutycznego, tak by każdy mógł się z programem identyfikować i znaleźć w nim miejsce dla siebie – tylko wtedy uda się zbudować sprawny i zintegrowany zespół,
- „dobrodziejstwa inwentarza” to znaczy położenia i warunków lokalowych – ośrodków się przecież zazwyczaj nie buduje, ale zasiedla i przystosowuje,
- możliwości finansowych, polityki państwa w zakresie przeciwdziałania narkomanii, ogólnej sytuacji społecznej,

Program ośrodka i jego regulamin są zatem zawsze wynikiem kompromisu, wypadkową paru różnych, ewoluujących i częściowo sprzecznych ze sobą czynników.

## Ogólna charakterystyka regulaminu i programu ośrodka rehabilitacyjnego

Rehabilitację uzależnienia w warunkach społeczności terapeutycznej można ująć jako celowe, moderowane przez grupę osób o różnym potencjale rozwojowym, stopniowe wywoływanie i utrwalanie szeregu najczęściej wzajemnie się warunkujących pozytywnych zmian osobowych, począwszy od zmian najprostszych dotyczących stylu bycia, a skończywszy na zmianach złożonych, wymagających wielomiesięcznej pracy – postaw wobec siebie, innych ludzi, świata.

Do zmian tych dochodzi w swoistym wykreowanym przez społeczność środowisku leczniczym, funkcjonującym zazwyczaj w sposób pisemnie unormowany w formie regulaminu ośrodka. Regulamin określa zasady przyjęcia do ośrodka i pobytu w nim. Tak jak z oczywistych powodów nie ma dwóch takich samych ośrodków, tak nie ma dwóch takich samych regulaminów. Trudno też wyeksplikować katalog zasad bezwzględnie obowiązujących we wszystkich społecznościach. W świetle podejmowanych prób tworzenia społeczności z udziałem pacjentów substytucyjnych nawet zasada utrzymywania abstynencji narkotykowej wydaje się wątpliwa jako wspólna, bo przecież nie da się uznać, że metadon czy buprenorfina nie są narkotykami, a ich użytkownicy nie są osobami „czynnie” uzależnionymi.

Można jednak zaryzykować twierdzenie, że w społeczności typu „drug free” wspólne są zasady dotyczące utrzymywania abstynencji od środków i substancji

psychoaktywnych oraz niestosowania przemocy. Prawdopodobnie dotyczy to także zasad odnoszących się do nieprzyjmowania leków bez zalecenia lekarskiego oraz obowiązku uczestniczenia we wszystkich aktywnościach wprowadzonych przez społeczność.

Regulaminy formułują poza tym – często bardzo drobiazgowo – także szereg innych norm współżycia w „środowisku leczniczym”, począwszy od zasad dotyczących sposobu podejmowania decyzji w sprawach grupy i poszczególnych jej członków, a skończywszy na zasadach związanych z koniecznością utrzymania w ośrodku właściwych warunków sanitarnych.

Zmiany składające się na proces terapeutyczny są weryfikowane w końcowym okresie pobytu w społeczności (w tzw. fazie wyjścia) w warunkach rzeczywistości zewnętrznej wobec ośrodka. Tworzą one dosyć specyficzny proces, mający własną logikę i dynamikę. W procesie tym da się wyodrębnić pewne fazy (etapy) rozwojowe i to one właśnie stanowią podstawę organizacji cyklu terapeutycznego.

Pobyt pacjenta w ośrodku stacjonarnym (społeczności terapeutycznej) przebiega według następujących etapów (Karpowicz, 2002, s. 82 i n.):

1. Etap motywacyjny: jest okres preorientacji, z jednej strony zapoznawania się ze społecznością i programem, a z drugiej poznawania nowo przybyłego i motywowania go do pozostania w ośrodku, przy czym decydującą rolę odgrywa wówczas motywacja zewnętrzna (negatywna) nie tyle do terapii, ile do pobytu, zazwyczaj traktowanego jako zło konieczne; okresowo w zmiennym natężeniu pojawiają się odroczone psychofizyczne objawy odstawienne lub dyskomfort związany z wydłużającym się okresem abstynencji; typowa dla tego okresu jest silna ambiwalencja emocjonalna, wynikająca, po pierwsze z jednoczesnego poczucia straty narkotyku i strat poniesionych przez narkotyk, po drugie, będąca konsekwencją różnic między dotychczasowym stylem życia a tym, który proponowany jest w ośrodku.
2. Etap adaptacji do warunków panujących w ośrodku: dochodzi wtedy do przystosowania się do zasad współżycia obowiązujących w ośrodku, stałego rytmu dnia, tygodniowego rozkładu zajęć, codziennego uczestnictwa w pracy, zajęciach terapeutycznych i alternatywnych, do utrzymywania właściwej higieny osobistej, dbania o porządek w bliższym i dalszym otoczeniu; pacjenci podejmują wówczas prace i obo-

wiązki o niewielkim stopniu odpowiedzialności, nadal utrzymuje się słabnąca już ambiwalencja; w tym okresie dochodzi do nawiązania pierwszych indywidualnych kontaktów z otoczeniem, co często decyduje o pozostaniu w ośrodku, a także inicjuje proces modelowania (zgodnie z zasadą, że najważniejszą relacją terapeutyczną w ośrodku są relacje pomiędzy poszczególnymi członkami społeczności); zmiany są niewielkie, przede wszystkim o charakterze dostosowawczym na poziomie zachowań, motywacja nadal pozostaje głównie zewnętrzna.

3. Etap transformacji, będący kluczowym okresem pobytu pacjenta w ośrodku: powinno się wówczas pojawić wiele istotnych zmian nie tylko w zachowaniach, ale przede wszystkim w systemie wartości i postawach między innymi wobec używania narkotyków jako konsekwencji podjęcia rzeczywistej decyzji o zaprzestaniu ich przyjmowania, wobec subkultury narkotykowej na rzecz najpierw norm współżycia kreowanych przez społeczność, a później przez społeczeństwo, wobec innych osób początkowo w ośrodku, a następnie poza nim, wobec rodziny, w kontekście zadośćuczynienia i wybaczenia, wobec samego siebie, świata, duchowości – wobec tego wszystkiego, co konstytuuje końcową globalną zmianę osobistej tożsamości; powinna się w tym okresie rozbudować motywacja wewnętrzna (pozytywna) – od tego, na ile zmiany pojawiające się wówczas będą rzeczywiście uwewnętrznione, a na ile pozorowane i wymuszone przez otoczenie, uzależniony jest końcowy efekt terapii.

4. Etap konfrontacji zapoczątkowujący tzw. fazę wyjścia: jest to kolejny kluczowy, często bardzo trudny okres sprawdzania umiejętności i doświadczeń nabytych w ośrodku w warunkach rzeczywistości zewnętrznej wobec niego, a zatem w warunkach braku kontroli ze strony bezpośredniego otoczenia: do konfrontacji tej dochodzi w środowisku często przypadkowym, zasadniczo różniącym się od „tre-

ningowego” środowiska leczniczego wykreowanego przez społeczność; okres ten to jednocześnie czas na rozpoczęcie poszukiwania dla siebie miejsca poza ośrodkiem i konkretne planowanie własnej coraz bardziej samodzielnej przyszłości.

5. Etap asymilacji, rozpoczynający życie poza ośrodkiem (pacjent na tym etapie jest jeszcze w mniej lub bardziej ścisłym kontakcie ze społecznością lub zespołem terapeutycznym); jest to okres integracji ukształtowanych w ośrodku zachowań, umiejętności i postaw z realiami codziennego życia.

*Aktywności pacjentów w warunkach społeczności terapeutycznej odpowiadają temu wszystkiemu, z czego skonstruowana jest codzienna rzeczywistość. Jest więc czas na pracę (codzienne czynności porządkowe, gospodarcze, remontowe), czas na konstruktywny odpoczynek (sport, zabawę, obcowanie z kulturą, życie towarzyskie, rozwijanie własnych zainteresowań) oraz czas na refleksję i autorefleksję.*

Etapy te mają charakter modelowy. Mogą służyć jako punkt odniesienia, ale w praktyce najczęściej nakładają się na siebie, wzajemnie przenikają. Zdarza się, że pacjenci wchodząc w kolejne nawrotowe kryzysy, wracają na krócej lub dłużej do wcześniejszych etapów rozwojowych. Ale to dobrze, ponieważ nie ma terapii bez kryzysu.

Pobyt w ośrodku, terapia to z perspektywy całego życia pacjentów stosunkowo krótki okres, jego fragment, epizod, jak by powiedział De Leon (2003, s. 95-96). Epizod, który niczego nie zamyka, a jedynie coś otwiera. Krótki, ale

intensywny, bo zmierza do przygotowania członków społeczności kończących terapię do dłuższego, zainicjowanego w ośrodku procesu dochodzenia czy też powrotu do zdrowia w „nieterapeutycznych” warunkach późniejszego samodzielnego życia na zewnątrz.

## Bibliografia

- De Leon G., „Społeczność terapeutyczna. Teoria. model. metoda”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
- Gaś Z., „Wspólnota terapeutyczna w leczeniu uzależnień”, Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin 1992.
- Karpowicz P., „Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?”, Kreator, Białystok 2002.
- Kooyman M., „Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- Kratochvil S., „Społeczność terapeutyczna i psychoterapia grupowa w leczeniu nerwic”, PWN, Warszawa 1988.



Artykuł prezentuje wyniki badań projektu szkoleniowo-badawczego „Dialog motywujący w praktyce”, który został zrealizowany w 2017 roku przez Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej. Projekt był współfinansowany w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia.

# CO ZYSKUJĄ SPECJALIŚCI W EFEKCIE NAUKI I STOSOWANIA DIALOGU MOTYWUJĄCEGO?

Olga Mrozowska

Psycholog, terapeuta, trener dialogu motywującego

Akademia Dialogu Motywującego

W niniejszym opracowaniu przedstawiam wyniki pionierskich badań z zakresu dialogu motywującego (DM) przeprowadzonych na gruncie polskim. Ich celem było zmierzenie efektywności uczenia się dialogu motywującego, a co najważniejsze – wyciągnięcie praktycznych wniosków, jakie badania te niosą dla specjalistów pracujących z drugim człowiekiem w kontakcie pomocowym. Co zmienia się w percepcji specjalistów, kiedy poznają i zaczynają stosować dialog motywujący w pracy z klientem? Jak zmienia się ich rozumienie klienta? Co zmienia się w postrzeganiu własnej roli w tej relacji? Jak przekłada się to na warsztat pracy? Ile czasu potrzeba, aby nauczyć się tej metody pracy? Z nauką jakich umiejętności specjaliści mają większe trudności, a co przychodzi im łatwo? Czy wiek, płeć, staż pracy i doświadczenie lub wykonywany zawód mają wpływ na proces uczenia się dialogu motywującego? Na te i inne pytania odpowiada raport z przeprowadzonych badań, a niniejszy artykuł prezentuje ich wycinek.

## Kilka słów o dialogu motywującym

Dialog motywujący (*ang. motivational interviewing*) to szczególnie sposób prowadzenia rozmowy o zmianie, ukierunkowany na rozwijanie i umacnianie wewnętrznej motywacji i zobowiązania osoby do zmiany (Miller, Rollnick, 2014). Pierwotnie metodę tę stosowano w obszarze leczenia uzależnień. W miarę upływu lat zaczęła ona znajdować rzesze zwolenników na całym świecie, począwszy od lekarzy, przez pracowników socjalnych,

aż po nauczycieli. Obecnie jest ona wykorzystywana w różnorodnych kontekstach sytuacyjnych, społecznych i zawodowych.

Skąd taka popularność i szerokie zastosowanie dialogu motywującego? Dialog motywujący to sposób rozmowy o zmianie, a zmiana jest zjawiskiem powszechnym, dotyczącym każdego z nas. W swoim życiu wielokrotnie przeżywamy niepewność związaną ze zmianą. Bywają decyzje, które ważymy latami, doświadczając wewnętrznego konfliktu między dążeniem a unikaniem, targani sprzecznymi obawami i pragnieniami.

Dialog motywujący to metoda uniwersalna, mająca zastosowanie zarówno podczas krótkiej rozmowy czy konsultacji, jak i w trakcie głębokiego procesu psychotherapeutycznego. Mimo dużej odmienności kontekstów sytuacyjnych (psychotherapia, konsultacja medyczna, rozmowa z dietetykiem czy nauczyciela z uczniem), wszystkie one mają wspólny element – temat zmiany.

## Dialog motywujący jako metoda pracy we wprowadzaniu zmiany

Liczne badania naukowe pokazują, że sposób, w jaki osoba werbalizuje swoje myśli, stanowi ważny element wskazujący na prawdopodobieństwo wprowadzenia przez nią zmiany<sup>1</sup>. Z tego względu praktycy dialogu motywującego dużą wagę przywiązują do języka, jakim klient posługuje się w odniesieniu do zmiany zachowania. Miller i Rollnick, twórcy dialogu motywującego, stworzyli unikalny koncept rozumienia ambiwalencji

wobec zmiany. Nazwali go językiem zmiany i językiem podtrzymania.

**Język zmiany** to wypowiedzi automotywuujące, w których osoba wypowiada chęć, zdolność, potrzebę, powody przemawiające za zmianą lub zobowiązanie do zmiany. To sposób, w jaki rozmówca wyraża tę stronę ambiwalencji, która pragnie zmiany (*Jeśli odstawię alkohol, żona i dzieci będą spokojniejsze, Mam dość bycia na uwięzi nałogu, Po dopalaczach fatalnie się czuję na drugi dzień itp.*).

