



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (77) 2017

NR 1

2017

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

numer Serwisu, który oddajemy Państwu do rąk, jest pierwszym, który wychodzi pod tytułem Serwis Informacyjny Uzależnienia. Nasz kwartalnik jest kontynuacją Serwisu Informacyjnego Narkomania. Od tego numeru pismo jest finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, pozostających w dyspozycji ministra zdrowia. Bez uszczerbku dla problematyki uzależnień od substancji chemicznych treść została wzbogacona o problematykę uzależnień behawioralnych.

W materiale pt. „Uzależnienia w Narodowym Programie Zdrowia – perspektywa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii” staram się odpowiedzieć na zebrane przez redakcję, a formułowane przez różne środowiska pytania dotyczące ujętej w Narodowym Programie Zdrowia problematyki profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Narodowy Program Zdrowia jest nową regulacją prawną powołaną Rozporządzeniem Rady Ministrów we wrześniu 2016 roku.

Zachęcam do zapoznania się z dokonaniem przez Danutę Muszyńską – kierowniczkę Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych – podsumowaniem działań Funduszu podejmowanych w latach 2011–2016. Do końca 2016 roku na zadania finansowane z Funduszu została wydatkowana kwota ponad 46 mln zł. Zrealizowanych zostało niemal 700 projektów w pięciu kategoriach programów ministra zdrowia.

Bogusław Habrat podejmuje próbę uporządkowania chaosu terminologicznego i niejednoznaczności pojęć funkcjonujących w obszarze uzależnień behawioralnych. Zwraca on uwagę na obserwowaną tendencję do nieuprawnionej – jego zdaniem – patologizacji zachowań, które, jak pisze, „niekoniecznie muszą być chorobami, zaburzeniami, uzależnieniami, nałogami, natręctwami, odrębnymi jednostkami nozologicznymi, a co najwyżej mogą być wyuczonymi zachowaniami prowadzącymi do adaptacji, która z czasem może się okazać dysfunkcjonalna”. Konsekwencją jest medykalizacja tych zachowań, polegająca na odsyłaniu osób z problemami do specjalistów.

Anna Borkowska – w drugiej części artykułu poświęconego niebezpieczeństwom, jakie dla młodych ludzi stanowią gry komputerowe – dokonuje m.in. analizy cech tych gier, które mają potencjał uzależniający. Generalnie gry projektowane są w taki sposób, by gracze chcieli w nie grać jak najdłużej i jak najczęściej. Analizowana w artykule lista zabiegów stosowanych przez twórców gier nastawionych na wciąganie w grę jest długa.

Narodowy Program Zdrowia podkreśla rolę programów rekomendowanych w profilaktyce uzależnień, zalecając upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. W aktualnym numerze Serwisu Agnieszka Pisarska, członek Zespołu ds. Rekomendacji, prezentuje nowe programy wpisane do bazy programów rekomendowanych. Są to: program promocji zdrowia i profilaktyki uniwersalnej **Spójrz Inaczej** w wersji dla klas I–III szkół podstawowych oraz w wersji dla klas IV–VI szkół podstawowych, program **Trzy koła**, adresowany do nauczycieli i pedagogów pracujących w szkołach podstawowych i gimnazjach, program profilaktyki uniwersalnej **Debata** dla klas V–VI szkół podstawowych oraz program profilaktyki selektywnej **Program Nauki Zachowania**, skierowany do uczniów, którzy cyklicznie, w różnych okolicznościach oraz w obecności przynajmniej kilku nauczycieli zachowują się w sposób niewłaściwy. Artykuł Anny Boruckiej opisuje z kolei logiczny model programu profilaktycznego. Kierowanie się tym modelem na etapie opracowywania programu pozwala, zdaniem autorki, „wykrywać i na bieżąco korygować błędne założenia dotyczące programu, nieadekwatne lub nierealne cele czy niewystarczające działania”. Praca zgodna z modelem umożliwi skonstruowanie programu do pilotażowego wdrożenia i przeprowadzenia jego ewaluacji. Gorąco polecam także zapoznanie się z artykułem Joanny Dobrzeńckiej z Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UM Płocka, relacjonującej funkcjonowanie modelowego, moim zdaniem, gminnego systemu w obszarze profilaktyki uzależnień. Elementem tego systemu jest dziesięć programów realizowanych w tym mieście, które znajdują się w Bazie programów rekomendowanych.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

UZALEŻNIENIA W NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA – PERSPEKTYWA KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Wywiad z Piotrem Jabłońskim,
dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii..... 2

Polityka społeczna

POLITYKA W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE

Danuta Muszyńska 6

Profilaktyka

NOWE PROGRAMY W SYSTEMIE REKOMENDACJI

Agnieszka Pisarska 15

LOGICZNY MODEL PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO

Anna Borucka 20

Uzależnienia behawioralne

O TERMINOLOGII I POZYCJI NOZOLOGICZNEJ TZW. NAŁOGÓW BEHAWIORALNYCH

Bogusław Habrat 25

GRY KOMPUTEROWE – NIEWINNA ROZRYWKA CZY DROGA DO UZALEŻNIENIA? – CZĘŚĆ 2

Anna Borkowska 30

Badania, raporty

AMFETAMINOPOCHODNE PSYCHOSTYMULANTY – KORELATY UŻYWANIA

Magdalena Rowicka 33

DZIAŁANIA Z ZAKRESU REDUKCJI PODAŻY NARKOTYKÓW ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW W POLSCE

Artur Malczewski 36

Regiony

PROGRAMY REKOMENDOWANE W SYSTEMIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH REALIZOWANYCH W PŁOCKU

Joanna Dobrzeńska 43

Recenzja

NAŁOGI BEHAWIORALNE..... 48

Internet

ROZBUDOWA PLATFORMY E-LEARNINGOWEJ

– NARKOMANIA.EDU.PL..... III okładka

NOWA ODSŁONA FRED GOES NET

– PROGRAMFRED.PL..... IV okładka



UZALEŻNIENIA W NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA – PERSPEKTYWA KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Wywiad z Piotrem Jabłońskim,
dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

We wrześniu 2016 roku weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów, powołujące Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016–2020. Redakcja Serwisu zwróciła się do reprezentantów różnych środowisk (edukacyjnego, samorządowego, organizacji pozarządowych, pacjentów, naukowego) z prośbą o sformułowanie pytań do dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotra Jabłońskiego dotyczących istotnego w Programie obszaru, jakim jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.

– Czy wobec nowych uregulowań wprowadzonych przez Narodowy Program Zdrowia należy spodziewać się jakichś zmian instytucjonalnych w organizacji przeciwdziałania uzależnieniom w naszym kraju?

– Kwestia reorganizacji instytucji odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii leży poza zakresem kompetencji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W tej sprawie toczą się rozmowy w Ministerstwie Zdrowia i różne rozwiązania brane są pod uwagę. Które z nich zostanie uznane za optymalne, nie jest jeszcze rozstrzygnięte.

– Czy – i jeśli tak, to w jaki sposób – NPZ zmienia zasady finansowania działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom?

– Narodowy Program Zdrowia wprowadził nowe możliwości finansowania zadań z obszaru zdrowia publicznego, przede wszystkim zwiększył wysokość środków finansowych na realizację tych zadań przez MZ lub jednostki nadzorowane czy podległe MZ. Rozporządzenie RM w sprawie NPZ na lata 2016–2020 wskazuje, że finansowanie zadań w ramach celu operacyjnego

nr 2, tzn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami problemowymi”, przez MZ lub ww. jednostki odbywa się poprzez zwiększenie środków pozostających w ich dyspozycji. Do wejścia w życie Rozporządzenia w sprawie NPZ były to wyłącznie środki z budżetu państwa. W Rozporządzeniu wskazano, że nowym źródłem finansowania zadań w celu operacyjnym nr 2 może być Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W 2017 roku nowe przepisy zostały już przez MZ wykorzystane, czego skutkiem było zwiększenie środków finansowych na przeciwdziałanie narkomanii o 13 mln złotych. Wzrost wysokości środków nastąpił także w obszarze przeciwdziałania alkoholizmowi. Zgodnie z nowymi przepisami całość tych środków jest przeznaczona na realizację zadań przez podmioty wyłaniane w drodze konkursu ofert. Liczba ofert przyjętych do dofinansowania przez Krajowe Biuro w br. będzie znacznie większa niż w latach poprzednich. Oznacza to, że osoby zagrożone uzależnieniem, już uzależnione oraz ich bliscy będą mieli większy dostęp do bardziej zróżnicowanej oferty. W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego ustawa o zdrowiu publicznym także przewiduje, że powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego odbywa się w trybie konkursu ofert. Źródłem finansowania zadań pozostaje fundusz powstający z pieniędzy pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Ramy funkcjonowania tego funduszu określa ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Z pieniędzy tych pokrywane są lokalne działania dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu i narkotyków.

– *Przed wejściem w życie obecnej ustawy o zdrowiu publicznym w większości konkursów organizacje pozarządowe konkurowały wyłącznie same z sobą. Po wejściu w życie ustawy i NPZ w licznych konkursach organizacje pozarządowe konkurują z uczelniami wyższymi, podmiotami gospodarczymi w rozumieniu ustawy o swobodzie gospodarczej, a nawet z jednostkami samorządu terytorialnego i ich jednostkami organizacyjnymi. Rozwiązanie to z jednej strony otwiera możliwości aplikowania o fundusze przez nowe podmioty, z drugiej jednak stwarza pewne trudności, np. przy porównywaniu ofert organizacji nastawionych i nienastawionych na zysk. Czy można prosić o komentarz w tej kwestii?*

– Wydaje się, że kluczową kwestią pozostaje jakość złożonej na konkurs oferty. Na dobrej jakości programach korzystają pacjenci, a przecież o to chodzi w skutecznym przeciwdziałaniu narkomanii. Z punktu widzenia Krajowego Biura nie ma zatem znaczenia, jaki podmiot składa ofertę na konkurs – czy jest to podmiot gospodarczy czy organizacja pozarządowa. Przedmiotem oceny pozostaje bowiem oferta pod kątem jej adekwatności do potrzeb osób uzależnionych, w tym zgodności ze szczegółowymi wymaganiami ogłoszonymi w konkursie. Zaryzykuję nawet stwierdzenie, że wielość podmiotów może się przyczynić do większej troski o jakość składanej oferty. Tak też widział tę kwestię ustawodawca, wprowadzając w ustawie o Narodowym Programie Zdrowia szeroki katalog podmiotów, które mogą brać udział w konkursach z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom.