Drugą stroną ambiwalencji prezentuje **język podtrzymania**. Są to wypowiedzi, w których osoba podaje powody, obawy i inne argumenty, które z jej perspektywy przemawiają za tym, aby zmiany nie wprowadzać, aby podtrzymać *status quo* (*Nie mam problemu z piciem, Palenie trawki jest ok, Dzięki lampce wina jestem spokojniejsza i nie mam problemów ze snem itp.*).

Badania pokazują, że styl prowadzenia rozmowy przez specjalistę w istotny sposób wpływa na rodzaj oraz natężenie wypowiedzi klienta o zmianie, a tym samym na jego wewnętrzną motywację do realizacji celu. Prawdopodobieństwo wypowiedzania przez osobę języka zmiany wzrasta wyłącznie po reakcjach specjalisty spójnych z dialogiem motywującym (Moyers i Martin, 2006, za: Miller, Rollnick, 2014).

Z tego względu specjaliści stosujący DM przywiązują dużą wagę do słów, jakimi ich klienci mówią o zmianie. Rozumiejąc język zmiany jako element przybliżający do zmiany, a opór czy język podtrzymania jako element oddalający, na bieżąco dokonują oni diagnozy procesu motywacyjnego klienta, dostosowując swoje oddziaływanie do stopnia jego gotowości do realizacji celu. **Ukierunkowują rozmowę z klientem, wywołując i rozwijając język zmiany, tonując jednocześnie język podtrzymania**. Wszystko to odbywa się w atmosferze partnerstwa, szacunku, akceptacji i troski.

Specjalista powstrzymuje „odruch naprawiania” i zamiast przekonywać go do zmiany, podawać powody, czy podsuwać gotowe rozwiązania – w taki sposób prowadzi rozmowę, aby to klient dochodził do ważnych dla niego motywacji dotyczących zmiany. Proces ten w DM został nazwany WYWOŁYWANIEM i stanowi przeciwieństwo dostarczania, które zamiast angażować klienta, tylko wzmacnia jego bierność.

Proces wywoływania, z punktu widzenia efektywności terapii czy konsultacji, jest bardzo ważny, ponieważ im więcej w trakcie rozmowy klient wypowiada języka zmiany, tym większa szansa, że zamierzony cel zreali-

zuje<sup>2</sup>. Dlatego wywoływanie języka zmiany, trafne jego odczytywanie i właściwe reagowanie, to jedna z kluczowych umiejętności, której specjaliści intensywnie uczą się podczas szkoleń z zakresu dialogu motywującego.

## Efektywność szkoleń z zakresu dialogu motywującego – badanie polskie

Na świecie najbardziej rozpowszechnione i uznane za skuteczne są krótkie szkolenia i supervizje z zakresu dialogu motywującego: kilkugodzinne, jedno-, dwu- lub kilkudniowe. Na polskim rynku szkoleniowym obecne są również kursy dwuletnie.

Niniejsze badanie zostało zaprojektowane w celu zmierzenia efektywności uczenia się DM w formule pośredniej, tj. 50-godzinnego szkolenia realizowanego w trakcie czterech zjazdów.

Projekt szkoleniowo-badawczy „Dialog motywujący w praktyce” obejmował łącznie 7 dni (trzy zjazdy dwudniowe i jednodniowy zjazd supervizyjny). Ostatniego dnia uczestnicy prezentowali swoje nagrania rozmów z klientami, które prowadzili z wykorzystaniem nabytych w trakcie szkolenia umiejętności stosowania DM, uzyskując jednocześnie od trenera i grupy informacje zwrotne.

Łącznie w badaniu uczestniczyło 69 specjalistów pracujących z osobami używającymi środków odurzających i nowych substancji psychoaktywnych, z których zdecydowaną większość (90%) stanowiły osoby, które przed szkoleniem w swojej pracy zawodowej nie stosowały DM. Projekt był realizowany w sześciu polskich miastach: Lublinie, Olsztynie, Bydgoszczy, Koszalinie, Krakowie i Opolu, w okresie od maja do grudnia 2017 roku.

Do zmierzenia efektywności uczenia się DM wykorzystano narzędzie o nazwie *Video Assessment of Simulated Encounters*, zwane dalej Skalą VASE-R<sup>3</sup>, które poprzez materiał wideo symuluje rozmowę klienta z terapeutą. Jest to możliwe dzięki krótkim prezentacjom wideo z udziałem aktorów odgrywających klientów nadużywających substancji psychoaktywnych, którzy przyszli na spotkanie ze specjalistą kierowani wewnętrzną motywacją lub presją z zewnątrz (np. rodzina, konflikt z prawem). Na ekranie uczestnicy badania widzą „klienta”, który zwraca się bezpośrednio do nich, tak, jak to się dzieje w trakcie realnej rozmowy. Są oni proszeni o zapisanie

w formularzu swojej odpowiedzi, która ich zdaniem byłaby najbardziej pomocna „klientowi” w tej konkretnej sytuacji (tj. zapisują słowa, które w kontakcie z tym klientem wypowiedzieliby w reakcji na to, co właśnie od niego usłyszeli). Czas zapisaania wypowiedzi jest ograniczony do kilkudziesięciu sekund, aby sytuacja była jak najbardziej zbliżona do warunków realnej rozmowy. Po upływie limitu czasu „klient” kontynuuje swoją wypowiedź, po czym ponownie zatrzymuje się na chwilę, dając specjalistce czas na zanotowanie swojej odpowiedzi. Sytuacja powtarza się i w ten sposób „rozmowa” jest płynnie kontynuowana.

Badanie Skalą VASE-R zostało przeprowadzone dwukrotnie: pierwszego i ostatniego dnia szkolenia z zakresu DM. Skuteczność szkoleń i postępów ich uczestników w rozwoju umiejętności stosowania dialogu motywującego w praktyce pokazuje różnica między wynikami badania -pre i -post.

Skala VASE-R mierzy kluczowe umiejętności DM, które ujmuje w pięć podskal. Są to:

- **Słuchanie odzwierciedlające** – fundamentalna umiejętność DM, której głównym celem jest dobre zrozumienie perspektywy klienta oraz trafne przekazanie tego zrozumienia, bez oceniania postawy klienta, za to w atmosferze akceptacji, partnerstwa i troski. Innymi słowy, słuchanie odzwierciedlające to sposób na wyrażanie empatii.
- **Reagowanie na opór**<sup>4</sup> to skala mierząca umiejętność konstruktywnego reagowania na trudne momenty w rozmowie z klientem, bez zwiększania konfrontacji lub obronnej postawy klienta.
- **Wywoływanie języka zmiany** polega na formułowaniu przez specjalistę takich wypowiedzi, które wywołują obawy klienta związane ze *status quo*, korzyści związane ze zmianą, umiejętności lub zamiar wprowadzenia zmiany lub nadzieję, że zmiana jest możliwa.
- **Podsumowywanie** to kolejna ważna umiejętność DM mierzona przez Skalę VASE-R. Tworzenie trafnych podsumowań wymaga identyfikacji i podkreślenia przeżywanej przez klienta ambiwalencji, ze szczegól-

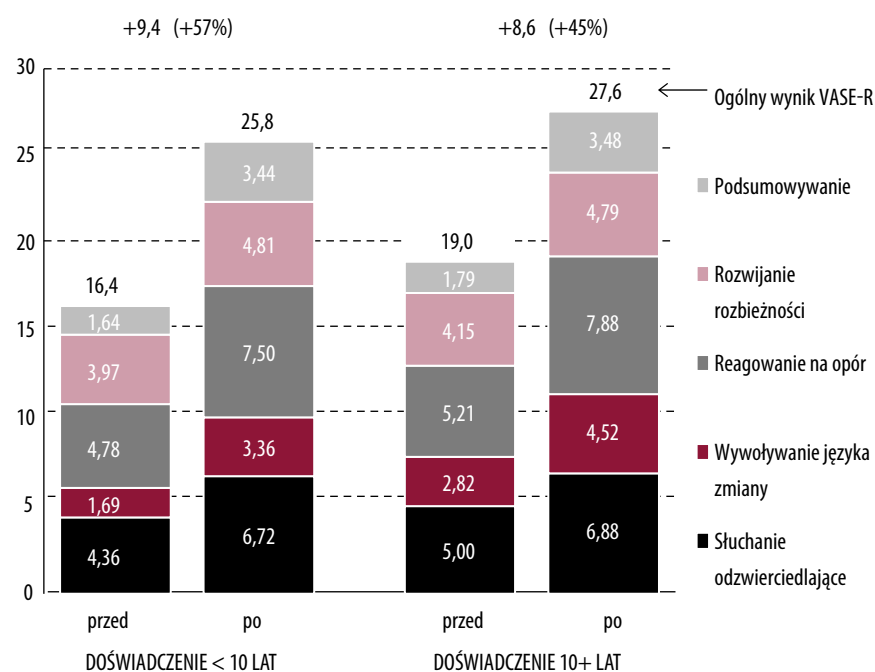
ną koncentracją na języku zmiany. Podsumowania pozwalają specjalistom łączyć lub zestawiać pojęcia i ukierunkowywać rozmowę na zmianę.

- **Rozwijanie rozbieżności** to podskala mierząca umiejętność obierania takich kierunków rozmowy z klientem, które mają większą szansę wywołać i rozwinąć jego wewnętrzną motywację do zmiany, poprzez rozwijanie rozbieżności pomiędzy aktualnym zachowaniem klienta a jego wewnętrznymi wartościami i pragnieniami. Sposób, w jaki specjalista rozwija rozbieżności, nie może być konfrontujący (wytykający niespójność, bierność lub sprzeczność pomiędzy tym, co klient robi lub czego nie robi, a tym, co deklaruje). Aby rozwijanie rozbieżności nie zamieniło się w konfrontację, musi być realizowane w atmosferze szacunku, akceptacji, partnerstwa i empatii.

## Doświadczenie zawodowe a uczenie się dialogu motywującego

Jednym z zamysłów projektu było zbadanie, jak wygląda proces uczenia się dialogu motywującego przez specjalistów różniących się między sobą stażem pracy. Osoby z ponad 10-letnim stażem pracy stanowiły prawie połowę uczestników (47%) badania. Jego wyniki pokazały, że specjaliści z większym doświadczeniem zawodowym prezentowali wyższy poziom kompetencji mierzonych

**Wykres 1. Różnice kompetencji między grupami o różnym poziomie doświadczenia zawodowego.**



Skalą VASE-R zarówno przed szkoleniem, jak i po nim. Co prawda na starcie szkolenia poziom umiejętności motywujących osób z mniejszym stażem zawodowym był niższy, ale w czasie szkolenia niejednokrotnie poczyniły one większe postępy niż ich bardziej doświadczeni koledzy (wykres 1).

Wśród uczestników szkoleń największy odsetek stanowili psychologowie i psychoterapeuci (45%) oraz specjaliści terapii uzależnień (41%). Najmniej liczną grupą (14%) byli przedstawiciele innych zawodów pracujący z osobami stosującymi środki psychoaktywne: pracownicy oświaty, realizatorzy programów profilaktycznych, kuratorzy sądowi i społeczni, lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni i asystenci rodziny.

Badanie Skalą VASE-R pokazało ciekawe zależności pomiędzy tymi grupami zawodowymi:

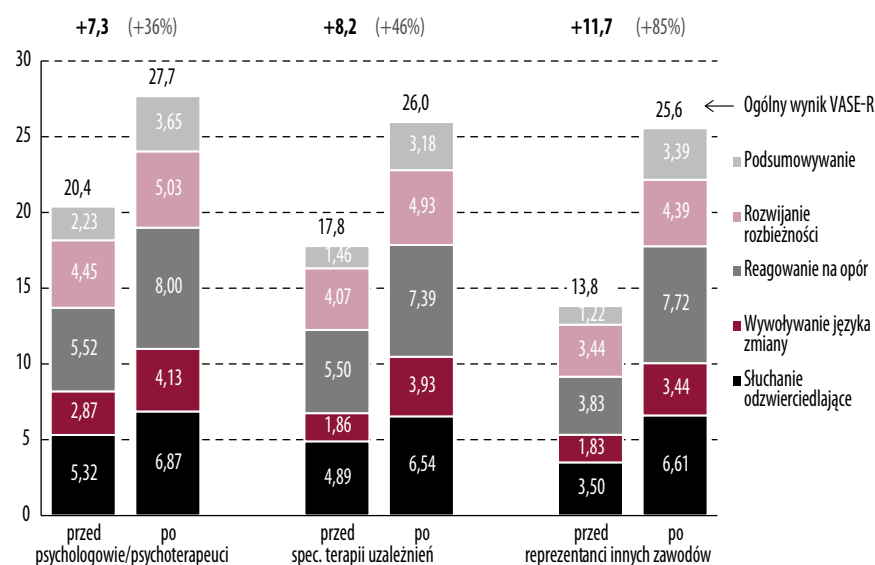
- Psychologowie i psychoterapeuci okazali się być grupą o relatywnie najwyższych kompetencjach mierzonych Skalą VASE-R. Nie tylko rozpoczęli oni szkolenie z najwyższego poziomu tych umiejętności, ale i w jego następstwie osiągnęli najwyższe wyniki we wszystkich pięciu kompetencjach DM w porównaniu z reprezentantami pozostałych grup zawodowych.
- Specjaliści terapii uzależnień przed szkoleniem prezentowali stosunkowo niższy od psychologów/psychoterapeutów poziom umiejętności i jednocześnie – zdecydowanie wyższy poziom w porównaniu z reprezentantami innych zawodów. W wyniku szkole-

lenia uzyskali oni bardzo zbliżoną do psychologów/psychoterapeutów biegłość w posługiwaniu się dialogiem motywującym. Poczynili oni większe postępy w rozwoju swoich kompetencji zawodowych niż wyżej wymieniona grupa specjalistów.

- Reprezentanci pozostałych zawodów (pracownicy oświaty, realizatorzy programów profilaktycznych, kuratorzy sądowi i społeczni, lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni i asystenci rodziny) na wstępie szkolenia prezentowali najniższe umiejętności stosowania interwencji zgodnych z DM. Choć więc wskutek szkolenia uzyskali oni poziom kompetencji porównywalny z osiągniętym przez specjalistów terapii uzależnień, to fakt startu z bardzo niskiego poziomu umiejętności sprawił, że dzięki szkoleniu osiągnęli oni nieraz wręcz spektakularne efekty wzrostu kompetencji. Na przykład w zakresie zdolności reagowania na opór nastąpił ponad dwukrotny wzrost wartości wskaźnika mierzącego tę umiejętność, a w przypadku zdolności tworzenia podsumowań zgodnych z DM – wzrost był niemal trzykrotny. Różnice między poszczególnymi grupami zawodowymi prezentuje wykres 2.

## Wpływ nauki dialogu motywującego na warsztat pracy specjalistów terapii uzależnień

**Wykres 2. Różnice kompetencji między poszczególnymi grupami zawodowymi.**



Porównanie wyników, jakie terapeuci uzależnień uzyskali przed i po szkoleniu, pozwoliło na wgląd i analizę postępów w rozwoju poszczególnych kompetencji ważnych z punktu widzenia pracy z klientem.

Badanie ujawniło, że specjaliści terapii uzależnień najwyższą wprawę mają w zakresie rozwijania rozbieżności oraz słuchania odzwierciedlającego. To dwie najwyżej rozwinięte kompetencje mierzone Skalą VASE-R w tej grupie zawodowej zarówno przed, jak i po szkoleniu. Jakościowa analiza techniki formułowania przez terapeutów uzależnień odzwierciedleń wypowiedzi klientów ukazała bardzo ciekawe różnice w sposobie odzwierciedlania

przed i po szkoleniu z DM. O ile przed szkoleniem najczęściej stosowane były odzwierciedlenia proste, o tyle po jego odbyciu terapeuci uzależnień zdecydowanie częściej tworzyli odzwierciedlenia złożone, w których koncentrowali się na podkreślaniu autonomii klienta oraz jego osobistej odpowiedzialności za zmianę.

Różnice w sposobie odzwierciedlania wypowiedzi klienta obrazują poniższe przykłady reakcji tych samych terapeutów uzależnień z badania -pre i -post.

REAKCJA PRZED SZKOLENIEM: *Mówisz, że jesteś zmęczony swoją sytuacją* (odzwierciedlenie proste).

PO SZKOLENIU: *Mówisz, że jesteś zmęczony swoją obecną sytuacją. Mówisz też, że masz duży potencjał, by sobie poradzić* (tym razem specjalista wypowiedział dwa odzwierciedlenia, w tym drugie – akcentujące zasoby klienta).

PRZED: *Czyli pijesz, bierzesz narkotyki, szukasz zajęcia* (odzwierciedlenie proste).

PO: *Jesteś trochę zaniepokojony jakością swojego życia* (odzwierciedlenie wywołujące język zmiany poprzez podkreślenie kosztów *status quo*).

Wyniki badania pokazały również, że o ile specjaliści terapii uzależnień mają łatwość w rozwijaniu rozbieżności i ukazywaniu klientowi jego ambiwalencji (np. związanej ze sposobem używania substancji psychoaktywnych), o tyle tworzenie trafnych, ukierunkowanych na zmianę podsumowań oraz wywoływanie języka zmiany to umiejętności, z którymi mają największe trudności. Podsumowując wypowiedzi klienta, najczęściej koncentrują się tylko na jednej stronie ambiwalencji, często pomijając język zmiany. Zdarza się, że w podsumowaniu zawierają rady lub swoje opinie, co z perspektywy DM jest błędem.

Podczas szkoleń z DM terapeuci uzależnień często wypowiadają obawy i wątpliwości dotyczące ukierunkowywania współpracy z klientem: Jak pociągnąć rozmowę z klientem, aby poszedł w tym kierunku, który uważam za ważny? Co zrobić, aby w rozmowie z klientem nie zejść na manowce? Gdzie leży granica między podążaniem a ukierunkowywaniem? Jak prowadzić konsultację, aby ukierunkowując, nie konfrontować? Pytania te są podyktowane troską o klienta i dużą uważnością na to, co dzieje się w relacji specjalista–klient. Pokazują, jak ważny w pracy z klientem jest styl prowadzenia przez nich rozmowy i jak duży wpływ ma on na rozwój współpracy. W rozwiązaniu tych wątpliwości pomocne są mierzone przez Skalę VASE-R umiejętności DM w zakresie

identyfikowania sygnałów świadczących o rozdźwięku w relacji oraz odróżniania ich od zwykłej niechęci klienta wobec zmiany (języka podtrzymania). Zatem zwiększenie kompetencji w zakresie reagowania na opór oraz rozwinięcie umiejętności identyfikowania i wywoływania języka zmiany zwiększa jednocześnie poczucie pewności specjalistów, że potrafią ukierunkowywać rozmowę z klientem, znajdując złoty środek pomiędzy podążaniem za klientem a zbyt dużą dyrektywnością.

Rozwijanie rozbieżności, ale bez ukierunkowania na język zmiany sprawia, że interwencja traci na skuteczności. Specjalista, pogłębiając ambiwalencję klienta, poszerza jego świadomość wewnętrznego konfliktu wartości i/lub braku spójności między tym, co myśli, a tym, co robi. To często powoduje zwiększenie dyskomfortu, napięcia czy frustracji. Z jednej strony może to doprowadzić do podjęcia decyzji o zmianie, ale może też spowodować poczucie bezsilności, a w konsekwencji rezygnację z realizacji celu.

Badania nad procesem zmiany pokazują, że im dłużej osoba trwa w fazie kontemplacji (czyli w ambiwalencji wobec zmiany), tym mniejsza szansa, że zamierzony cel zrealizuje (Miller, Rollnick, 2013). Dlatego rozwijając ambiwalencję klienta, specjalista DM nie poświęca tyle samo uwagi jej dwóm stronom. Świadomie i z wyczuciem ukierunkowuje rozmowę, wywołując i rozwijając język zmiany, tonując jednocześnie język podtrzymania (te argumenty, które przemawiają za brakiem zmiany). Takie ukierunkowywanie rozmowy przez specjalistę pomaga klientowi rozwiązać ambiwalencję. Wypowiadanie przez klienta języka zmiany świadczy bowiem o jego rosnącym zaangażowaniu w pracę nad celem i umacnia jego osobistą motywację do zmiany, a wypowiedzi mówiące o zobowiązaniu do zmiany sygnalizują faktyczną zmianę zachowania<sup>5</sup>.

Badania<sup>6</sup> przeprowadzone na grupie młodych mężczyzn pijących ryzykownie pokazały, że silne natężenie języka zmiany w trakcie krótkich interwencji motywujących, przepowiadało faktyczną zmianę zachowania tych osób, czyli istotny spadek picia alkoholu w ciągu 3 miesięcy po interwencji DM. Jednocześnie te same badania pokazały, że język podtrzymania był stabilnym predyktorem gorszych rezultatów w zakresie ograniczenia picia. Stąd umiejętność wywoływania języka zmiany jest jedną z kluczowych kompetencji, której uczą się osoby chcące poznać i stosować dialog motywujący w praktyce.

Warte podkreślenia jest, że objęci badaniem VASE-R specjaliści terapii uzależnień nie różnili się od przedstawicieli pozostałych grup zawodowych, którym wywoływanie języka zmiany oraz podsumowywanie również sprawiało największe trudności.

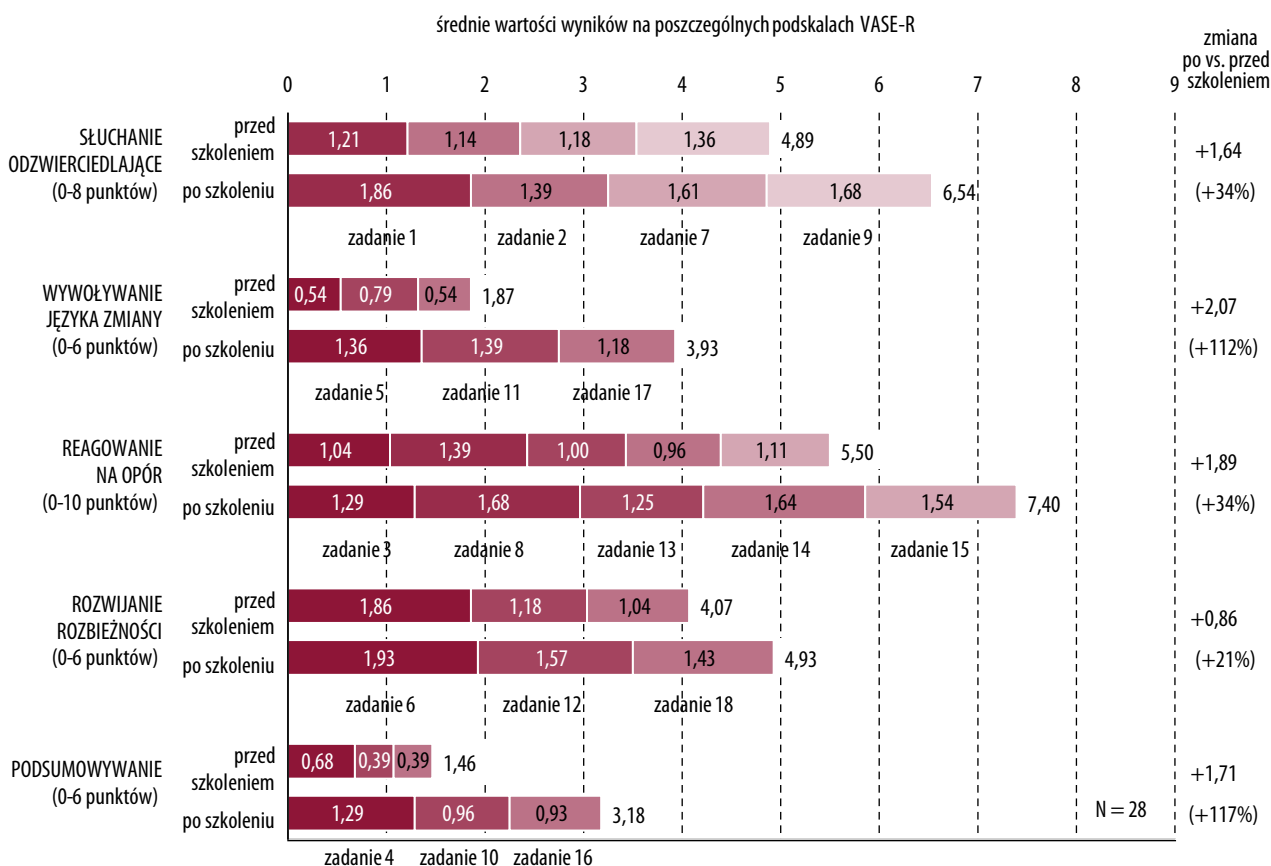
Aby w efektywny sposób (ukierunkowujący na zmianę) podsumować wypowiedzi klienta, trzeba wykazać się zdolnością trafnego identyfikowania i wywoływania języka zmiany oraz właściwego na niego reagowania.

W wyniku szkolenia z zakresu DM terapeuci uzależnień uzyskali bardzo wysoki przyrost umiejętności w zakresie podsumowywania oraz wywoływania języka zmiany (osiągając ponad dwukrotny przyrost wskaźników mierzących te umiejętności). Pogłębili oni swoją wiedzę i rozwinęli praktyczne umiejętności, jak w sposób niekonfrontujący i z dużym poszanowaniem dla autonomii klienta wywoływać niepokój dotyczący *status quo* lub pozytywne myśli na temat zmiany. Wyniki te prezentuje wykres 3.

W zadaniach dla specjalistów, polegających na wywołaniu języka zmiany, najczęściej pojawiającymi się błędami przed szkoleniem były:

- przekonywanie klienta do zmiany, dostarczanie przez specjalistę argumentów za zmianą (zamiast ich wydobywanie),
  - straszenie klienta konsekwencjami braku zmiany (co często wywołuje opór i dominowanie język podtrzymania nad językiem zmiany, powodując tym samym oddalenie się klienta od zmiany),
  - stawianie diagnozy z pozycji eksperta, bez pytania czy zgody klienta, co również zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się rozdzwiku w relacji z klientem.
- Błędy te ilustrują poniższe przykłady wypowiedzi uczestników szkolenia zapisane w trakcie badania -pre:
- *Myślę, że masz problem. Warto przeanalizować sytuację i podjąć pewne kroki* (interwencja, która zamiast wywołać język zmiany najpewniej wywoła opór).
  - *Jak rozumiem, póki co, twoje picie jest pod kontrolą. Jak sobie z tym radzisz?* (wzmacnianie obecnego zachowania poprzez usprawiedliwianie *status quo* i minimalizowanie obaw klienta).
  - *Czego się obawiasz, gdyby w twoim życiu nie było narkotyków?* (zamiast wywołać język zmiany specjalista rozwija język podtrzymania poprzez podkreślenie

**Wykres 3. Wyniki uzyskane przez specjalistów terapii uzależnień w zakresie pięciu umiejętności związanych ze stosowaniem dialogu motywującego.**



obaw klienta przed zmianą i wywoływanie argumentów za podtrzymaniem *status quo*).