– *Czy NPZ zwiększa, czy zmniejsza samodzielność gmin w prowadzeniu lokalnej polityki przeciwdziałania uzależnieniom?*

– Ustawa o zdrowiu publicznym i rozporządzenie w sprawie NPZ nie ingerują w samodzielność gmin w prowadzeniu lokalnej polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Nowe przepisy umieszczają kwestie związane z używaniem substancji psychoaktywnych w szerokim kontekście problemów zdrowia publicznego i w tym sensie mogą one mieć wpływ na ugruntowanie postrzegania problemów wynikających z używania czy nadużywania substancji psychoaktywnych właśnie z takiej perspektywy także przez przedstawicieli samorządów lokalnych.

– *Działania profilaktyczne w obszarze używania substancji psychoaktywnych są podobne, niezależnie od tego, czy odnoszą się do narkotyków, alkoholu czy*

tytoniu. Natomiast NPZ dzieli profilaktykę na trzy części – każda dotyczy innej kategorii substancji. Czy nie warto rozważyć połączenia i promowania profilaktyki używania substancji psychoaktywnych bez względu na rodzaj tych substancji?

– Rzeczywiście jest wiele przesłanek na rzecz zintegrowanego podejścia do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Za takim myśleniem stoi rozległa wiedza na temat prawidłowości rozwojowych okresu adolescencji, wskazująca na wspólne korzenie tych zachowań oraz wiedza na temat współwystępowania tych zachowań. Wiele wiemy również na temat wspólnych czynników ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży. Wiemy też, jak te czynniki można kompensować lub osłabiać, np. poprzez rozwijanie umiejętności psychospołecznych młodych ludzi lub rozwijanie kompetencji rodziców i wychowawców. To wszystko na poziomie profilaktyki uniwersalnej przemawia za zintegrowanym podejściem. Wydaje się jednak, że takie jednoznaczne opowiedzenie się po stronie „integracji” profilaktyki „uzależnień” jest uproszczeniem. Na fali tendencji integracyjnych nie można jednak zapomnieć o istotnych różnicach. Programy profilaktyczne skierowane do młodych ludzi powinny zawierać komponenty niespecyficzne, np. rozwijanie umiejętności życiowych czy budowanie pozytywnego obrazu własnej osoby. Jednak programy te powinny zawierać również specyficzne komponenty związane ze stylem używania i specyfiką działania danej substancji. Na przykład w programach dotyczących zapobiegania picia alkoholu przez dzieci i młodzież praca profilaktyczna z rodzicami będzie dotyczyła m.in. roli, jaką odgrywa modelowanie przez nich zachowań związanych z piciem alkoholu. W przypadku programu poświęconego używaniu nielegalnych substancji psychoaktywnych praca z rodzicami będzie koncentrowała się na rozpoznawaniu sygnałów ostrzegawczych związanych z używaniem narkotyków. W mniejszym stopniu będzie koncentrowała się na samych zachowaniach rodziców związanych z używaniem przez nich narkotyków, z tego powodu, że jest to zdecydowanie mniej rozpowszechniony wzór zachowania wśród rodziców. Specyfika poszczególnych substancji odgrywa dużą rolę na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej. W tym przypadku ważne jest przekazywanie rzeczowych i bezpośrednich informacji na temat zagrożeń związanych z używaniem konkretnej substancji psychoaktywnej, np. tytoniu, alkoholu czy

amfetamina różnie działają na organizm człowieka i powodują różne negatywne krótko- i długoterminowe konsekwencje. Różnice wyrażają się także w odmiennym statusie prawnym poszczególnych substancji, np. tytoniu i narkotyków. Nie możemy również pominąć odmiennego poziomu społecznej akceptacji dla zachowania związanego z używaniem poszczególnych substancji psychoaktywnych. Picie alkoholu przez młodzież znajduje więcej zrozumienia niż używanie narkotyków, co także musi znaleźć odzwierciedlenie w działaniach profilaktycznych. I na zakończenie pragnę zwrócić uwagę na kwestię wieku inicjacji używania poszczególnych substancji psychoaktywnych. Niesie to za sobą konieczność różnicowania treści i metodyki działań profilaktycznych. Chciałbym podkreślić, że profilaktyka oparta na wiedzy, musi brać pod uwagę nie tylko podobieństwa, ale także różnice w charakterystyce poszczególnych zjawisk związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

– Od paru lat gwałtownie rosną kolejki w renomowanych placówkach leczenia zaburzeń psychicznych współwystępujących z uzależnieniem (pacjenci z tzw. podwójną diagnozą). Na przykład w Gliwicach czy Nowym Dworku czas oczekiwania na miejsce wydłużył się dwukrotnie. Czy Biuro monitoruje ten problem? Czy próbowało zwrócić na niego uwagę NFZ? Czy NPZ daje nadzieję na poprawę sytuacji w tym zakresie?

– Według danych Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, prowadzonego przez NFZ, z dnia 16 marca 2017 roku w oddziale/ośrodku rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi i w oddziale/ośrodku terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi średni czas oczekiwania wynosił 19 dni (w kwietniu 2016 roku były to 43 dni), przykładowo w ośrodku w Nowym Dworku do oddziału rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi czas oczekiwania wynosił 16 dni, w Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień „Familia” w Gliwicach – 10 dni, zaś w Łodzi w ogóle nie było kolejki. Wydaje się zatem, że pierwszy krok, jaki powinien być uczyniony, to upowszechnienie informacji o placówkach, do których nie ma kolejek. W przypadku tych placówek, do których systematycznie jest długi

okres oczekiwania, władnym zwiększenia wysokości kontraktu jest tylko NFZ.

– Jakie są plany Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Biura dotyczące zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego?

– Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz Ministerstwem Zdrowia opracowuje nowe regulacje prawne, które rozszerzą zakres podmiotów, które mogą prowadzić leczenie substytucyjne. Istotą proponowanego rozwiązania jest umożliwienie prowadzenia leczenia substytucyjnego opartego na stosowaniu doustnych preparatów łączonych, zawierających buprenorfinę i nalokson, przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrów na podstawie skierowania wydanego przez lekarza z programu leczenia substytucyjnego. Skierowanie będzie mogło być wydane pacjentowi, który leczył się w programie leczenia substytucyjnego co najmniej trzy miesiące z zastosowaniem tego samego preparatu. Projekt ustawy przewiduje, że okres ten, w uzasadnionych przypadkach, może być krótszy, ale nie mniejszy niż dwa tygodnie. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarze psychiatrzy zainteresowani prowadzeniem pacjentów w terapii substytucyjnej byliby zobowiązani do ukończenia specjalnego szkolenia w zakresie leczenia substytucyjnego. Przedmiotowa regulacja ma zwiększyć dostępność tej formy leczenia. Prace nad tym projektem ustawy są w toku.

– W NPZ wskazano, że profilaktyka powinna opierać się na programach rekomendowanych bądź programach opartych na naukowych podstawach. Czy w związku z tym KBPN planuje finansowanie opracowania nowych programów profilaktycznych, które poszerzą dotychczasową ofertę?

– Krajowe Biuro od kilku już lat promuje ideę programów profilaktycznych opartych na naukowych podstawach. I w tym względzie nic się nie zmieniło. Zaplanowane są środki finansowe zarówno na powstawanie nowych programów, jak i na ewaluację programów, które często od wielu lat są realizowane w środowisku lokalnym, ale nigdy nie zostały poddane ocenie. Warto zadbać także o nie i dać im szansę umieszczenia w Bazie programów rekomendowanych po przeprowadzeniu ewaluacji. Idea promowania, upowszechniania i wspierania realizacji działań o udokumentowanej skuteczności przewija się przez cały Narodowy Program Zdrowia, w tym także

w części obejmującej Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. Warto w tym kontekście przypomnieć adres strony internetowej www.programyrekomendowane.pl, która stanowi dobre kompendium wiedzy o programach rekomendowanych, a także wskazuje ścieżkę działań dla podmiotów, które o taką rekomendację chcą się ubiegać.

– W ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii NPZ przewiduje współpracę z państwami spoza Unii Europejskiej w zakresie przeciwdziałania narkomanii oraz opracowanie i wdrażanie projektów wsparcia z obszaru ograniczania popytu i podaży narkotyków w krajach nienależących do Unii Europejskiej. Czy KBPN uczestniczy w tych działaniach, jeśli tak – to jakie działania są prowadzone w tym zakresie?