Przykłady prawidłowego wywoływania języka zmiany po szkoleniu (z badania -post):

- *Rozumiem, że dostrzegasz pewne niepokojące sygnały w związku z pićm. Zależy ci, żeby nie powtórzyć błędów ojca i nie popaść w uzależnienie* (specjalista podkreśla obawy dotyczące *status quo* i powody do zmiany).
- *Widzę, że dostrzegasz różne negatywne konsekwencje zażywania środków psychoaktywnych* (podkreśla koszty *status quo* i rozwija motywację do zmiany).
- *Tęsknisz za życiem, jakie prowadziłeś wcześniej* (wywołuje pragnienie zmiany).
- *Co chciałbyś wyeliminować ze swojego życia i co byś chciał, żeby w nim się znalazło?* (wywołuje wizję zmiany).

Wszystkie wypowiedzi o zmianie, bez względu na ich rodzaj, są wyrazem przybliżania się klienta do zmiany.

## Zmiany w sposobie reagowania specjalistów na „opór”

W jednych z licznych badań przeprowadzonych przez twórcę dialogu motywującego, prof. Williama Millera, udało się przewidzieć poziom spożycia alkoholu przez klientów na podstawie zachowania terapeuty – im częściej terapeuta stosował konfrontację, tym klient więcej pił<sup>7</sup>. Obecnie wiemy już, że niska empatia i styl konfrontujący zwiększają rozdźwięk w relacji terapeuta–klient i obniżają motywację do zmiany. Oznacza to, że im większy „opór”, tym mniejsza szansa na zmianę (Moyers, Miller, 2013). Ważnym efektem szkolenia z DM były istotne zmiany w sposobie reagowania na „opór” wśród wszystkich grup zawodowych objętych badaniem. W przypadku specjalistów terapii uzależnień prawie połowę reakcji na niechęć klienta wobec zmiany zapisanych w badaniu przed szkoleniem stanowiły zachowania zwiększające „opór”. Wśród nich obecne były:

- **konfrontacja oraz pułapka „eksperta”**: *Nie wiem, co przez to rozumiesz. Ile trzeba pić, aby stwierdzić, że ma się problem? Wolisz bagatelizować sytuację zatrzymania przez policję, niż przyjąć na siebie odpowiedzialność,*
- **straszenie**: *Pomyśl o konsekwencjach jazdy pod wpływem alkoholu. Może to kiedyś źle się skończyć,*

- **przekonywanie i udzielanie rady bez pytania klienta o zgodę, z pozycji „eksperta”**: *Powinieneś spróbować terapii. Wiem, że jest ci ciężko, ale spróbuj; Uważam, że nie jest za późno, abyś odzyskał kontrolę nad swoim życiem i wrócił do tego, co jest dla ciebie ważne,*
- **obwinianie**: *Z jednej strony chciałabyś, żeby twoje relacje z rodzicami się poprawiły, ale z drugiej strony palisz trawkę, co psuje te relacje.*

**Po szkoleniu z DM terapeuci uzależnień zdecydowanie częściej zaczęli zastępować swoje wcześniejsze reakcje, te potęgujące „opór”, zachowaniami niwelującymi rozdźwięk.** Co ważne, jakościowa analiza danych pokazała, że były to głównie odzwierciedlenia złożone, w których koncentrowali się oni na podkreślaniu autonomii klienta i jego wewnętrznych motywach do zmiany. Zmianę w percepcji i w zachowaniu terapeutów w wyniku udziału w szkoleniu obrazują poniższe przykłady ich reakcji z badania -pre i -post:

PRZED: *Czyli uważasz, że twoje picie nie jest problemem?* (pytanie zamknięte, które klientka może odebrać jako zaczepne i prowokujące opór).

PO: *Jeśli dobrze zrozumiałam, sama zauważyłaś, że obecne zachowanie związane z pićm zaczęło ci przeszkadzać* (trafne odzwierciedlenie, tym razem w centrum jest opinia klienta, a nie zdanie specjalisty).

PRZED: *Dobrze, że mówisz, co czujesz; masz prawo czuć się nieswojo; jestem pewna, że z czasem to minie* (specjalista wpadł w pułapkę eksperta; „pociesza” klientkę i czyni zapewnienia, nie mając gwarancji, co będzie się z nią dalej działo).

PO: *Niepokoisz się tym, co zaczyna dziać się w twoim życiu* (trafne odzwierciedlenie; w centrum jest klient, a nie specjalista).

PRZED: *Rozumiem, że nie masz problemu ze swoim pićm?* (konfrontacja, ironizowanie).

PO: *Przyszłaś na spotkanie, ponieważ obawiasz się, że dzieje się coś poza twoją kontrolą* (trafne odzwierciedlenie wywołujące język zmiany poprzez podkreślenie obaw klientki związanych z obecną sytuacją).

PRZED: *Nie wiem, co przez to rozumiesz. Ile trzeba pić, aby twierdzić, że ma się problem?* (konfrontacja).

PO: *Rozumiem, że nie widzisz problemu w tym, co się stało, jednak przyszłaś tutaj.*

To jeden z przykładów diametralnej zmiany w percepcji i zachowaniu specjalisty po przejściu szkolenia z DM. Przed szkoleniem, w reakcji na wypowiedziane przez klientkę słowa, specjalista wszedł w rolę eksperta patrzą-

cego na nią z góry. Po szkoleniu ten sam specjalista na tę samą wypowiedź klientki zareagował inaczej. Wyraził zrozumienie perspektywy rozmówczyni (nie podważał jej sposobu patrzenia na swoją sytuację, nie polemizował z tym). Jednocześnie podkreślił autonomię klientki, ukierunkowując jej uwagę na osobiste motywy, które sprawiły, że podjęła decyzję, aby przyjść na spotkanie, wzmacniając tym samym jej wewnętrzną motywację.

PRZED: *Tak naprawdę to nie chcesz podjąć terapii. Gdybyś naprawdę chciał, to byś się nie zastanawiał* (konfrontujący ekspert).

PO: *Nie masz pewności, czy terapia przyniesie ci dobre skutki, ale pragniesz zmian i zdecydowałaś się tu przyjść* (odzwierciedlenie ambiwalencji akcentujące język zmiany). Powyższy przykład jest kolejnym ilustrującym zmianę nastawienia specjalisty do klienta w efekcie zastosowania DM. Zamiast konfrontacji, która wywołuje opór, specjalista w badaniu -post wyraża empatię poprzez trafne odzwierciedlenie ambiwalencji klienta (jego obaw i pragnień). Pierwotna, niezgodna z DM wypowiedź została zamieniona na reakcję spójną z DM, która tworzy bazę do szczerzej rozmowy z klientem i zamiast prowokować opór, ukierunkowuje klienta na zmianę.

## Podsumowanie

Przybliżając w artykule dialog motywujący i prezentując wyniki badań przeprowadzonych wśród polskich specjalistów, chciałam zachęcić czytelników do bliższego zapoznania się z tą metodą pracy. Jako praktyk i trener DM, współpracując podczas szkoleń z różnymi specjalistami, mam szansę obserwować zmianę ich nastawienia i wzrost efektywności pracy z klientem. Dialog motywujący pomaga budować z klientem przymierze oraz dobrą i skuteczną współpracę. Specjaliści doceniają również poprawę komfortu własnej pracy, uzyskaną dzięki DM, co jest istotnym czynnikiem chroniącym przed wypaleniem zawodowym.

Zrealizowany projekt szkoleniowo-badawczy pokazał, że 50-godzinne szkolenie z zakresu dialogu motywującego jest bardzo skutecznym sposobem nauki tej metody i w wyraźny sposób podnosi kompetencje zawodowe. Uczestnicy badania, niezależnie od stażu pracy i doświadczenia oraz wykonywanej profesji, rozwinęły na poziomie wysokiej istotności statystycznej swoje umiejętności w zakresie wszystkich badanych wymiarów: zdolności reagowania na opór, słuchania odzwierciedla-

jącego, podsumowywania, rozwijania rozbieżności oraz wywoływania języka zmiany. W praktyce może się to przełożyć na zwiększenie skuteczności ich oddziaływań terapeutycznych i konsultacji prowadzonych z osobami przeżywającymi ambiwalencję wobec zmiany.

Dziękuję dr. Davidowi Rosengrenowi, autorowi Skali VASE-R i członkowi międzynarodowego stowarzyszenia trenerów DM (*Motivational Interviewing Network of Trainers*), za zachęcenie mnie do przeprowadzenia badań na gruncie polskim.

Autorką badań jest Olga Mrozowska, analizę statystyczną i wizualizację danych przeprowadził Marek Młodożeniec.

## Przypisy

- 1 Armhein, Miller, Yahne, Palmer, Fulcher, 2003; Hodgins, Ching, McEwin, 2009; Moyers, Amrtin, Christopher, Houck, Tonigan, Armhein, 2007; Gaume, Gmel, Daepfen, 2008 za: Martin, Christopher, Houck, Moyers, 2011.
- 2 Badania: Sellman, MacEwan, Deering i Adamson, 2007; Sellman i in., 2001 za: Miller, Rollnick, 2014.
- 3 Polska nazwa VASE-R brzmi: *Video Ocena Symulowanych Spotkań – Wersja Zrewidowana*. Na potrzeby niniejszego artykułu jest stosowana oryginalna, skrócona nazwa skali: VASE-R. Autorami narzędzia są dr David B. Rosengren, dr John S. Baer, dr Bryan Hartzler, dr Christopher W. Dunn, dr Elizabeth A. Wells, dr Richard Ogle.
- 4 Koncepcja dialogu motywującego stale ewoluuje. Pojęcie „oporu”, stosowane powszechnie w czasie, kiedy konstruowana była Skala VASE-R, zostało obecnie zastąpione określeniem „rozdźwięk”, aby podkreślić interpersonalny aspekt oporu. Opór nie jest cechą klienta, ale jego reakcją na oddziaływanie specjalisty. Innymi słowy, jest to rozdźwięk w relacji. Na potrzeby niniejszego artykułu będzie jednak stosowany termin użyty w narzędziu badawczym, tj. „opór”, aby zachować spójność w terminologii podczas opisu wyników badań.
- 5 Badania: Sellman, MacEwan, Deering i Adamson, 2007; Sellman i in., 2001 za: Miller, Rollnick, 2014.
- 6 Przytoczone wyniki badań Jacques Gaume zostały zaprezentowane w trakcie międzynarodowej konferencji na temat dialogu motywującego w Amsterdamie (16-18.06.2014 r.) – the 4th International Conference on Motivational Interviewing.
- 7 Badania: Miller, Benefield, Tonigan, 1993 za: [www.motivationalinterviewing.com](http://www.motivationalinterviewing.com).

## Bibliografia

- Martin T., Christopher P.J., Houck J.M., Moyers T.B. (2011), „The structure of client language and drinking outcomes in Project MATCH”, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 25(3) 2011, No. 439-445.
- Miller W.R., Rollnick S., „Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Miller W.R., Rollnick S. (2013), *Motivational Interviewing. Helping people Change* (3rd ed.), New York, The Guilford Press.
- Moyers T.B., Miller W.R., „Is low therapist empathy toxic?”, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 27 (3) 2013, 878-884.
- Rosengren D.B., Baer J.S., Hartzler B.W., Dunn Ch.W., Wells E.A., Ogle R., „Video Assessment of Simulated Encounters (VASE-R). Administration and scoring manual”, 2005, University of Washington. [www.motivationalinterviewing.org](http://www.motivationalinterviewing.org)



*Nowe substancje psychoaktywne (NSP), nazywane w Polsce „dopalaczami”, są dużym wyzwaniem dla polityki i zdrowia publicznego w Europie – tak brzmi informacja zawarta w najnowszym raporcie EMCDDA, który został opublikowany w czerwcu 2018 roku. Nowe substancje psychoaktywne obejmują wiele substancji, w tym syntetyczne kannabinoidy, opioidy, katynony i benzodiazepiny.*

## NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE NA ŚWIECIE – RYNEK CORAZ BARDZIEJ ZRÓŻNICOWANY

Artur Malczewski

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

Według informacji zawartych w najnowszym raporcie EMCDDA, w 2016 roku za pośrednictwem unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS) odnotowano po raz pierwszy 51 NSP – czyli średnio jedną substancję na tydzień. Warto zauważyć, że roczna całkowita liczba nowych substancji pojawiających się na rynku spadła w porównaniu ze wskaźnikami uzyskanymi w dwóch szczytowych latach – 101 w 2014 roku i 98 w 2015 roku. Mimo to ogólna liczba dostępnych NSP w Europie nadal pozostaje wysoka. Do końca 2017 roku EMCDDA monitorowało ponad 670 NSP (w porównaniu z około 350 w 2013 roku), co pokazuje, z jak dużymi zmianami mieliśmy do czynienia w ostatnich latach w odniesieniu do rynku narkotykowego. Szkody zdrowotne związane z nowymi syntetycznymi kannabinoidami i nowymi syntetycznymi opioidami skłoniły EMCDDA do przeprowadzenia dziewięciu ocen ryzyka w 2017 roku.

Powody spadku liczby wykrywanych NSP z 98 w 2015 roku do 51 w 2016 roku nie są jasne, ale według EMCDDA mogą częściowo wynikać z działań podejmowanych przez rządy krajowe w Europie związanych z zakazem obrotu nowymi

substancjami, a w szczególności ich jawnej sprzedaży jako „dopalaczy”. Kolejnym ważnym czynnikiem mogą być środki kontroli i działania organów ścigania w Chinach, skierowane przeciwko laboratoriom wytwarzającym nowe substancje psychoaktywne.