– Krajowe Biuro od kilku lat podejmuje działania w ramach współpracy z państwami spoza Unii Europejskiej, m.in. organizujemy lub uczestniczymy w realizacji wielu wizyt studyjnych dla osób zajmujących się problematyką narkomanii w krajach Azji Centralnej, Ukrainy, Gruzji, Mołdawii. Goście z krajów nienależących do Unii Europejskiej są zapraszani na konferencje organizowane przez Krajowe Biuro. W 2016 roku przedstawiciele Białorusi, Gruzji, Japonii, Meksyku, Turcji, USA, Algierii i Tunezji uczestniczyli w konferencji zorganizowanej przez Krajowe Biuro we współpracy z Radą Europy Grupy Pompidou na temat prekursorów narkotykowych i nowych syntetycznych narkotyków. Realizowane są także długoterminowe projekty, np. z Ukrainą, który obejmował przeprowadzenie cyklu szkoleń w dziedzinie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków, czy z Gruzją – dotyczący profilaktyki. Staramy się, aby nawiązana współpraca miała zawsze ciąg dalszy. Warto też podkreślić, że Krajowe Biuro zaprasza do współpracy w realizacji tego typu projektów polskie organizacje pozarządowe lub indywidualnych ekspertów w danej dziedzinie. Współpraca dotyczy zarówno projektów z zakresu ograniczania popytu, jak i ograniczania podaży. Przykładem może być wizyta w Międzynarodowym Centrum Szkoleniowym do Zwalczania Nielegalnych Laboratoriów Narkotykowych w Centrum Szkolenia Policji w Legionowie. W ponad 20 pracowniach Centrum drobniawo odtworzono nielegalne laboratoria narkotyków syntetycznych, prekursorów oraz szklarniową uprawę marihuany. Wizyta spotkała się z ogromnym zainteresowaniem i uznaniem gości. Obecnie KBPN uczestniczy w dużym projekcie unijnym COPOLAD,

adresowanym do krajów Ameryki Łacińskiej. To bardzo ciekawy projekt, który daje możliwość wymiany doświadczeń i zapoznania się z tematyką substancji odurzających z innej perspektywy kulturowej. Warto podkreślić, że w pierwszych latach akcesji do UE Polska występowała w charakterze beneficjenta współpracy międzynarodowej. Obecnie jesteśmy przede wszystkim krajem, który wspiera innych, i to zarówno w UE (np. w zakresie wdrażania europejskich standardów profilaktyki uzależnień na Litwie i na Łotwie), jak i poza nią – wspomniane wcześniej projekty.

– Czy zgodzi się pan z tezą, że umiejscowienie zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w zapisach ustawy o zdrowiu publicznym i zapisach Narodowego Programu Zdrowia spowoduje, że rozwiązywanie problemów dotyczących uzależnień będzie się przesunąć z obszaru prawa karnego do obszaru zdrowia publicznego?

– Proces zmiany percepcji problemów związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych rozpoczął się już wiele lat temu. Znalazł on swój wyraz m.in. w tym, że podmiotem odpowiedzialnym za politykę antynarkotykową w Polsce jest minister zdrowia, a nie minister sprawiedliwości, jak to było wiele lat temu. Na czele Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii stoi także minister zdrowia. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspiera ministra w tych koordynacyjnych działaniach. W ostatnich latach znowelizowano także przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzając bardziej racjonalne rozwiązania w obszarze posiadania narkotyków w niewielkiej ilości na własny użytek, w przypadkach gdy nie ma interesu publicznego w ściganiu sprawy. Wprowadzono też przepisy nakładające na wymiar sprawiedliwości pozyskiwanie opinii od specjalistów terapii uzależnień na temat charakteru używania substancji nielegalnych przez oskarżonego, wtedy gdy przestępstwo ma związek z używaniem substancji. Te fakty wskazują na prymat perspektywy zdrowia publicznego nad perspektywą prawa karnego w oficjalnym nurcie polityki. Prowadzone systematycznie badania opinii publicznej także potwierdzają, że zdecydowana większość społeczeństwa ocenia, iż osoba używająca narkotyków bardziej zasługuje na wsparcie i pomoc niż represję karną. Ustawa o zdrowiu publicznym może też zachodzące od wielu lat zmiany wzmocnić i utrwalić.

W latach 2011–2016 w ramach Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych przeprowadzono 16 konkursów. Łącznie złożono blisko 1600 wniosków, spośród których 640 uzyskało akceptację ministra zdrowia, w tym część projektów dotyczyła 2- i 3-letniego okresu realizacji. W sumie zawarto 678 umów na łączną kwotę ponad 46 mln złotych.

POLITYKA W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE

Danuta Muszyńska

Kierownik Działu

Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Polityka w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym ma stosunkowo krótką historię w Polsce, bowiem jeszcze kilka lat temu problematyka ta praktycznie nie była obecna w przestrzeni publicznej. Jej pierwsze zarysy wiążą się z uchwaleniem ustawy o grach hazardowych w listopadzie 2009 roku¹, zastępującej Ustawę z dnia 29 lipca 1992 r. o grach i zakładach wzajemnych. Pomimo że z ustawą wiąże się pamiętny wątek tzw. afery hazardowej, i która do dziś jest przedmiotem dyskusji, to za niewątpliwy jej sukces należy uznać powołanie artykułem 88 Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (dalej: Fundusz/FRPH). Utworzenie Funduszu należy zawdzięczać dyskusji, która towarzyszyła wówczas tworzeniu ustawy, w której pojawił się także wątek zdrowia publicznego i potrzeby przeciwdziałania problemom zdrowotnym i społecznym wynikającym z hazardu. Fundusz, którego dysponentem ustanowiono ministra zdrowia, został utworzony jako fundusz celowy, a jego przychodem było 3% wpływów z dopłat w grach objętych monopolem państwa. Początkowo ustawa przeznaczała wydatki z Funduszu wyłącznie na realizację działań związanych z problematyką hazardu, jednak jej nowelizacja z 26 maja 2011² roku rozszerzyła zapis artykułu 88, który oprócz hazardu objął „inne uzależnienia niestanowiące uzależnień od substancji psychoaktywnych”, które w krótkim czasie, głównie w języku potocznym, zastą-

piono terminem uzależnienia behawioralne. Fundusz „hazardowy” powstał jako fundusz celowy, co w myśl ustawy o finansach publicznych oznacza, że jego przychody pochodzą ze środków publicznych, a wydatki mogą być przeznaczane wyłącznie na realizację zadań wskazanych w ustawie o grach hazardowych, tj.:

1. Prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
2. Opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
3. Udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem.
2. Prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem

Analiza projektów przyjętych do realizacji w ostatnich latach z Funduszu Hazardowego wskazuje, że programy pomocowe współfinansowane ze środków FRPH prowadzone były niemal w całym kraju. Najwięcej projektów było realizowanych w woj. śląskim, mazowieckim i małopolskim.

w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla osób uzależnionych i ich bliskich.

- Zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym³.

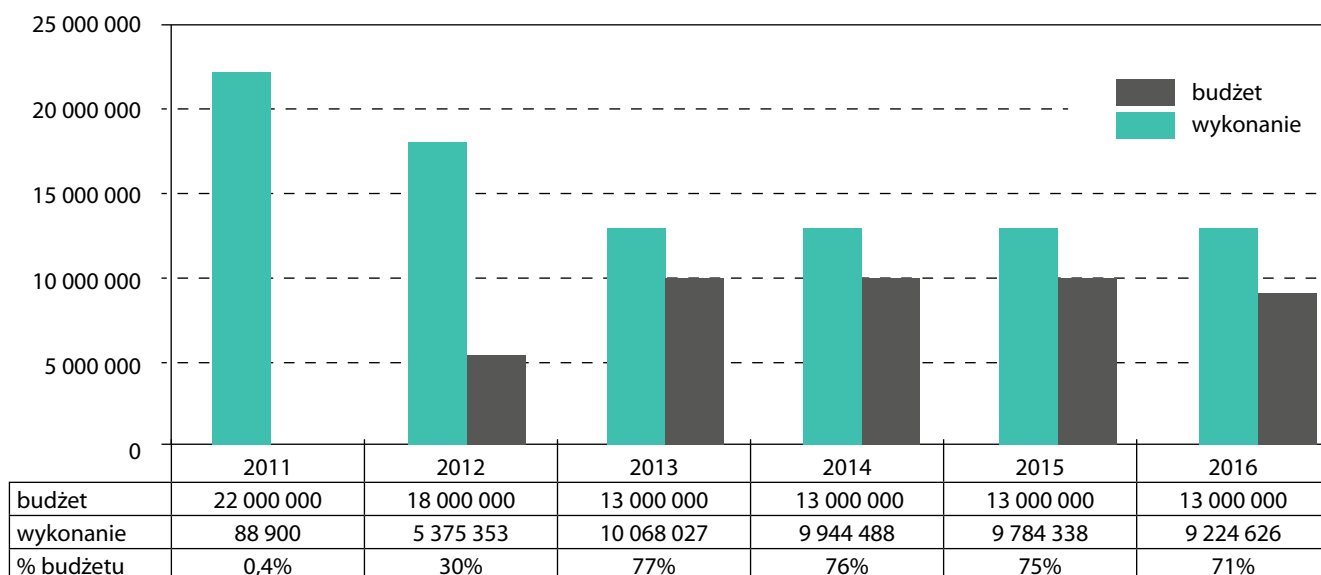
Działalność Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w latach 2011–2016

W celu realizacji zapisów ustawy o grach hazardowych Ministerstwo Zdrowia, przy współpracy ekspertów z Krajowego Biura, opracowało „Programy Ministra Zdrowia”. Wprowadzenie ich do procedury rozdziału środków z FRPH wynikało z wymogu określonego w § 2 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁴, które zobowiązywało ministra zdrowia do opracowania programów. Dokonano zatem merytorycznej transpozycji zadań wskazanych w art. 88 ust. 4 Ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych na pięć Programów Ministra Zdrowia⁵, które wprowadzały bardziej przejrzysty i spójny merytorycznie

podział na poszczególne obszary działania w zakresie: badań naukowych, szkoleń, profilaktyki, działań edukacyjno-informacyjnych, leczenia i rehabilitacji.

Minister Zdrowia, na podstawie § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia upoważnił imiennie dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do zarządzania w jego imieniu Funduszem, tj. do zawierania, zmiany i rozwiązywania umów, udzielania dotacji, monitorowania i weryfikacji ich realizacji oraz przekazywania środków i ich rozliczania. W konsekwencji tego w Krajowym Biurze został utworzony nowy, dodatkowy dział zajmujący się wyłącznie obsługą Funduszu. Z przyczyn formalno-prawnych uruchomienie działalności Funduszu nastąpiło dopiero w połowie lipca 2011 roku. Po otrzymaniu upoważnienia dla dyrektora Krajowego Biura w czerwcu 2011 roku, w dniu wejścia w życie nowelizacji ustawy o grach hazardowych 14 lipca 2011 roku został ogłoszony pierwszy nabór wniosków na realizację zadań. Ogłoszony nabór celowo obejmował zadania jedynie w ramach programu badawczego, ważne bowiem było, z punktu widzenia kierunków rozwoju Funduszu i planowania zadań w przyszłych konkursach, poznanie rozmiarów zjawiska uzależnień behawioralnych, zasobów instytucjonalnych i osobowych, jakie posiadamy w kraju, a także uzyskanie wiedzy na temat społecznego postrzegania zjawiska i świadomości na temat wynikających z niego zagrożeń.