*W 2016 roku za pośrednictwem unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS) odnotowano po raz pierwszy 51 NSP – czyli średnio jedną substancję na tydzień. Za pośrednictwem tego systemu zgłoszono prawie 71 tys. konfiskat nowych substancji psychoaktywnych. Dwie grupy substancji – syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy – stanowiły łącznie niemal 80% wszystkich przypadków konfiskat, a także 80% ilości wszystkich nowych substancji przejętych w 2016 roku.*

Warto wspomnieć, że w 2015 roku Chiny zdelegalizowały po raz pierwszy 113 NSP. Według informacji z najnowszego raportu EMCDDA wynika, że w 2016 roku za pośrednictwem europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania zgłoszono prawie 71 tys. konfiskat nowych substancji psychoaktywnych. Dwie grupy substancji – syntetyczne katynony i syntetyczne kannabinoidy – stanowiły łącznie niemal 80% wszystkich przypadków konfiskat, a także 80% ilości wszystkich nowych substancji przejętych w 2016 roku. Porównując dane z 2016 roku z danymi z 2015 roku, zaobserwowano także ogólny spadek ilości skonfiskowanych NSP, jednak w przypadku niektó-

rych NSP sytuacja wyglądała odwrotnie. Najnowszy raport EMCDDA wskazuje na wzrost ilości skonfiskowanych syntetycznych katynonów, benzodiazepin i syntetycznych opioidów. Europejskie dane na temat

konfiskat nowych substancji należy przyjmować jako wartości minimalne, ponieważ pochodzą one z doniesień o konkretnych przypadkach, a nie z systemów monitorowania. Na zgłaszane konfiskaty ma wpływ wiele czynników np. rosnąca świadomość pojawiania się nowych substancji, ich zmieniający się status prawny, możliwości i priorytety w zakresie egzekwowania prawa oraz praktyki sprawozdawcze organów ścigania.

Najlichnieszą grupę substancji monitorowaną przez EMCDDA stanowią nowe syntetyczne kannabinoidy. W okresie od 2008 do 2017 roku wykryto ich łącznie 179 (10 substancji tylko w 2017 roku). Są one często sprzedawane jako „ziołowe mieszanki do palenia”. Substancje te były również najczęściej konfiskowaną NSP w 2016 roku, wówczas to zgłoszono nieco ponad 32 tys. konfiskat (w porównaniu do 10 tys. odnotowanych w 2015 roku). Stanowiło to prawie połowę całkowitej liczby konfiskat NSP zgłoszonych EMCDDA w 2016 roku. Cztery syntetyczne kannabinoidy oceniano pod kątem ryzyka w 2017 roku: AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA i CUMYL-4CN-BINACA.

Według danych EMCDDA w 2016 roku najwięcej skonfiskowano syntetycznych katynonów (niemal 1,9 tony). Substancje te mają zwykle postać sproszkowaną. W tej postaci najwięcej przejęto następujących substancji: 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) i meksedron (50 kg).

Na rynku narkotykowym w Europie od 2009 roku do początku maja 2018 roku wykryto 42 nowe opioidy syntetyczne (13 w samym tylko 2017 roku). Pochodne fentanylu, dominujące na obecnym rynku opioidowym w USA, powodują ciągłą obawę i czujność w Europie. Substancje te (niektóre wielokrotnie silniejsze niż morfina) stanowiły przedmiot ponad 70% z szacowanych 1600 konfiskat nowych opioidów syntetycznych zgłoszonych w 2016 roku. W tym samym roku przechwycono ok. 4,6 litrów opioidów syntetycznych, co stanowi znaczący wzrost w stosunku do ilości 1,8 litra odnotowanej w 2015 roku. Dziesięć nowych pochodnych fentanylu zostało zgłoszonych za pośrednictwem EWS w 2017 roku, z których pięć zostało poddanych ocenie ryzyka: akryloilofentanył, furanylfentanył, 4-fluoroizobutyrylfentanył, tetrahydrofuranylfentanył i karfentanył.

## Kolejne dwa syntetyczne kannabinoidy nielegalne w Europie

Z ostatnich działań na poziomie europejskim, mających na celu walkę z NSP, warto odnotować decyzję Rady Unii Europejskiej z 14 maja 2018 roku o umieszczeniu dwóch nowych syntetycznych kannabinoidów na liście substancji kontrolowanych w 28 państwach członkowskich. Przedmiotowe decyzje wykonawcze Rady UE, podjęte na podstawie propozycji Komisji Europejskiej, stanowią ostatni etap trzystopniowej procedury legislacyjnej, której celem jest przeciwdziałanie nowym substancjom psychoaktywnym, będącym zagrożeniem w wymiarze zdrowotnym i społecznym. Te substancje to ADB-CHMINACA i CUMYL-4CN-BINACA. Szkodliwe skutki ich działania zgłaszane były przez kraje członkowskie UE w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania, którego operatorami są EMCDDA i Europol. Według zasad UE w momencie opublikowania decyzji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, państwa członkowskie będą miały rok na objęcie substancji kontrolą w ramach przepisów krajowych. Decyzje opierają się na wnioskach z formalnej oceny ryzyka używania tychże substancji, jakiej w listopadzie 2017 roku dokonał Komitet Naukowy EMCDDA, przy udziale ekspertów zewnętrznych z państw członkowskich UE, Komisji Europejskiej, Europolu i Europejskiej Agencji Leków. Przedmiotem oceny ryzyka były zagrożenia społeczno-zdrowotne i międzynarodowy przemysł tych substancji oraz zaangażowanie w ten proceder zorganizowanych grup przestępczych. Według informacji z oceny ryzyka substancja ADB-CHMINACA jest dostępna na rynkach UE od co najmniej 2014 roku i została wykryta w 17 państwach członkowskich oraz w Turcji i Norwegii. W czasie dokonywania oceny ryzyka w trzech państwach członkowskich UE (Niemcy, Węgry i Szwecja) odnotowano 13 zgonów na skutek używania tej substancji.

Druga substancja, o nazwie CUMYL-4CN-BINACA, występuje w obrocie na rynku europejskim od co najmniej 2015 roku i wykryto ją w 11 państwach członkowskich i w Turcji. W trakcie dokonywania oceny ryzyka w dwóch państwach członkowskich UE (Węgry i Szwecja) stwierdzono 11 zgonów w wyniku kontaktu z tą substancją. Obie substancje miały postać ziołowych mieszanek przeznaczonych do palenia bądź proszku. Jednakże dostępne są one również w innej

postaci, np. bibułki, roztwory inhalacyjne do e-papierosów. Nowe syntetyczne opioidy o bardzo dużej sile działania (w szczególności pochodne fentanylu), które naśladują działanie opiatów pochodzenia naturalnego (np. heroiny i morfiny), są coraz częściej wykrywane. Są one czasami dostępne w nowych postaciach (np. spray do nosa) lub są sprzedawane jako niedozwolone środki odurzające, takie jak heroina czy kokaina, bądź są z nimi mieszane. Zdarza się, że są również sprzedawane jako mieszanki ziołowe do palenia.

## Różna skala używania NSP w Europie

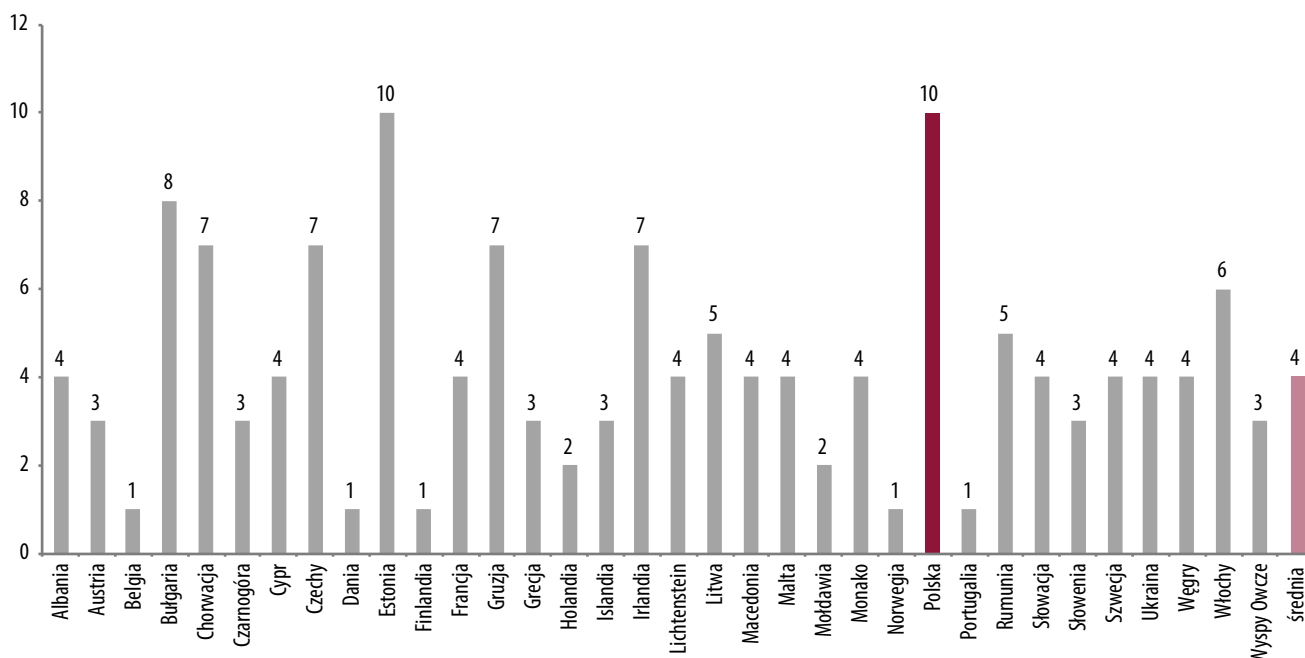
Warto przyrzeć się rozpowszechnieniu używania NSP w Europie. Wyniki badania ESPAD z 2015 roku wskazują na różną skalę używania tych substancji przez 15-16-latków w krajach europejskich. Dane zawarte na wykresie 1. pokazują, że najwyższe wskaźniki w tym zakresie odnotowano w Polsce i Estonii (po 10%). O ile dane z Polski nie zaskakują, chociaż wyniki innych badań wskazują na niższe wskaźniki używania<sup>1</sup>, to w przypadku Estonii wysoki odsetek uczniów mających kontakt z NSP nie znajduje potwierdzenia w innych źródłach wykorzystywanych do monitorowania sytuacji epidemiologicznej w tym kraju. Powyżej średniej europejskiej (4%) znalazły się następujące kraje: Chor-

wacja, Czechy, Gruzja, Irlandia (7%), Włochy (6%) oraz Rumunia i Litwa (5%). W przypadku wyników z Litwy również można mieć zastrzeżenia, ponieważ generalnie wskaźniki używania narkotyków w tym kraju są niskie.

## NSP w krajach Ameryki Południowej i Łacińskiej

W dniach 15-17 maja 2018 roku w mieście Brazylia odbyło się drugie regionalne spotkanie dla krajów półkuli zachodniej dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Spotkanie zostało zorganizowane przez United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) z udziałem innych organizacji międzynarodowych, jak OAS/SICAD<sup>2</sup>, Interpol oraz WHO. W spotkaniu, oprócz ekspertów z obu Ameryk, udział wzięli specjaliści z Japonii, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii i Polski. W trakcie trzech dni omawiane były kwestie dotyczące m.in. wykrywania NSP, Systemu Wczesnego Ostrzegania oraz rozwiązań prawnych. Podczas prowadzonych dyskusji podkreślona została rola dostępności standardów do analiz chemicznych nowo wykrytych substancji. Wykorzystywanie ich do analiz jest jednym z elementów skutecznych działań w obszarze NSP. Podnoszona była także kwestia wyposażenia służb zajmujących się zwalczaniem przestępczości narkotykowej w testy do

**Wykres 1. Odsetek młodzieży w wieku 15-16 lat używającej nowych substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu (badanie ESPAD 2015).**



Źródło: Raport ESPAD.

szybkiego wykrywania NSP. UNODC przygotowało wytyczne dotyczące wykorzystania standardów oraz opisało sposoby produkcji substancji pozostających pod kontrolą międzynarodowych konwencji. Warto podkreślić, że 27 NSP zostało objętych kontrolą od 2015 roku na mocy konwencji ONZ. UNODC przygotowało także rekomendacje dotyczące metod identyfikacji oraz analizy fentanyli oraz ich analogów, które stanowią coraz większe zagrożenie dla zdrowia publicznego. UNODC prowadzi treningi w wykrywaniu narkotyków oraz NSP.

Podobnie jak w Europie, sytuacja dotycząca NSP różni się pomiędzy krajami półkuli zachodniej. W Chile NSP stanowią jeden z problemów w obszarze narkotyków, podczas gdy np. w krajach karaibskich substancje te występują bardzo rzadko. Trzeba zauważyć, że NSP sprzedawane są również w postaci znaczków/papierków nasączanych substancją psychoaktywną. W Brazylii w takiej formie są sprzedawane nie tylko NSP z grupy NBOMe, ale również nowe fentanyle oraz syntetyczne kannabinoidy.

Jednym z nowych zjawisk w obszarze NSP jest pojawienie się na rynku nowych niebezpiecznych opioidów, jak również wykorzystywanie medycznych opioidów z grupy fentanyli przez osoby używające narkotyków. W Europie jedne z najwyższych wskaźników zgonów z powodu używania fentanyli odnotowuje się w Estonii. W Stanach Zjednoczonych używanie tych środków również powoduje wiele zgonów. Z kolei dane z Kanady wskazują na dwukrotny wzrost zabezpieczonych fentanyli, które są czasami sprzedawane jako heroina lub wymieszane z heroiną. W Kanadzie od 2015 roku konfiskaty fentanyli systematycznie wzrastają. Większość tych substancji jest przemykana do tego kraju za pomocą przesyłek pocztowych z Chin (Szanghaj). W 2016 roku w mieście Calgary wykryto przesyłkę zawierającą 1 kg carfentanylu. Było to największe zabezpieczenie tej substancji. Według raportu EMCDDA z 2014 roku<sup>3</sup> 0,1 g czystego carfentanylu to około 10 tys. ulicznych dawek tej substancji. Zabezpieczona ilość mogłaby zatem wystarczyć na około 100 mln ulicznych dawek. W Kolumbii zostało wykrytych w sumie 30 NSP. Mimo dużej dostępności marihuany w tym kraju, na rynku pojawiły się również syntetyczne kannabinoidy, które po raz pierwszy wykryto w 2017 roku. Dla przykładu w Wielkiej Brytanii wykryto ponad dwukrotnie więcej NSP: 67 od 2011 roku.

## Współpraca międzynarodowa w obszarze NSP

W ramach UNODC działa Early Warning Advisory (EWA), które w okresie od czerwca 2013 roku, czyli od momentu powołania, do kwietnia 2018 roku odnotowało wystąpienie 800 NSP w 103 krajach.

Celem EWA jest monitorowanie, analizowanie i raportowanie trendów, jakie występują w obszarze NSP. EWA służy również jako repozytorium informacji dotyczących tych substancji oraz platforma zapewniająca pomoc techniczną państwom członkowskim. System stara się przyczynić do lepszego zrozumienia kanałów dystrybucji i stosowania NSP. Obecnie w UNODC trwają prace nad uruchomieniem portalu, który będzie zawierał informacje dotyczące toksyczności NSP.

Dyskusja podczas pierwszego dnia konferencji UNODC pozwala na wysunięcie kilku wniosków dotyczących sytuacji NSP na świecie. Pojawienie się NSP na rynku narkotykowym spowodowało, że służby reagujące na problem mają do czynienia z coraz bardziej skomplikowanymi i złożonymi procesami i sytuacjami występującymi w tym obszarze. Różnorodność substancji na rynku nielegalnych substancji psychoaktywnych nigdy nie była tak duża jak obecnie. Tę złożoność potęguje także fakt, że nigdy jeden narkotyk/NSP nie zastępuje drugiego, ale są one obecne równolegle, a klasyczne do tej pory substancje są wzbogacane o inne środki, których konsument nie jest świadomy, np. heroina może zawierać nowe fentanyle, w tabletkach ekstazy mogą być NSP. Ponadto pojawiły się różnorodne kanały dystrybucji, jak np. sklepy stacjonarne, sklepy internetowe, „darknet”, dilerzy. Wzrasta liczba zamówień internetowych realizowanych za pośrednictwem przesyłek pocztowych. Przeciwdziałanie i monitorowanie nowych tendencji na rynku NSP wymaga stosowania coraz bardziej skomplikowanych instrumentów, w tym nowych sposobów zbierania danych od użytkowników NSP funkcjonujących np. na forach internetowych czy uczestników festiwali muzycznych.

Konferencja w Brazylii pokazała, że do przeciwdziałania NSP potrzebna jest współpraca różnych instytucji, państw czy regionów. Podczas konferencji pokazano przykłady dobrej współpracy między krajami oraz organizacjami celników, SICAD, EMCDDA i Interpolem. Bez takiej aktywnej współpracy trudno jest zrozumieć sytuację w obszarze NSP.

## Rozwiązania prawne w krajach amerykańskich

Konferencja w Brazylii oprócz wykładów miała również część warsztatową. Podczas drugiego dnia spotkania uczestnicy kontynuowali prace w ramach trzech grup tematycznych: wykrywanie NSP, System Wczesnego Ostrzegania, rozwiązania prawne. W grupie prawnej kraje amerykańskie przedstawiły swoje rozwiązania prawne w obszarze NSP. Podobnie jak w Europie, są w nich stosowane dwa główne podejścia: prawo indywidualne, w przypadku którego substancje objęte kontrolą muszą zostać umieszczone w akcie prawnym regulującym kontrolę narkotyków, i prawo generyczne, w ramach którego delegalizowana jest grupa substancji o podobnej strukturze chemicznej. W Japonii wprowadzenie nowych rozwiązań prawnych, opartych na prawie generycznym, spowodowało zamknięcie 215 sklepów stacjonarnych sprzedających NSP. W Brazylii także zostały wprowadzone rozwiązania z zakresu prawa generycznego dotyczące syntetycznych kannabinoidów (2016 rok) i syntetycznych katynonów (2017 rok).

Kolejnym nowym rozwiązaniem prawnym, które ma być elementem przeciwdziałania NSP, będzie wprowadzenie grupy generycznej dotyczącej fentanyli.

W Boliwii proces obejmowania kontrolą substancji psychoaktywnych jest oparty na prawie indywidualnym i umieszczenie danej substancji w akcie prawnym, który reguluje kontrolę narkotyków, trwa blisko dwa lata. W Kolumbii, podobnie jak w Boliwii i Peru, głównymi narkotykami są marihuana, kokaina oraz heroina. Aktualizacją prawa w tym kraju zajmuje się specjalnie do tego powołana grupa robocza. Przeprowadzone zostały również badania 300 syntetycznych narkotyków w celu ustalenia, jakie substancje syntetyczne występują na rynku narkotykowym w Kolumbii.

Urugwaj jest krajem, który wprowadził szybkie mechanizmy kontrolowania NSP. Tamtejsze Ministerstwo Zdrowia decyduje, co znajduje się na liście substancji zakazanych. Procedura podejmowania decyzji w zakresie delegalizacji substancji psychoaktywnych trwa około miesiąca. Co sześć miesięcy aktualizowana jest lista substancji zakazanych. Do tego celu została powołana specjalna grupa zadaniowa.

### Wnioski z konferencji

Z dyskusji prowadzonej podczas konferencji wynika, że w krajach obu Ameryk stosowane są różne podejścia

do kontroli NSP – od prawa indywidualnego do prawa generycznego. Niektóre z krajów mają ograniczone zasoby ekspertów, którzy systematycznie zajmowałiby się tym problemem. Uczestnicy konferencji wskazywali, że warto byłoby podjąć kroki w celu stworzenia regionalnej bazy, która pozwoliłaby wymieniać informacje na temat NSP. Jednym ze zgłaszanych postulatów była idea przeglądu dobrych praktyk w obszarze rozwiązań prawnych w zwalczaniu NSP. Warto podkreślić, że wymiana informacji oraz działanie Systemu Wczesnego Ostrzegania może mieć różne cele w zależności od kraju i jego problemów w obszarze substancji psychoaktywnych. Dla przykładu na Bahamach głównym wyzwaniem jest przemyt i dla Systemu Wczesnego Ostrzegania główną kwestią będą przemycane narkotyki, w Kolumbii najbardziej palącym problemem jest kwestia nowych upraw koki, a w Argentynie nowe wzory używania NSP lub narkotyków. Dlatego też tworzenie Systemu Wczesnego Ostrzegania o nowych narkotykach w krajach półkuli zachodniej powinno obejmować nie tylko NSP, ale również nowe zagrożenia lub nowe wzory używania narkotyków, stanowiące istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Regionalna oraz lokalna współpraca może pomóc w rozwiązaniu problemów związanych w przeciwdziałaniem NSP, do których należą np. brak ekspertów, brak standardów potrzebnych do wykrywania NSP, ograniczenia w posiadanych urządzeniach. Prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w obszarze kontroli nowych substancji psychoaktywnych wymaga współpracy z naukowcami i laboratoriami. Wydaje się zatem, że aby skutecznie radzić sobie z problemem NSP, potrzebne są różne formy współpracy między państwami. Powinny one istnieć zarówno w zakresie ograniczania podaży NSP, jak i redukcji popytu (edukacja, profilaktyka czy leczenie).

### Przypisy

- <sup>1</sup> Tematyka NSP była uwzględniona w badaniu „Młodzież 2016” oraz w tzw. badaniach mokotowskich 2016. Raporty z tych badań są dostępne na stronie [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl).
- <sup>2</sup> OAS/SICAD: Organizacja Państw Amerykańskich. Członkami OPA są wszystkie państwa Ameryki, poza terytoriami państw Europy (np. Gujana Francuska). Jest ona, obok Paktu Rio i Paktu bogotańskiego, jednym z trzech filarów systemu międzyamerykańskiego.
- <sup>3</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001PLN.pdf>

Co roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii publikuje najnowsze dane dotyczące problemu narkotyków i narkomanii. Tegoroczny raport ukazał się 7 czerwca.

# PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE – NAJNOWSZY RAPORT EMCDDA

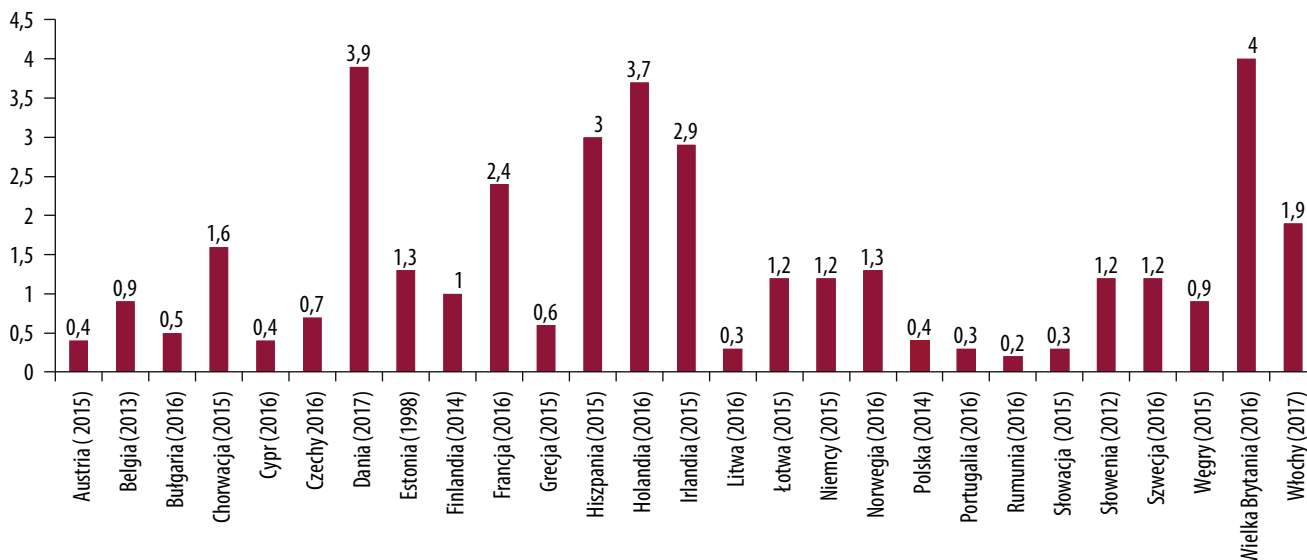
W Europejskim Raporcie Narkotykowym (ERN) stwierdzono, że ogólna dostępność narkotyków jest wysoka i w niektórych obszarach wydaje się wzrastać. Najnowsze dane pokazują, że w Europie (UE-28, Turcja i Norwegia) w 2016 roku zgłoszono ponad milion przypadków konfiskat niedozwolonych środków odurzających. Ponad 92 mln dorosłych w UE (15-64 lata) próbowało niedozwolonych środków odurzających w swoim życiu, a około 1,3 mln osób zostało poddanych leczeniu z powodu używania niedozwolonych środków odurzających w 2016 roku (UE-28).

## Kokaina – najpopularniejsza substancja pobudzająca

Według informacji zawartych w ERN kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie. W ciągu ostatniego roku przed badaniem po narkotyk ten sięgnęło około 2,3 mln młodych dorosłych (15-34 lata). W obliczu oznak rosnącej uprawy

koki i produkcji kokainy w Ameryce Łacińskiej dane z ERN potwierdzają, że europejski rynek kokainy rozwija się dynamicznie, a wskaźniki wskazują na zwiększoną dostępność tego narkotyku w wielu krajach. Choć cena kokainy pozostała stabilna, jej czystość na poziomie sprzedaży ulicznej osiągnęła w 2016 roku najwyższy poziom od dekady. Wzrosła również liczba konfiskat kokainy. W 2016 roku w UE zgłoszono około 98 tys. konfiskat tego narkotyku (90 tys. w 2015 roku) w łącznej ilości 70,9 ton. Ostatnie badanie dotyczące pozostałości narkotyków w miejskich ściekach komunalnych ujawniło, że w latach 2015–2017 nastąpił wzrost ilości pozostałości kokainy w ściekach 26 z 31 miast, których danymi dysponowano za ten okres. Najwyższe poziomy odnotowano w miastach w Belgii, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Z kolei niskie poziomy pozostałości kokainy stwierdzono w miastach Europy Wschodniej, co potwierdzałyby informacje uzyskane z innych źródeł, że najbardziej popularnym stymulantem w tej części Europy

Wykres 1. Używanie kokainy w ciągu ostatniego roku przez osoby w wieku 15-34 lata (%).



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018.

są amfetaminy. Dane dotyczące używania kokainy wśród młodych dorosłych są przedstawione na wykresie 1.

W raporcie EMCDDA wskazano na wzrost liczby osób, które po raz pierwszy zostały przyjęte na leczenie w związku z uzależnieniem od kokainy. W 2016 roku ponad 30 tys. pacjentów zgłosiło się po raz pierwszy do placówek leczniczych w związku z problemami z tym narkotykiem i było to o ponad jedną piątą więcej osób niż w 2014 roku. Łącznie w 2016 roku 67 tys. pacjentów rozpoczęło specjalistyczne leczenie uzależnienia związanego z kokainą. Warto także dodać, że kokaina była drugim najczęściej

zgłaszanym narkotykiem podczas nagłych interwencji w 19 szpitalach uczestniczących w projekcie Euro-DEN Plus w 2016 roku.