Wykres. 1. Zestawienie wydatków na realizację zadań dofinansowanych ze środków Funduszu w poszczególnych latach.



Sposób zarządzania Funduszem oraz szczegółowe warunki uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań zostały ściśle określone we wspomnianym wcześniej rozporządzeniu ministra zdrowia, co oznaczało, że dofinansowanie następuje w drodze konkursu, na wniosek złożony przez wnioskodawcę w dwóch określonych terminach: do 30 listopada roku poprzedzającego rok realizacji zadania oraz do 31 marca roku, w którym dofinansowanie ma być udzielone oraz w terminie dodatkowym ogłoszonym w przypadku niewykorzystania środków finansowych zaplanowanych w danym roku budżetowym. Z początkiem 2015 roku zmieniono rozporządzeniem⁶ terminy składania wniosków na jeden termin, do 1 września roku poprzedzającego rok rozpoczęcia realizacji zadania, pozostawiając, jak poprzednio, termin dodatkowy. Taka procedura obowiązuje do chwili obecnej⁷. Przedkładane wnioski podlegają ocenie komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora Krajowego Biura i są one rozpatrywane w terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu ich składania. Ostatecznego wyboru dokonuje minister zdrowia, akceptując listę przyjętych wniosków, która następnie publikowana jest na stronie internetowej Biura. W ciągu pięciu ostatnich lat, tj. w latach 2011–2016, przeprowadzono łącznie 16 konkursów, wykorzystując wszystkie możliwe terminy stałe i dodatkowe, wynikające z rozporządzenia. W odpowiedzi na ogłaszane konkursy, łącznie złożono blisko 1600 wniosków, spośród których 640 uzyskało akceptację ministra zdrowia, w tym część projektów dotyczyła

2- i 3-letniego okresu realizacji. W sumie zawarto 678 umów na łączną kwotę ponad 46 mln złotych.

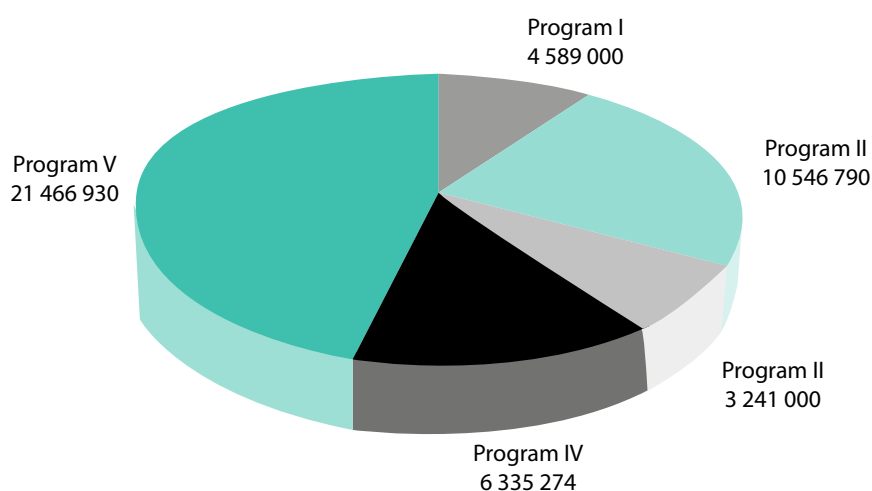
Zakres zrealizowanych zadań ze środków Funduszu⁸

Do 2017 roku podstawę ogłaszanych konkursów stanowiło pięć wspomnianych wyżej Programów Ministra Zdrowia⁹, które swym zakresem objęły w sposób kompleksowy obszar działań niezbędnych do zapobiegania uzależnieniom behawioralnym oraz służących poprawie funkcjonowania osób z problemem uzależnień od czynności oraz ich bliskich i rodzin. W ramach każdego z niżej prezentowanych Programów zrealizowano kilkadziesiąt różnorodnych zadań, adresowanych do różnych grup odbiorców, lecz każde z nich składa się na wspólny dorobek wiedzy i doświadczenia w zakresie tej problematyki.

Program I: Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych, a także rozwiązywania problemów z tym związanych

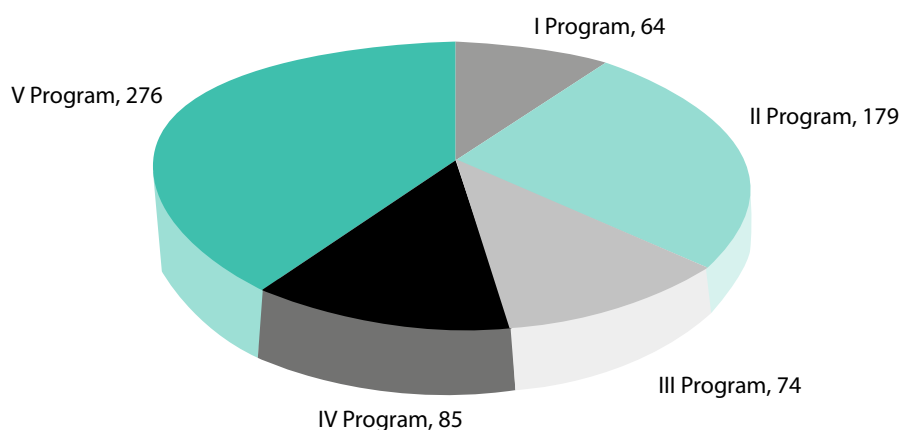
Zjawisko rozpowszechnienia hazardu patologicznego czy innych uzależnień behawioralnych w Polsce nie było dostatecznie rozpoznane, także wiedza na temat uwarunkowań tego zjawiska, skutecznych metod profilaktyki i leczenia była w dużym stopniu niewystarczająca, dlatego badania stanowiły jeden z priorytetowych zadań Funduszu. Jednym z pierwszych, a zarazem najważniejszych projektów, było zlecenie Fundacji CBOS przeprowadzenia badania dotyczącego oszacowania rozpowszechnienia oraz identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych w latach 2011–2012. W badaniu wzięto pod uwagę cztery rodzaje uzależnień: uzależnienie od hazardu, Internetu, zakupów i pracy. Zastosowano wzajemnie uzupełniające się badania jakościowe i ilościowe. W ujęciu ilościowym przeprowadzono badania ankietowe na

Wykres 2. Wydatki na realizację zadań ze środków FRPH (w zł) w latach 2011–2016 w podziale na Programy Ministra Zdrowia.



reprezentatywnej próbie losowej, liczącej ponad 4 tys. respondentów w wieku 15 lat i powyżej. Choć w społecznym odbiorze uzależnienia behawioralne, poza hazardem, są bagatelizowane, wyniki uzyskane z tego pierwszego badania¹⁰ wskazały, że liczba osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem od czynności w Polsce jest znaczna – w odniesieniu do hazardu liczby te wyniosły odpowiednio 50 tys. i 200 tys. osób, do Internetu – 100 tys. i 750 tys. osób, a w odniesieniu do zakupów symptomy uzależnienia wykazało ok. 1 mln osób. Jeżeli chodzi o uzależnienie od pracy, objawy wykazało około 10% Polaków w wieku produkcyjnym. Wyniki badań jakościowych wskazały jednocześnie, że jednym z ważniejszych czynników chroniących przed popadaniem w uzależnienie jest zapewnienie informacji o zagrożeniach, wdrożenie programów edukacyjnych oraz zapewnienie dostępu do pomocy osobom z problemem, co w pełni potwierdzało cele i zadania, jakie stawiał sobie Fundusz. Obok rozpoznania rozmiarów zjawiska istotną była także ocena zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w obszarze uzależnień behawioralnych w Polsce. Zebrane w czasie badania informacje posłużyły następnie do wydania informatora o miejscach pomocy i realizowanych programach w tym zakresie. W kolejnych latach realizowane projekty badawcze dotyczyły różnorodnych zagadnień dotyczących problematyki uzależnień behawioralnych, ale wszystkie przyczyniały się do pogłębiania wiedzy na temat tej problematyki.

Wykres 3. Liczba zawartych umów w podziale na Programy Ministra Zdrowia w latach 2011–2016 (ogółem).



Realizowane projekty obejmowały badania zarówno w zakresie psychospołecznych uwarunkowań, ich konsekwencji dla zdrowia publicznego, jak również adaptacji bądź konstruowania narzędzi diagnostycznych. Łącznie do realizacji przyjęto ponad 40 projektów na kwotę ponad 4,5 mln złotych.

Wszystkich czytelników zainteresowanych projektami badawczymi z zakresu problematyki uzależnień behawioralnych zachęcam do odwiedzenia strony KBPN, na której zamieszczone są raporty ze zrealizowanych badań (<http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880>) oraz do zapoznania się z publikacją „Hazard i inne uzależnienia behawioralne. Doniesienia z badań” pod redakcją prof. Iwony Niewiadomskiej. Publikacja zawiera przegląd polskich badań naukowych realizowanych ze środków FRPH od roku 2011, które dotyczą patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych.

Program II: Prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych

Aby skutecznie przeciwdziałać zagrożeniom związanym z patologicznym hazardem czy innymi uzależnieniami behawioralnymi niezbędne było podniesienie kwalifikacji osób realizujących działania profilaktyczne i terapeutyczne. Potrzeby w tym zakresie były duże, bowiem do czasu uruchomienia Funduszu nie funkcjonował żaden system szkoleń adresowanych

do realizatorów działań z obszaru profilaktyki, terapeutów uzależnień, lekarzy, studentów medycyny czy innych kierunków mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Z badań nad uzależnieniami natomiast wiadomo, że wiedza i kompetencje istotnie wpływają na skuteczność prowadzonych oddziaływań, dlatego od początku funkcjonowania Funduszu dużą wagę przykładano do realizacji zadań z tego obszaru. Z całej puli środków FRPH na realizację szkoleń wydatkowano

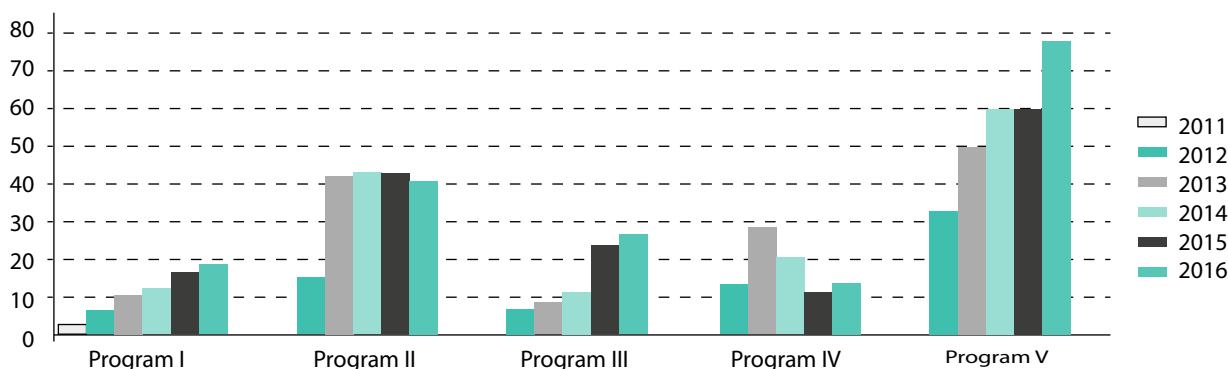
ponad 10,5 mln złotych i jest to druga co do wielkości liczba zrealizowanych zadań z danego obszaru. Oferta szkoleniowa była adresowana do różnych grup zawodowych za pośrednictwem bardzo zróżnicowanych form przekazu. Wśród podjętych działań na uwagę zasługują szkolenia na temat skutecznych metod profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, międzynarodowe konferencje i seminaria naukowe, a także wydane publikacje dotyczące tej problematyki, bezpłatnie dystrybuowane wśród specjalistów zaangażowanych w działalność profilaktyczną i terapeutyczną. Spośród tych pozycji wydawniczych na szczególną uwagę zasługują podręczniki dotyczące zastosowania skutecznych metod w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie, jak dialog motywujący czy program terapii poznawczo-behawioralnej, choć pozostałe stanowią nie mniej ciekawą lekturę, obejmującą różnorodne aspekty problematyki uzależnień behawioralnych. Nie sposób w tym miejscu omówić wszystkie pozycje wydawnicze, które zostały wydane ze środków FRPH, więc zachęcam zainteresowanych do zapoznania się z nimi na stronie KBPN w zakładce „hazard-publicacje”. Większość tych pozycji jest do pobrania bezpłatnie online. Z myślą o profilaktyce hazardu została przygotowana także oferta szkoleniowa dla operatorów gier losowych, ukierunkowana na promowanie odpowiedzialnego i kontrolowanego grania oraz na umiejętność rozpo-

znawania symptomów nadmiernego grania, które może prowadzić do uzależnienia.

Program III: Prowadzenie działań z zakresu profilaktyki uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych

Celem programu jest przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym poprzez realizację działań służących podniesieniu poziomu wiedzy społeczeństwa i zwiększeniu świadomości ryzyka związanego z możliwością uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych, kształtowanie postaw prozdrowotnych, wzmacnianie czynników chroniących i ograniczanie czynników ryzyka. Adresatami działań prowadzonych w ramach niniejszego programu są przede wszystkim dzieci i młodzież, ich rodzice i wychowawcy, osoby zagrożone uzależnieniami behawioralnymi oraz ich rodziny i bliscy. Istniejące dotychczas rekomendowane programy profilaktyczne w Polsce nie obejmowały problematyki uzależnień od czynności, dlatego przedmiotem zadań w ramach tego programu było również opracowanie programów w odniesieniu zarówno do profilaktyki uniwersalnej, jak i selektywnej, opartych na dowodach, gotowych do wdrożenia w skali kraju. Do chwili obecnej nie udało się jeszcze opracować takiego programu i szerzej upowszechnić, ale są obiecujące próby. Większość realizowanych zadań w tym obsza-

Wykres 4. Liczba zawartych umów w podziale na Programy Ministra Zdrowia w latach 2011–2016.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Razem
Program I	2	6	10	12	16	18	64
Program II		14	41	42	42	40	179
Program III		6	8	11	23	26	74
Program IV		13	28	20	11	13	85
Program V		32	49	59	59	77	276
Razem	2	71	136	144	151	174	678

Liczba umów jest większa niż liczba zrealizowanych projektów, ponieważ część projektów realizowana była w okresie dwuletnim, a umowy zawierane są w roku budżetowym.

rze to programy z zakresu profilaktyki uniwersalnej, mające na celu zapobieganie e-uzależnieniom. Warto nadmienić, że coraz więcej realizowanych programów profilaktycznych adresowanych jest do dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców. Odrębnym rodzajem oddziaływań profilaktycznych realizowanych w ramach tego programu były projekty dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki w miejscu pracy, których odbiorcami byli przedstawiciele kadry pedagogicznej, policjanci oraz zawodnicy drużyn Ekstraklasy oraz Ligi Piłki Nożnej.

Program IV: Prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej dotyczącej problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych

W porównaniu do innych problemów społecznych, dotyczących choćby problematyki uzależnień od środków psychoaktywnych, hazardowi i problemom uzależnień behawioralnych poświęca się niewiele uwagi w przestrzeni publicznej. Stan wiedzy społecznej w zakresie uwarunkowań, skutecznych metod zapobiegania zjawisku uzależnień behawioralnych oraz możliwości leczenia jest bardzo ograniczony. Prowadzenie zatem działań informacyjno-edukacyjnych związanych z tą problematyką jest koniecznym elementem polityki zdrowia publicznego i elementarnym działaniem profilaktycznym. Strategia działań informacyjnych w tym zakresie powinna uwzględniać różne grupy odbiorców, zarówno dorosłych, jak i młodzież, przy wykorzystaniu dostępnych form i metod. Z różnorodnych form komunikacji duże znaczenie mają przekazy medialne oraz kampanie ogólnopolskie, ponieważ umożliwiają one szeroki zasięg i zapewniają skuteczne dotarcie z informacją. Dobra współpraca z mediami oraz realizacja kampanii społecznych poświęconych propagowaniu wiedzy na temat zagrożeń związanych z uprawianiem hazardu mogą pełnić ważną rolę edukacyjną i stać się istotnym uzupełnieniem innych działań profilaktycznych. Zgodnie z takimi założeniami, w 2012 roku uruchomiono telefon zaufania, świadczący pomoc w zakresie problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi pod numerem 801 889 880 oraz uruchomiono portal internetowy www.uzaleznieniabehawioralne.pl. Portal poświęcony jest zagadnieniom związanym z różnego rodzaju uzależnieniami behawioralnymi i oprócz bogatej wiedzy w tym zakresie zawiera także bazę placówek pomocowych. W ramach portalu funkcjonuje jednocześnie poradnia online z dostępem do terapeuty, psychologa i prawnika.

W ramach upowszechniania wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych w populacji ogólnej wydano szereg materiałów informacyjno-edukacyjnych i publikacji popularnonaukowych, opracowano i wydano informator na temat placówek pomocowych, wyprodukowano filmy i materiały edukacyjne. Popularyzowanie tej problematyki oraz wiedzy na ten temat odbywało się również za pośrednictwem mediów, w tym z wykorzystaniem audycji radiowych na antenie Polskiego Radia RDC oraz radia TOK FM, poprzez organizowanie konkursów dla dziennikarzy, których misją było popularyzowanie rzetelnej wiedzy na temat uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych w dostępnych mediach. Warto też wspomnieć o regionalnych konferencjach, których celem było uwrażliwienie osób odpowiedzialnych za lokalną politykę społeczną na zagrożenia związane z hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz zachęcenie do podjęcia dyskusji w celu zdefiniowania potrzeb i kierunków działań w zakresie zapobiegania zjawisku w regionie.

Największym przedsięwzięciem o charakterze informacyjno-edukacyjnym było przeprowadzenie dwóch kampanii społecznych. Pierwsza, w latach 2012–2013, realizowana była pod hasłem „Hazard. Nie igrzaj” i miała na celu zwrócenie społecznej uwagi na problem uprawiania hazardu wśród młodzieży oraz uświadomienie młodym osobom, jakie ryzyko podejmują, angażując się w gry na pieniądze. Głównym kanałem komunikacji kampanii był Internet. Zadaniem kolejnej kampanii, prowadzonej w latach 2014–2015 pod hasłem „Wyloguj się do życia”, było pokazanie ryzyka, jakie niesie ze sobą nadmierne i niekontrolowane korzystanie z sieci, przy jednoczesnym zachęceniu młodzieży do szukania alternatyw poza światem wirtualnym oraz łączenia jednego z drugim w konstruktywny i mądry sposób. Ambasadorami tej kampanii zostali znani muzycy i sportowcy, m.in. Ten Typ Mes, Stasiak, Pjus, Rober Lewandowski i Wojciech Szczęsny, którzy jednocześnie wystąpili w reklamach społecznych promujących kampanię.

Program V: Wspieranie działań służących rozwiązywaniu problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych

Leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych jest procesem długotrwałym i obciążonym dużym ryzykiem niepowodzenia. Znaczny odsetek osób podejmuje wielokrotne próby zmiany patologicznych wzorców zachowań, a na-

wroty stanowią integralną część zdrowienia – tak jest również w przypadku uzależnienia od hazardu czy innych uzależnień od czynności. Podobnie jak przy innych uzależnieniach, negatywne konsekwencje nałogu dotyczą nie tylko osoby uzależnione, ale w ogromnej mierze rodziny i najbliższe środowisko społeczne. Celem zadań realizowanych w ramach tego programu jest wspieranie procesu leczenia, polegającego na ograniczaniu szkód indywidualnych i społecznych wynikających z uzależnień behawioralnych poprzez zapewnienie dostępu do zróżnicowanej oferty pomocy. Realizacja działań pomocowych odbywa się głównie poprzez udzielanie wsparcia psychologicznego, realizację indywidualnego poradnictwa dla uzależnionych, interwencji kryzysowych, grup wsparcia czy też warsztatów umiejętności. W ramach oferty terapeutycznej można otrzymać również pomoc w zakresie optymalnego spłacania długów oraz doradztwa prawnego. W kompleksowych programach opieki i terapii świadczona jest również pomoc dla osób bliskich i rodzin osób uzależnionych.