Według raportu EMCDDA zmieniają się metody przemytu i szlaki przerzutowe kokainy. Półwysep Iberyjski – historycznie główne miejsce dostaw kokainy drogą morską do Europy – choć nadal ważny, wydaje się nieco tracić na znaczeniu, natomiast duże konfiskaty odnotowano obecnie w portach kontenerowych położonych bardziej na północy. W 2016 roku w Belgii skonfiskowano 30 ton kokainy (43% szacowanej całkowitej rocznej ilości skonfiskowanej kokainy w UE).

Dyrektor EMCDDA Alexis Goosdeel stwierdza: „Ustalenia zawarte w naszym raporcie wskazują, że

Europa doświadcza obecnie konsekwencji zwiększonej produkcji kokainy w Ameryce Łacińskiej. Wcześniejsze ostrzeżenia pochodzące z analizy ścieków, mówiące o rosnącej dostępności kokainy, są poparte także innymi danymi, które sugerują zarówno rosnącą podaż tego narkotyku, jak i poprawę jego czystości, a także wzrost liczby konfiskat i ilości skonfiskowanej kokainy. Niepokój powinny wzbudzać konsekwencje zdrowotne używania kokainy, w tym zwiększająca się liczba osób rozpoczynających po raz pierwszy leczenie uzależnienia z powodu zażywania kokainy. Wobec takich informacji rośnie znaczenie skutecznych form interwencji profilaktycznych, leczniczych i ograniczających szkody, jakich doświadczają osoby używające kokainy”.

## Zmiany w produkcji narkotyków w Europie

Europa jest ważnym rynkiem dla narkotyków, które są przemycane z wielu regionów świata, w tym z Ameryki Łacińskiej, Azji Zachodniej i Afryki Północnej. Jednak w aktualnym raporcie podkreślono także rolę Europy jako regionu wytwarzania narkotyków, zauważając, że: „W tym roku w odniesieniu do wielu substancji widzimy niepokojące oznaki zwiększonego poziomu produkcji narkotyków, która ma obecnie miejsce w Europie”.

Produkcja wielu narkotyków odbywa się bliżej rynków konsumenckich. Powodami takiego stanu są m.in.: wygoda, zmniejszenie ryzyka wykrycia substancji na przejściach granicznych i, w zależności od narkotyku, dostępność i koszt podstawowych substancji chemicznych potrzebnych do produkcji. W raporcie odnotowano kilka przykładów zwiększonej produkcji narkotyków w Europie i innowacji w metodach produkcji. Dowodem na to są: istnienie nielegalnych laboratoriów przetwarzających kokainę, wzrost liczby zlikwidowanych laboratoriów MDMA („ecstasy”), zwiększenie skali i większe zaangażowanie zorganizowanej przestępczości w produkcję met-amfetaminy, fakt, że końcowe fazy

*Według informacji zawartych w raporcie EMCDDA kokaina jest najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie. W ciągu ostatniego roku przed badaniem po narkotyk ten sięgnęło około 2,3 mln młodych dorosłych (15-34 lata). W 2016 roku w UE zgłoszono około 98 tys. konfiskat tego narkotyku (90 tys. w 2015 roku) w łącznej ilości 70,9 ton. W tym samym roku ponad 30 tys. pacjentów zgłosiło się po raz pierwszy do placówek leczniczych w związku z problemami z kokainą i było to o ponad jedną piątą więcej osób niż w 2014 roku.*

produkcji amfetaminy odbywają się w kraju używania narkotyku oraz wykrycie małej liczby laboratoriów produkujących heroinę. Niektóre syntetyczne narkotyki produkowane w UE są przeznaczone na rynki zewnętrzne, takie jak obie Ameryki, Australia, Środkowy i Daleki Wschód oraz Turcja.

Wydaje się, że zwiększona produkcja marihuany o dużej sile działania w Europie wpłynęła na działalność producentów konopi indyjskich spoza UE, co potwierdza przemyt z Maroka do Europy haszyszu o zwiększonej sile działania. Są również oznaki, że nowe substancje psychoaktywne, powszechnie produkowane w Chinach i wysyłane do Europy w celu pakowania, czasami są produkowane również na terenie Europy. Od kilku lat

także w Polsce wykrywane są miejsca produkcji nowych substancji psychoaktywnych.

## **Konopie indyjskie: dostępność i używanie pozostają na wysokim poziomie**

Konopie indyjskie (marihuana i haszysz) pozostają najczęściej stosowanym nielegalnym narkotykiem w Europie, a ich znaczenie widoczne jest w danych dotyczących rozpowszechnienia używania, przestępstw związanych z narkotykami, konfiskat i pojawiającego się zapotrzebowania na leczenie. Około 17,2 mln młodych Europejczyków (15-34 lata) sięgnęło po marihuanę w ciągu ostatniego roku przed badaniem (UE-28), a około 1% dorosłych Europejczyków (15-64 lata) używa tego narkotyku codziennie lub prawie codziennie (UE-28).

Według raportu EMCDDA konopie indyjskie związane były z ponad trzema czwartymi (77%) z 800 tys. przypadków przestępstw dotyczących używania lub posiadania narkotyków zgłoszonych w UE w 2016 roku, w przypadku których znany był główny narkotyk. Jest to również najczęściej konfiskowany narkotyk: w 2016 roku dokonano 763 tys. konfiskat produktów otrzymanych z konopi indyjskich. Osoby używające konopi indyjskich stanowią obecnie najwyższy odsetek (45%) nowych pacjentów ośrodków leczenia uzależnień od narkotyków w Europie (UE-28, Turcja i Norwegia). Liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy z powodu uzależnienia od konopi indyjskich wzrosła z 43 tys. w 2006 roku do 75 tys. w 2016 roku w 25 krajach, które dysponowały danymi z obu lat.

Ostatnie zmiany w systemach prawnych dotyczące konopi indyjskich w niektórych regionach obu Ameryk – w tym legalizacja w niektórych jurysdykcjach – doprowadziły do szybkiego pojawienia się w tych miejscach komercyjnego, rekreacyjnego rynku konopi indyjskich. Powoduje to innowacje w sposobach dostarczania i tworzenia produktów z konopi (np. e-płyny, produkty jadalne i szczepy konopi indyjskich o wysokiej sile działania). Według raportu EMCDDA nie jest jasne, jakie będą implikacje dla Europy, jeśli duży, legalny rynek tego narkotyku rozwinie się w niektórych częściach obu Ameryk, ale nie można wykluczyć wpływu takiej sytuacji na sposoby dostaw lub wzorce używania w Europie. EMCDDA monitoruje międzynarodowy rozwój uregu-

lowań dotyczących pochodnych konopi indyjskich, aby ułatwić bardziej świadome zrozumienie zachodzących zmian i pomóc w określeniu ich wpływu na sytuację w Europie. Wśród kwestii politycznych, na które zwrócono większą uwagę w kontekście zmieniających się perspektyw międzynarodowych w zakresie regulacji dotyczących konopi indyjskich, znajduje się prowadzenie pojazdów przez kierowców po użyciu konopi indyjskich. Jest to główny punkt ostatniego raportu EMCDDA, w którym znajdują się komentarze międzynarodowych ekspertów na ten temat.

## **NSP bardziej szkodliwe**

Nowe substancje psychoaktywne (NSP) nadal są dużym wyzwaniem dla polityki i zdrowia publicznego w Europie. Nowe substancje psychoaktywne, które nie podlegają międzynarodowym kontrolom, obejmują szereg substancji, w tym syntetyczne kannabinoidy, opioidy, katynony i benzodiazepiny. W 2017 roku za pośrednictwem unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania (EWS) odnotowano po raz pierwszy 51 NSP – czyli średnio jedną substancję na tydzień. Chociaż roczna całkowita liczba nowych substancji pojawiających się na rynku spadła w porównaniu z danymi uzyskanymi w szczytowych latach – 98 w 2015 roku, 101 w 2014 roku – to jednak ogólna liczba dostępnych NSP nadal pozostaje wysoka. Do końca 2017 roku EMCDDA monitorowała ponad 670 NSP (w porównaniu z około 350 w 2013 roku). Szkody zdrowotne związane z nowymi kannabinoidami syntetycznymi i nowymi opioidami syntetycznymi – w tym ostre zatrucia i zgony – skłoniły EMCDDA do przeprowadzenia dziewięciu ocen ryzyka w 2017 roku.

## **Więzienia: nacisk na opiekę zdrowotną oraz nowe narkotyki**

Więzienia stanowią ważne miejsce zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób używających narkotyków. Może to także przynieść korzyści szerszej społeczności (np. zapobieganie przedawkowaniu po zwolnieniu z więzienia, zmniejszenie ryzyka przenoszenia chorób zakaźnych związanych z narkotykami, takich jak HIV i HCV). W aktualnym raporcie podkreślono możliwości interwencji w tym otoczeniu i zwrócono uwagę na krajową zmienność w świadczeniu usług.



W nowym badaniu, przeprowadzonym w wielu krajach, opublikowanym wraz z raportem EMCDDA Agencja bada narastające problemy zdrowotne i te w zakresie bezpieczeństwa związane ze stosowaniem nowych substancji psychoaktywnych w więzieniu. „Używanie NSP i związane z tym szkody są obecnie nowym, ważnym wyzwaniem dla systemu więziennictwa w Europie” – czytamy w badaniu. Spośród czterech najważniejszych rodzajów NSP występujących w więzieniach najczęściej zgłaszane są syntetyczne kannabinoidy. Rozpowszechnienie tych substancji w więzieniach wynika z łatwości, z jaką można je przemycać (np. upłynnione i rozpylone na papierze lub w tkaninach) i trudności w wykrywaniu ich w testach na obecność narkotyków.

### **Sprzedż internetowa i pojawienie się nowych benzodiazepin**

Gdy spojrzymy na rynek narkotykowy, to pod względem wielkości nadal dominują tradycyjne rynki narkotykowe. Ale coraz większego znaczenia nabierają rynki internetowe, które stanowią nowe wyzwanie dla instytucji kontroli narkotyków. W ostatnim badaniu EMCDDA–Europol zidentyfikowano ponad 100 globalnych rynków w darknetcie, w których około dwie trzecie zakupów dotyczyło narkotyków. Wydaje się, że sieć i serwisy społecznościowe również zyskują na znaczeniu, zwłaszcza jeśli chodzi o zaopatrzenie w NSP i dostęp do niewłaściwie stosowanych leków.

W raporcie EMCDDA mówi się o obawach związanych z pojawianiem się na ulicach i w internecie nowych benzodiazepin, które nie są zatwierdzone jako leki w UE. EMCDDA monitoruje obecnie 23 nowe benzodiazepiny (trzy wykryto w Europie po raz pierwszy w 2017 roku). Niektóre są sprzedawane pod nazwami własnymi (np. diklazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam, fonazepam). W innych przypadkach producenci wykorzystują te substancje do wytwarzania fałszywych wersji powszechnie przepisywanych leków benzodiazepinowych (np. diazepam, alprazolam), które potem są sprzedawane na nielegalnym rynku. W 2016 roku skonfiskowano ponad pół miliona tabletek zawierających nowe benzodiazepiny lub podobne substancje, co stanowi wzrost o dwie trzecie w stosunku do danych z 2015 roku.

W analizie opublikowanej wraz z raportem EMCDDA zwraca uwagę na nadużywanie benzodiazepin przez osoby używające opioidów i należące przez to do grupy

wysokiego ryzyka użytkowników narkotyków w Europie. Chociaż przepisywanie tych leków osobom używającym narkotyków odbywa się z myślą o uzasadnionych celach terapeutycznych, to leki te mogą być wykorzystane niezgodnie z ich przeznaczeniem, przyczyniając się do zwiększonej chorobowości i umieralności w tej grupie pacjentów. Około 40% osób rozpoczynających leczenie z powodu używania opioidów jako głównego narkotyku, zgłosiło benzodiazepiny jako substancję, z którą też mają problem.

### **Rosnąca liczba zgonów – przedawkowania**

W raporcie EMCDDA podkreślono obawy, jakie budzi wzrastająca liczba zgonów wskutek przedawkowania narkotyków w Europie; tendencję wzrostową obserwuje się od czterech lat. Szacuje się, że w 2016 roku w Europie doszło do ponad 9 tys. zgonów spowodowanych przedawkowaniem. Były one związane głównie z heroiną i innymi opioidami – choć często w połączeniu z innymi substancjami, w szczególności alkoholem i benzodiazepinami (UE-28, Turcja, Norwegia).

W odpowiedzi na wyzwanie postawione przez stare i nowe opioidy w raporcie EMCDDA ponownie zwrócono uwagę na rolę naloksonu, leku opioidowego, w strategiach reagowania na przedawkowanie. W raporcie podkreślono pilną potrzebę dokonania przeglądu obecnych polityk dotyczących naloksonu, jak również zwiększenia liczby szkoleń i podnoszenia świadomości zarówno użytkowników narkotyków, jak i specjalistów, którzy mogą zetknąć się z tymi narkotykami.

Laura d'Arrigo, przewodnicząca zarządu EMCDDA, tak podsumowuje informacje zawarte w raporcie: „Zagrożenia ze strony narkotyków dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego w Europie nadal wymagają jednolitej reakcji i postawy państw tego regionu. Plan działania UE w zakresie narkotyków, przyjęty w 2017 roku, stanowi ramy dla europejskiej współpracy. W miarę jak zmieniają się problemy związane z narkotykami i pojawiają się nowe tendencje, ważne jest, aby nasz system monitorowania nadążał za tym tempem. Europejski raport narkotykowy wraz z 30 raportami krajowymi dostarczają najnowszych analiz, żeby pomóc decydentom uzyskać realny obraz tego zjawiska i dostosować do niego działania polityczne, aby zapobiegać i stawić czoła wyzwaniom”.