W opinii terapeutów pierwsze osoby mające objawy uzależnienia od automatów oraz innych gier hazardowych zaczęły docierać do poradni leczenia uzależnień w latach 2004–2005 roku¹¹. Dzięki dofinansowaniu ze środków Funduszu duża liczba istniejących placówek leczenia uzależnień zaczęła rozszerzać swoją ofertę o oddziaływanie skierowane do osób z problemem uzależnień behawioralnych, w szczególności patologicznych hazardzistów. Większość oddziaływań prowadzona jest w poradniach ambulatoryjnych, a jedynie ok. sześć programów w warunkach stacjonarnych. Wśród beneficjentów tego programu ok. 30% stanowiły osoby, u których występowały problemy związane z hazardem, w podobnej części osoby z problemem innych uzależnień behawioralnych, wśród których najczęściej wymienia się problemy z nadużywaniem komputera i Internetu bądź seksoholizmu; pozostała część to członkowie rodzin i bliscy.

Analiza projektów przyjętych do realizacji w ostatnich latach wskazuje, że programy pomocowe współfinansowane ze środków FRPH prowadzone były na terenie całego kraju, z wyjątkiem woj. podlaskiego. Najwięcej projektów realizowanych jest w woj. śląskim, mazowieckim oraz małopolskim. Na realizację zadań z tego obszaru przeznaczana była corocznie największa pula środków Funduszu, sięgająca niemal połowy wartości wszystkich finansowanych zadań.

Wydatki na realizację zadań

Budżet Funduszu został określony w ustawie w wysokości 3%¹² wpływów z dopłat w grach objętych monopolem państwa, co oznacza w rzeczywistości kwotę ponad 20 mln zł rocznie. Warto nadmienić, że Fundusz rozpoczął swoją działalność bez rozpoznania rzeczywistych rozmiarów zjawiska, jak również bez rozpoznania potrzeb w tym zakresie. W momencie rozruchu i budowania od początku struktur w tym obszarze, określona w ustawie wysokość procentowa Funduszu okazała się zbyt duża, aby można ją było w sposób merytorycznie uzasadniony skonsumentować. W pierwszym roku funkcjonowania Funduszu budżet wynosił ponad 22 mln zł, lecz z powodu bardzo krótkiego, jedynie dwumiesięcznego terminu na realizację zadań, wydatkowano zaledwie 0,4% całości budżetu. W kolejnym roku plan finansowy został zmniejszony do 18 mln zł, z czego wydatkowano kwotę blisko 30%. Na podstawie doświadczenia pełnego roku funkcjonowania Funduszu w 2012 roku, plan finansowy na kolejne lata ustalono na poziomie 13 mln zł. Do końca 2016 roku na zadania w ramach wszystkich Programów Ministra Zdrowia została wydatkowana kwota ponad 46 mln zł. Szczegółowa analiza wydatków w podziale na poszczególne programy wskazuje, że największe zainteresowanie wnioskodawców dotyczy rozszerzania oferty placówek leczniczych i realizacji programów pomocowych dla osób uzależnionych od czynności. Ten fakt wiąże się jednocześnie z potrzebą uzupełniania kwalifikacji zawodowych i podnoszenia kompetencji w zakresie metod o potwierdzonej skuteczności w pracy z osobami uzależnionymi od czynności, dlatego też wydatki na program szkoleniowy stanowią również znaczną kwotę, ponad 10 mln zł, co oznacza blisko jedną czwartą wszystkich wydatkowanych środków.

Od początku utworzenia Funduszu dyskutowana była wysokość kwoty przeznaczonej na realizację zadań z obszaru słabo zdiagnozowanego i generalnie nie traktowanego jako istotny problem społeczny. O ile wiedza na temat środków psychoaktywnych od dawna jest stosunkowo dobrze ugruntowana, to wiedza na temat innych uzależnień behawioralnych, poza hazardem, była raczej intuicyjna. Wielokrotnie w czasie funkcjonowania Funduszu były próby obniżenia procentowej wysokości środków i zagospodarowania ich na inne cele, na przykład na zwiększenie wysokości innych funduszy usytuowanych w ustawie o grach hazardowych, jednak

do końca 2016 roku utrzymano pierwotne postanowienia ustawy i wysokość 3% środków finansowych. Niemniej jednak środki przeznaczone na realizację zadań z FRPH nie były wydatkowane w pełni i jako środki z funduszu celowego gromadziły się bez możliwości wydatkowania ich na inne działania. Uchwalana w czasie owych dyskusji ustawa o zdrowiu publicznym¹³ dokonała zmian w obowiązujących przepisach wielu ustaw, m.in. w ustawie o grach hazardowych, dodając pkt 5 w ust. 4 art. 88 w brzmieniu: „zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym”. Oznacza to jednocześnie, że środki pozostały nadal w dyspozycji ministra zdrowia i mogą być wydatkowane na różnorodne zadania z zakresu Narodowego Programu Zdrowia. Warto wspomnieć, że z początkiem 2017 roku zostało już ogłoszonych wiele konkursów, których źródłem finansowania jest właśnie Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Ocena działania Funduszu

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych co-rocennie poddawany jest kontroli Najwyższej Izby Kontroli pod kątem prawidłowości jego funkcjonowania, realizacji zadań oraz wykonywania planu finansowego. Jak dotychczas wyniki raportów pokontrolnych NIK wskazują na pozytywną ocenę realizacji przez dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii powierzonych przez ministra zdrowia zadań w zakresie gospodarowania środkami Funduszu. Krajowe Biuro, pomimo niedostatecznej liczby osób w stosunku do liczby zadań i wysokości budżetu Funduszu, dokłada wszelkich starań, by rzetelnie wywiązywać się z podjętego w 2011 roku dodatkowego zadania, jakim jest obsługa FRPH. Przy ocenie dotychczasowego funkcjonowania Funduszu należy podkreślić, że relatywnie wysoki budżet FRPH w całości zostaje przeznaczony na realizację zadań wskazanych w ustawie o grach hazardowych, a wszelkie koszty administracyjno-biurowe związane z obsługą Funduszu Krajowe Biuro pokrywa ze środków przyznanych na przeciwdziałanie narkomanii, co powoduje zmniejszenie środków na działalność statutową Biura w tym zakresie. Warto też wspomnieć, że formuła prawna Funduszu zawiera w sobie pewne ograniczenia dotyczące prowadzenia sprawnej polityki w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. Możliwości zarządzania Funduszem sprowadzają się bowiem w gruncie rzeczy do ogłaszania konkursów, w określonych rozporządzeniem terminach, i oczekiwania na złożenie ofert na realizację zadań

konkursowych przez określone podmioty. Z perspektywy doświadczeń kilku lat funkcjonowania Funduszu łatwo zauważyć istotne zagrożenia mające wpływ na planowaną politykę, ponieważ w odpowiedzi na przedstawione zadania konkursowe zdarza się, że nie wpływają żadne oferty bądź nie spełniają one wymogów konkursowych, co oznacza, że dane zadanie nie zostaje zrealizowane w spodziewanym terminie. Dla przykładu można podać, że w kolejnych ostatnio ogłaszanych konkursach nie udaje się wyłonić realizatora kampanii na temat zagrożeń wynikających z uzależnień behawioralnych ani wydawcy informatora na temat placówek świadczących pomoc osobom z problemem uzależnień behawioralnych, a w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ogłoszonego 5 sierpnia 2016 roku nie udało się także wyłonić żadnego realizatora z czterech ogłoszonych zadań mających na celu upowszechnianie wiedzy z zakresu uzależnień behawioralnych wśród pracowników oświaty, opracowanie ogólnopolskiego programu edukacyjnego w zakresie e-uzależnień czy wydania materiałów edukacyjnych dla nauczycieli i pedagogów.

Dysponując Funduszem, Krajowe Biuro ma bardzo ograniczone możliwości podejmowania własnych inicjatyw zmierzających do zwiększenia efektywności planowanych działań czy też w celu zwiększenia wydatkowania posiadanych środków finansowych w inny sposób niż określono to w ww. dokumentach. W obliczu braku środków na inicjowanie własnych działań o wiele trudniej budować skuteczną strategię przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym. Na koniec warto również podkreślić, że korzystanie ze środków Funduszu zależy wyłącznie od aktywności podmiotów ubiegających się o dofinansowanie realizacji zadań. Fundusz jest promowany w ramach realizowanych zadań, podczas wszelkich konferencji i szkoleń, poprzez wydawane materiały informacyjne, jednak pomimo tego, z perspektywy czasu jego funkcjonowania można ocenić, że są regiony w Polsce bardziej aktywne, realizujące różnorodne projekty na swoim terenie, ale są również białe plamy na mapie kraju i regiony, które nie ubiegają się o środki z Funduszu.

Perspektywy rozwoju Funduszu

Uzależnienia behawioralne powoli znajdują sobie miejsce w polityce społecznej państwa. Choć istnieją od lat, praktycznie nie mają definicji medycznej ani prawnej. Jeszcze do niedawna termin ten nie występował w żadnych

z obowiązujących dokumentów prawnych. Do pojęcia uzależnień behawioralnych nie odnosi się wprost ani ustawa o grach hazardowych, określając je uzależnieniami niestanowiącymi uzależnień od substancji psychoaktywnych, ani też rozporządzenie dotyczące funkcjonowania Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Pierwszą próbę zdefiniowania tego terminu podejmuje Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020¹⁴ i który obok Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz Krajowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stawia **Krajowy Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym**. Umieszczając tę problematykę w jednym celu operacyjnym 2: *profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi*, podkreślono jej rangę i wskazano na konieczność podejmowania działań służących rozwiązywaniu problemów z tego zakresu. Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym jednocześnie zastąpił dotychczas obowiązujące Programy Ministra Zdrowia i stanowi podstawę ogłaszanych konkursów.

Choć w Polsce o uzależnieniach behawioralnych mówi się od niedawna, na świecie mają one już wieloletnią tradycję badawczą, bowiem problemy wynikające z tych uzależnień dotyczą większość krajów na świecie. Wyniki badania CBOS wskazują, że wskaźnik dotyczący rozpowszechnienia uzależnienia od hazardu jest zbliżony do wyników badań w USA, Australii, Kanady, Chin czy niektórych krajów europejskich¹⁵. Uzależnienia, zdaniem wybitnych autorytetów, są znakiem czasów, a problemy związane z hazardem oraz innymi uzależnieniami od czynności mogą narastać wraz z rozwojem nowych technologii i zmianą stylu życia współczesnego społeczeństwa, dlatego warto intensyfikować działania sprzyjające zapobieganiu i przeciwdziałaniu tym problemom. Utworzenie w Polsce Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych stanowi istotną inicjatywę sprzyjającą zapobieganiu zjawisku i rozwojowi niekorzystnych trendów, bowiem działania podejmowane przez Fundusz wychodzą naprzeciw nowym problemom, jakimi stały się uzależnienia behawioralne.

Spoglądając na dane przedstawione na wykresie 4., łatwo zauważyć, że prawie we wszystkich obszarach działań z roku na rok zwiększała się liczba realizowanych zadań ze środków Funduszu (jedynie w zakresie programów szkoleniowych ustabilizował się pewien poziom potrzeb).

Można więc przypuszczać, że podobne trendy utrzymają się w kolejnych latach, co przełoży się na ograniczenie liczby osób uzależnionych oraz na zmniejszenie problemów wynikających z uzależnień behawioralnych. W najbliższym czasie planuje się przeprowadzenie kolejnego badania dotyczącego oszacowania rozpowszechnienia hazardu i innych uzależnień behawioralnych, będzie więc można porównać wyniki i z tej perspektywy ocenić dotychczasową politykę w tym zakresie. Mówiąc o rozwoju i planach na przyszłość, należy przy tym mieć nadzieję, że zmniejszona wysokość Funduszu z 3% do 1%, przy jednoczesnym zwiększeniu możliwości wydatkowania środków na zadania z obszaru zdrowia publicznego, nie będzie miała negatywnego wpływu na rozwój prowadzonej polityki, jak również, że przepisy ustawy wprowadzającej możliwość organizowania gier hazardowych przez Internet¹⁶ nie będą miały wpływu na większą liczbę osób uzależnionych.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. Nr 201, poz. 1540).
- ² Ustawa z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw (rozszerzająca m.in. zakres wydatkowania środków FRPH oprócz hazardu na inne uzależnienia niestanowiące uzależnień od substancji psychoaktywnych).
- ³ Pkt 5 został wprowadzony na mocy Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.
- ⁴ Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27.
- ⁵ Początkowo programy zostały opracowane na lata 2011–2014, a następnie na lata 2015–2018.
- ⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.
- ⁷ Obecnie obowiązującym jest rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r.
- ⁸ Niniejsze opracowanie obejmuje okres realizacji Funduszu w latach 2011–2016.
- ⁹ Programy Ministra Zdrowia zastąpiły Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym określony w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020.
- ¹⁰ J. Moskalewicz, B. Badora, M. Gwiazda, M. Hermann, J. Kalka, „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących: hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych”, Warszawa 2012.
- ¹¹ Uzależnienie od hazardu w oczach terapeutów uzależnień, CBOS, 2010.
- ¹² Ustawa z dnia 15 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw zmniejszyła procentową wysokość FRPH do wysokości 1%.
- ¹³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015, poz. 1916).
- ¹⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
- ¹⁵ J. Kalka, „Badanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz ich związków z używaniem substancji psychoaktywnych” (w:) „Hazard i inne uzależnienia behawioralne. Doniesienia z badań” pod red. I. Niewiadomskiej, Warszawa 2015.
- ¹⁶ Ustawa weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2017 roku.

System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego powstał w odpowiedzi na konieczność podnoszenia jakości edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Ostatnio do bazy programów rekomendowanych wpisano trzy programy z zakresu profilaktyki uniwersalnej: Spójrz Inaczej I–III oraz Spójrz Inaczej IV–VI, Trzy Koła i Debatę, a także program profilaktyki selektywnej pn. Program Nauki Zachowania.

NOWE PROGRAMY W SYSTEMIE REKOMENDACJI

Agnieszka Pisarska

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

Programy zgłaszane do Systemu są analizowane przez Zespół ds. Rekomendacji pod względem szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego przygotowywania i realizacji, czyli diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i ewaluacji. W 2016 roku do bazy programów rekomendowanych zostały wpisane kolejne programy, w tym propozycje z zakresu profilaktyki uniwersalnej Spójrz Inaczej I–III oraz Spójrz Inaczej IV–VI, Trzy Koła i Debata oraz program profilaktyki selektywnej pn. Program Nauki Zachowania.

Spójrz Inaczej I–III

Spójrz Inaczej to program o wieloletniej tradycji, realizowany jest bowiem w Polsce od początku lat 90. ubiegłego wieku. Spójrz Inaczej dla klas I–III to program promocji zdrowia psychicznego, a zarazem program profilaktyczny nastawiony na przeciwdziałanie zachowaniom destrukcyjnym oraz nieprawidłowej adaptacji społecznej dzieci rozpoczynających naukę szkolną, czyli uczniów w wieku 7–10 lat. Program opiera się na trzech filarach. Pierwszy filar odnosi się do rozwoju psychospołecznego i umiejętności odbiorców programu. Autorzy wyszli z założenia, że źródłem problemów zdrowia psychicznego w przyszłości (w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych) są różnego rodzaju deficyty i trudności doświadczane przez dzieci. Z tego względu działania programu są ukierunkowane na wspieranie rozwoju psychospołecznego uczniów oraz rozwijanie i doskonalenie umiejętności pomocnych

w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami, a także w radzeniu sobie z trudnościami. Program jest realizowany przez nauczycieli podczas zajęć w szkole. Drugim filarem, na którym oparto program, jest więc psychoedukacja nauczycieli, doskonalenie ich umiejętności wychowawczych oraz uwrażliwianie na potrzeby dzieci. Trzeci filar programu odnosi się do wiedzy z psychologii rozwojowej, która wskazuje, że pierwsze lata nauki w szkole to okres niezmiernie istotny dla rozwoju podstaw samooceny, poczucia własnej skuteczności w działaniu oraz umiejętności współdziałania z innymi. Zaniedbania w tej dziedzinie poczynione na tym etapie rozwoju dzieci mogą mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne młodzieży w przyszłości, prowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym uzależnień.

Cel główny programu to zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz wspieranie prawidłowego rozwoju i kompetencji uczniów. Pierwszy cel szczegółowy odnosi się więc do rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów, takich jak umiejętność rozpoznawania i nazywania uczuć, radzenia sobie z negatywnymi emocjami, kształtowania pozytywnej samooceny i pozytywnego obrazu siebie. Drugi cel szczegółowy, tj. zapobieganie destrukcyjnym zachowaniom w klasie/grupie rówieśniczej i odrzuceniu rówieśniczemu, jest realizowany poprzez tworzenie warunków, które sprzyjają rozwojowi empatii i zdolności przyjęcia perspektywy drugiej osoby. Empatia i zdolność wyobrażenia siebie w sytuacji innego człowieka służą z kolei rozwojowi umiejętności współpracy i wspólnej zabawy, rozwiązywania problemów/konfliktów oraz podejmowania samodzielnych decyzji. Trzecim celem szczegółowym

jest kształtowanie umiejętności prowadzenia zdrowego stylu życia. Osiągnięciu tego celu służy przekazywanie wiedzy o własnym ciele, zachowaniach prozdrowotnych, zasadach bezpieczeństwa oraz niektórych zagrożeniach dla zdrowia, w tym związanych z używaniem szkodliwych substancji chemicznych.

Treści programu przekazywane są w czasie kilkudziesięciu godzin zajęć realizowanych w klasach. Zajęcia te prowadzone są metodami aktywnymi, tak by dzieci miały możliwość twórczego doświadczenia i przeżycia problematyki danej lekcji, a następnie podsumowania zdobytych doświadczeń. Dobór konkretnych technik pracy zależy od zainteresowania dzieci danym tematem, ich aktywności na zajęciach oraz stopnia rozwoju umiejętności poznawczych. Podczas zajęć poświęconych emocjom wykorzystywane są takie sposoby wyrażania uczuć jak: zabawa, malowanie i rysowanie, śpiewanie piosenek, scenki teatralne, przedstawienia kukiełkowe. Istotne znaczenie w pracy w klasie ma modelowanie u dzieci pożądaných zachowań przez nauczyciela oraz innych uczniów. Nauka przez modelowanie pozwala dzieciom poszerzyć zakres własnych doświadczeń i bardziej sprzyja rozwojowi umiejętności niż upominanie czy udzielanie wskazówek przez nauczyciela.