*Redakcja*

# DEPRESJA NASTOLATKÓW. JAK JĄ ROZPOZNAĆ, ZROZUMIEĆ I POKONAĆ

**Autorzy: Konrad Ambroziak, Artur Kołakowski, Klaudia Siwek**

Depresja nie jest chorobą, która dotyka jedynie dorosłych. Zapadają na nią również nastolatki, a czasem nawet dzieci.

- Czym jest depresja?
- Jak często dotyka nastolatki?
- Jak ją rozpoznać i pomóc pokonać?
- Jak odróżnić ją od typowych dla wieku nastoletniego wahań nastroju?
- Czy depresja wymaga leczenia?
- W jaki sposób wpływa na myślenie i zachowanie nastolatka?

– na te pytania znajdziemy odpowiedzi w prezentowanej publikacji.

Depresja to choroba XXI wieku. Wiele się o niej mówi, pisze, czyta. Teoretycznie dużo o niej wiemy, a faktycznie... niestety nadal zdecydowanie za mało. Przykładowo niewielu z nas ma świadomość, że depresja stanowi poważny problem również wśród nastolatków. Dorastanie jest okresem pełnym napięć i konfliktów, dlatego tak łatwo jest przypisać objawy depresyjne młodzieńczej burzy hormonów. Nic bardziej mylnego – depresja to poważna choroba, a nie przejaw złego zachowania czy buntu.

Autorzy, wybitni specjaliści pracujący na co dzień z dotkniętymi depresją nastolatkami i ich rodzinami, przygotowali tę książkę, aby pomóc zrozumieć i zaakceptować depresję młodych ludzi oraz wła-

ściwie na nią zareagować. Odwołując się do badań i teorii naukowych, wyjaśniają nie tylko, na czym polega ta choroba, ale również jak ją rozpoznać, jakie pociąga za sobą skutki oraz kiedy i gdzie szukać pomocy. W zrozumiałym sposób, z empatią i bazując na rzetelnej wiedzy, tłumaczą, że pokonanie depresji i powrót do zdrowia są możliwe, ale wymagają dużego zaangażowania rodziny osoby chorej. Zawarte w książce materiały dla nastolatka i dla rodziców, komiksy, ćwiczenia oraz liczne opisy przypadków ułatwiają zrozumienie omawianych treści i stanowią ciekawą inspirację do codziennej pracy.

## Opinie

To ważna i potrzebna książka. Autorzy odczarowują mity dotyczące zdrowia psychicznego, rzetelnie i w przystępny sposób informują, edukują i podpowiadają zarówno nastolatkom, jak i ich rodzicom, jak radzić sobie z depresją. Wierzę, że lektura tej książki sprawi, iż choroba, jaką jest depresja, stanie się bardziej zrozumiała, i zmotywuje do sięgnięcia po profesjonalną pomoc.

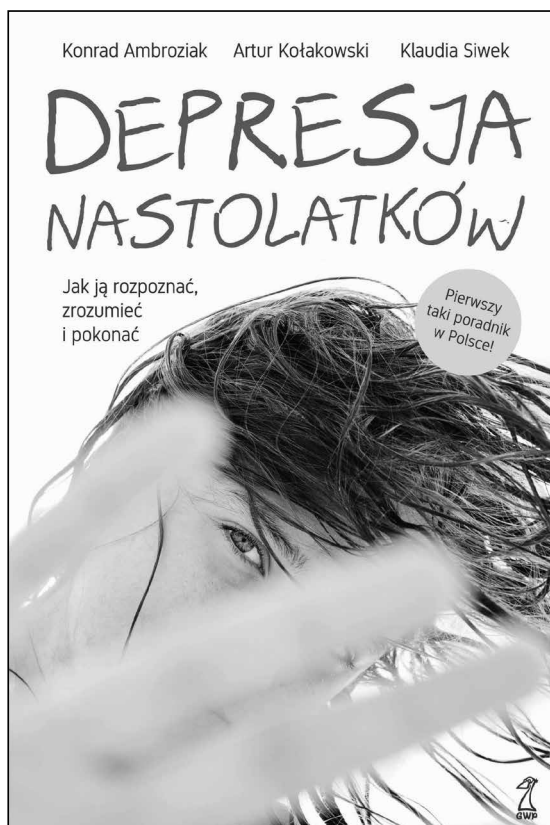
*Lucyna Kicińska, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę*

Doskonała lektura, przedstawiająca ważne zagadnienia w mądry i jednocześnie przystępny sposób. Gorąco polecam tę książkę rodzicom, nastolatkom, osobom zawodowo związanym ze środowiskiem dzieci i młodzieży, w tym terapeutom – jako nieocenioną pomoc w psychoedukacji młodych pacjentów i ich bliskich.

*Emilia Link-Dratkowska, psycholog kliniczna, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna*

Ta książka jest jak mapa, która wskazuje różne drogi wyjścia z depresji. Żałuję, że nie miałam takiej „mapy”, gdy mnie samą zaczęła przytłaczać choroba.

*Amelia Gruszczyńska, Porcelanowe Aniołki*



## Autorzy

**Konrad Ambroziak** – doktor nauk humanistycznych w zakresie filozofii, terapeuta poznawczo-behawioralny, terapeuta motywujący i trener dialogu motywującego.

**Artur Kołakowski** – doktor nauk medycznych, specjalista psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, terapeuta poznawczo-behawioralny.

**Klaudia Siwek** – psycholog i psychoterapeutka, certyfikowana terapeuta poznawczo-behawioralna z zamiłowaniem do terapii systemowej i psychodynamicznej.

# UZALEŻNIENIA TECHNOLOGICZNE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY. TEORIA, PROFILAKTYKA, TERAPIA – WYBRANE ZAGADNIENIA

Autorka: Ewa Krzyżak-Szymańska

W książce nakreślono drogowskazy w zakresie konceptualizacji zjawiska nałogów technologicznych wśród dzieci i młodzieży – jego pomiaru, przyczyn i skutków oraz postępowania profilaktycznego i terapeutycznego wobec osób małoletnich przejawiających zaburzenia związane z korzystaniem z nowych mediów.

Publikacja jest adresowana przede wszystkim do realizatorów programów profilaktycznych, praktyków i teoretyków zainteresowanych zjawiskiem uzależnień technologicznych wśród dzieci i młodzieży, a także pedagogów szkolnych, nauczycieli i terapeutów. Jej wydanie było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia.

Wydawnictwo składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym przedstawiono aspekty definicyjne tzw. uzależnień technologicznych oraz koncepcje wyjaśniające ich podłoże. Scharakteryzowano w nim także fazy i rodzaje nałogów technologicznych. Rozdział drugi obejmuje przegląd najnowszych badań z omawianego zakresu w wymiarze krajowym i międzynarodowym. Porusza również problem zachowań ryzykownych podejmowanych przez adolescentów towarzyszących nałogowemu używaniu internetu i telefonu komórkowego oraz jego skutków. W rozdziale trzecim omówiono podstawowe narzędzia i techniki stosowane do identyfikacji występowania zagrożenia nałogowego korzystania z internetu i telefonu komórkowego. W rozdziale czwartym opisano problem wychowania do nowych mediów i profilaktyki nałogów technologicznych, prowadzonej w środowisku rodzinnym oraz szkolnym, a w ostatnim przedstawiono kluczowe zagadnienia terapeutyczne, w tym strategie wykorzystywane w pracy z dziećmi i młodzieżą.

Monografia wypełnia lukę na polskim rynku księgarskim, gdyż brakuje publikacji, które kompleksowo ukazują problematykę dotyczącą nałogowego korzystania przez młode pokolenie z internetu oraz telefonu komórkowego, m.in. epidemiologii zjawiska, jego rozmiarów, możliwości zapobiegania mu i sposobów udzielenia pomocy osobom przejawiającym zaburzenia związane z nadużywaniem nowych technologii cyfrowych.

*Praca ma charakter innowacyjny i jednocześnie syntetyzujący oraz systematyzujący mało zbadany wycinek rzeczywistości edukacyjnej w kontekście teorii, profilaktyki i terapii uzależnień. Książka wypełnia lukę na krajowym rynku publikacji naukowych poświęconych przedmiotowej tematyce. Z pewnością przyczyni się ona w istotnym stopniu do rozpowszechnienia i popularyzowania w środowiskach rówieśniczych treści niebędących bez znaczenia dla dalszego rozwoju i funkcjonowania młodzieży i młodych dorosłych coraz częściej przebywających w przestrzeni cyfrowej. [...] sięgnięcie zaś po książkę przez realizatorów programów profilaktycznych, pedagogów, terapeutów i rodziców skłoni ich do licznych przemyśleń o celowości i potrzebie działań o charakterze edukacyjno-profilaktycznym. Pozwoli to zapewnić dzieciom i młodzieży większe bezpieczeństwo podczas ich przebywania w świecie wirtualnym.*

Z recenzji dra hab. Józefa Bednarka, prof. APS

*Monografia opracowana przez dr Ewę Krzyżak-Szymańską [...] posiada znaczny potencjał, wypełnia lukę na polskim rynku w obszarze publikacji, które kompleksowo zbierają problematykę dotyczącą nałogowego używania przez młode pokolenie technologii informacyjno-komunikacyjnych, zwłaszcza internetu oraz telefonu komórkowego. [...] Niewątpliwym atutem książki są zamieszczone na końcu scenariusze zajęć profilaktycznych, które stanowią cenny zbiór materiałów metodycznych do prowadzenia zajęć z dziećmi i młodzieżą.*

Z recenzji dr Jolanty Jarczyńskiej

## UZALEŻNIENIA TECHNOLOGICZNE wśród dzieci i młodzieży

TEORIA, PROFILAKTYKA, TERAPIA –  
WYBRANE ZAGADNIENIA



Ewa Krzyżak-Szymańska

# UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE – BAZA PLACÓWEK POMOCOWYCH

Baza Placówek Pomocowych

## ZNAJDŹ PLACÓWKĘ POMOĆWĄ

uzależnienia behawioralne

-- możesz wybrać rodzaj uzależnienia

--- możesz wybrać typ placówki

--- wybierz województwo

przeszukaj także sąsiednie województwa

możesz też wpisać fragment nazwy lub adresu (co najmniej 3 znaki):

szukaj

[uzależnienia behawioralne – pomocne strony WWW](#)

[baza placówek pomocowych – narkomania](#) • [telefony zaufania](#) • [Warszawski Informator o Pomocy](#)

Ministerstwo Zdrowia

FUNDACJA PRAESTERNO

Dane w Bazie Placówek Pomocowych zostały zebrane dzięki dofinansowaniu ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz środków własnych Fundacji Praesterno

W ramach przygotowywania aktualizacji „Informatora o placówkach udzielających pomocy w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień behawioralnych” pod adresem [www.uzaleznienia.org.pl](http://www.uzaleznienia.org.pl) została opracowana i udostępniona elektronicznie, interaktywna baza tego typu placówek. W bazie znajduje się – podobnie jak w wersji papierowej informatora – 317 placówek prowadzących łącznie 365 oddziałów. Baza umożliwi wyszukiwanie placówek leczniczych oferujących pomoc w zakresie konkretnego uzależnienia behawioralnego (hazard, nowe technologie, zakupoholizm, pracoholizm, seksoholizm/uzależnienie od pornografii, uzależnienie od ćwiczeń, zaburzenia odżywiania, zaburzenia dysmorficzne, inne uzależnienia behawioralne). Możliwe jest wskazanie konkretnego województwa (z możliwością rozszerzenia wyszukiwania na sąsiednie województwa) oraz ograniczenie wyszukiwania albo do placówek ambulatoryjnych (przychodni), albo placówek stacjonarnych. W oddzielnym polu możliwe jest wpisanie fragmentu nazwy placówki lub adresu (np. miasta, co ograniczy wyniki wyszukiwania do zadanej miejscowości).

Opis prezentowanych placówek jest rozbudowany. Poza danymi adresowymi i kontaktowymi podane są dni i godziny przyjęć. Określono przedział wiekowy pacjentów, którymi zajmuje się dana placówka (najczęściej zróżnicowanie dotyczy tego, czy placówka opiekuje się tylko dorosłymi, czy osobami niepełnoletnimi). Opis zawiera także informacje, czy w terapii, konsultacjach, spotkaniach itp. mogą wziąć udział osoby z niepełnosprawnościami. Zaznaczono, czy przyjmowane są osoby nieubezpieczone i czy oferta placówki jest dla pacjenta odpłatna (większość placówek zarejestrowanych w bazie nie pobiera od pacjentów opłat, świadcząc dla ubezpieczonych pomoc w ramach kontraktu z NFZ). W opisie znalazła się też informacja, czy placówka przyjmuje cudzoziemców. Podano rodzaje leczonych uzależnień behawioralnych, a także zakres i rodzaj oferowanej pomocy oraz podejścia stosowane w terapii.

Na stronie dostępny jest formularz umożliwiający dopisanie się do bazy każdej zainteresowanej instytucji udzielającej pomocy osobom z uzależnieniami behawioralnymi oraz każdej instytucji już wpisanej do bazy, która chciałaby zaktualizować swoje dane. Istnieje również możliwość pobrania informatora w formacie pdf.



## 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](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl)  
[www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl)

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

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

Egzemplarz bezpłatny  
Numery archiwalne na stronie:  
[www.sin.praesterno.pl](http://www.sin.praesterno.pl)