Spójrz Inaczej IV–VI

W działaniach wychowawczo-profilaktycznych, tak jak w innych formach edukacji, istotna jest ciągłość i systematyczność. Kontynuacją programu dla uczniów w wieku wczesnoszkolnym jest Spójrz Inaczej IV–VI. Cele i założenia tego programu są zbliżone do celów i założeń programu dla klas I–III. Propozycje zajęć adresowanych dla klas IV–VI zmierzają więc do dalszego rozwoju rozumienia przez dzieci siebie i innych, rozpoznawania i zaspokajania własnych potrzeb, a także rozpoznawania własnych emocji i wyrażania ich w sposób konstruktywny. Więcej miejsca, niż w przypadku programu dla najmłodszych uczniów, poświęcono też poczuciu własnej wartości. Omawiane są również takie tematy, jak: zmiany w życiu nastolatka, radzenie sobie z nową sytuacją w związku z rozpoczęciem nauki w IV klasie oraz planowanie przyszłości w klasie VI. Elementy programu dotyczące uczestnictwa w grupie poświęcono zagadnieniom dotyczącym relacji w grupie, w tym rozwiązywaniu problemów i konfliktów w klasie, a także umiejętności odpiera-

nia presji rówieśników, którzy próbują nakłaniać do podejmowania niebezpiecznych zachowań. Istotnym wątkiem jest także umiejętność podejmowania decyzji. Wiek uczestników Spójrz Inaczej IV–VI to czas, w którym młodzi ludzie podejmują pierwsze próby sięgania po substancje psychoaktywne. W związku z tym w programie proponowane są zajęcia dotyczące alkoholu, nikotyny i narkotyków.

Nauczyciele przygotowani są do realizacji programu podczas kilkudziesięciogodzinnych warsztatów. Wyposażeni są też w podręczniki Spójrz Inaczej I–III oraz Spójrz Inaczej IV–VI, które zawierają scenariusze zajęć oraz proponowane techniki i metody pracy. Nauczyciel, prowadząc zajęcia, może w pewnym stopniu modyfikować zaproponowane sposoby realizacji programu, wybierając takie, które najlepiej odpowiadają możliwościom i potrzebom uczestników.

Trzy Koła

Kolejnym programem wychowawczo-profilaktycznym o wieloletniej tradycji są Trzy Koła – propozycja adresowana do nauczycieli i pedagogów pracujących w szkołach podstawowych oraz gimnazjach. Program powstał jako odpowiedź na obserwowany w latach 90. XX wieku wzrost rozpowszechnienia problemów stanowiących zagrożenie dla zdrowia i prawidłowego funkcjonowania nastolatków, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, agresja czy przestępczość. Ogólnym celem programu jest wzmocnienie motywacji nauczycieli – szczególnie wychowawców klas, do prowadzenia systematycznych działań wychowawczo-profilaktycznych, a także na rozwijanie ich umiejętności i kompetencji w tej dziedzinie. Autorzy wyszli bowiem z założenia, iż wychowawcy dysponują całościową wiedzą na temat funkcjonowania swoich podopiecznych. W związku z tym są w bardziej niż realizatorzy wąskich, wyspecjalizowanych programów profilaktycznych, predestynowani do czuwania nad harmonijnym rozwojem i ochroną zdrowia psychicznego uczniów. W programie oferowane są wychowawcom konkretne scenariusze zajęć. Konstrukcja programu zachęca natomiast do refleksji, modyfikowania, tworzenia oraz poszukiwania nowych rozwiązań. Program ma bowiem stanowić pomoc dla nauczycieli i wychowawców w budowaniu indywidualnych programów wychowawczych dla klas, które są realizowane na lek-

acjach, ale także na wycieczkach, imprezach szkolnych, podczas spotkań z rodzicami.

Treści programu koncentrują się wokół trzech zagadnień o kluczowym znaczeniu dla profilaktyki i wychowania, stąd nazwa programu.

Krąg pierwszy: Klimat i więzi

Fundamentem programu Trzy Koła jest pozytywny klimat społeczny szkoły i klasy. Z tego względu pierwszym celem szczegółowym programu jest rozwijanie więzi społecznych pomiędzy nauczycielami i uczniami oraz szkołą i rodzicami, a także rozwijanie pozytywnych relacji społecznych między uczniami.

Podstawą działań na rzecz dobrego klimatu i wzmacniania więzi społecznych są osobiste i przyjazne kontakty pomiędzy nauczycielem i uczniami. Nauczyciele są więc zachęceni do indywidualnego traktowania każdego z uczniów, stosowania pochwał, stwarzania okazji do tego, by każde dziecko mogło zaprezentować swoje mocne strony. Istotne znaczenie dla klimatu ma integracja klasy oraz przyjazne relacje pomiędzy uczniami. Z tego względu uczniom proponowane są zajęcia oparte na współpracy, rozmowie, wzajemnej pomocy oraz wspólnym przeżywaniu pozytywnych zdarzeń. Wprowadzane są też zasady sprzyjające pracy zespołowej.

Krąg drugi: Sprawy i problemy przeżywane przez dzieci i młodzież

Drugim celem szczegółowym jest kształtowanie u dzieci i młodzieży postaw i zachowań prospołecznych. Zdaniem autorów Trzech Kół podejmowanie działań zmierzających do tego celu wymaga od nauczyciela umiejętności patrzenia na świat także z perspektywy uczniów. Z tego względu istotne jest, by nauczyciel wiedział, jakie sprawy i problemy są ważne dla jego uczniów. Pozwala to wspierać wychowanków w poszukiwaniu rozwiązań oraz uczeniu i doskonaleniu konstruktywnych zachowań. Zajęcia oferowane uczniom w ramach tego kręgu dotyczą rozmów o przeżywanych uczuciach, o radościach i przykrościach, o samopoczuciu, które umożliwia docieranie do spraw nurtujących uczniów. Jest to punkt wyjścia do rozwijania różnych umiejętności społecznych, np. porozumiewania się, rozwiązywania konfliktów, współpracy oraz pomagania innym osobom.

Krąg trzeci: Zdrowie i zagrożenia

Trzecim celem jest wzmacnianie postaw i zachowań prozdrowotnych oraz przeciwdziałanie zachowaniom ryzykownym, takim jak: picie alkoholu, palenie papierosów, stosowanie przemocy, narażanie się na nieszczęśliwe wypadki. Realizacja tego celu wymaga, by wychowawca orientował się w bieżących lub rozwojowo uwarunkowanych zagrożeniach dla zdrowia jego uczniów. Autorzy programu proponują, by nauczyciele tworzyli listy problemów, którymi warto zająć się w danym roku szkolnym lub semestrze, np. palenie tytoniu, odżywianie się, aktywność fizyczna, przemoc itp.

Program Trzy Koła oferuje swoim odbiorcom zróżnicowane i aktywizujące formy pracy profilaktyczno-wychowawczej. W ramach szkoleń przygotowujących do prowadzenia zajęć uczestnicy zapoznają się z zestawem zasad, technik i pomysłów metodycznych. Propozycje te zostały opisane w czterech zeszytach programu, a w zależności od potrzeb nauczyciele otrzymują dodatkowe materiały dotyczące substancji psychoaktywnych.

Nauczyciele są też zachęceni do rozwijania współpracy z rodzicami i włączania ich do działań profilaktycznych. Proponowane są scenariusze i inne pomoce metodyczne do wykorzystania w czasie zebrań z rodzicami.

Debata

Program Debata realizowany jest w Polsce od 1998 roku. Propozycja ta jest adresowana do uczniów klas V i VI, czyli młodzieży, która w większości nie miała jeszcze doświadczeń z alkoholem. Celem programu jest wzmocnienie postaw przeciwnych sięganiu po alkohol, modyfikacja fałszywych przekonań normatywnych sugerujących, że picie alkoholu jest wśród młodzieży powszechnie aprobowane oraz zachęcenie młodzieży do odsunięcia momentu ewentualnej inicjacji alkoholowej na czas wczesnej dorosłości. Celem ogólnym jest ponadto stopniowa zmiana środowisk objętych programem, tak by normy promowane w tych społecznościach sprzyjały abstynencji lub zachowaniu umiaru w picu alkoholu.

Pierwszy z celów szczegółowych programu Debata odnosi się do zwiększenia wiedzy uczestników na

temat natury alkoholu i konsekwencji jego używania oraz modyfikacji błędnych przekonań normatywnych. Działania polegają tu na przeprowadzeniu krótkiego sondażu dotyczącego przekonań i postaw odbiorców wobec alkoholu. W dalszej części zajęć wyniki te są omawiane, uczniowie mają więc możliwość skonfrontowania własnych opinii na temat poglądów kolegów i koleżanek z faktami zawartymi w wynikach sondażu. Podejmowana jest także dyskusja na temat stereotypów i mitów dotyczących alkoholu.

Drugim celem szczegółowym jest klaryfikacja wartości, tak by wzmocnić znaczenie zdrowego stylu życia. Działania polegają tu na dyskusji z odbiorcami na temat korzyści oraz szkód i strat związanych z piciem, a także konfrontowaniu wartości cenionych przez młodzież z zachowaniami ryzykownymi. W realizacji tego celu ważną rolę odgrywa modelowanie przez prowadzących, którzy podczas zajęć dają świadectwo swojej decyzji dotyczącej nieużywania substancji psychoaktywnych. Ważnym wymogiem stawianym przez autora programu jest więc osobista abstynencja prowadzących.

Trzeci cel szczegółowy odnosi się do ochrony młodzieży przed presją skłaniającą do picia alkoholu. Działania służące realizacji tego celu to dyskusja na temat rzeczywistych postaw młodzieży wobec alkoholu, a także omówienie z uczestnikami metod obrony przed presją, która może być wywierana nie tylko przez rówieśników, ale również przez dorosłych. Uczniowie biorący udział w Debacie są ponadto zachęceni do podejmowania osobistych postanowień dotyczących zachowania abstynencji.

Program Debata jest prowadzony w sposób interaktywny, w dialogu z uczestnikami. Stosowane są takie metody pracy, jak „burza mózgów”, proste scenki dramatowe i zabawy dydaktyczne promujące abstynencję i zdrowy styl życia. Program Debata jest programem profilaktyki uniwersalnej, ale można traktować go jako krótką interwencję profilaktyczną, ponieważ struktura programu koresponduje ze strukturą tzw. dialogu motywującego.

Scenariusz trzygodzinnych zajęć programu Debata został opisany w formie podręcznika i jest dostępny w publikacji Krzysztofa Wojcieszka¹. Osoby realizujące program powinny posiadać pisemne potwierdzenie przeszkolenia. W 2017 roku zostanie wprowadzony nowy system i program szkolenia, oparty na wynikach aktualnych badań nad programem.

Program Nauki Zachowania

Program Nauki Zachowania powstał w 2009 roku. Propozycja ta jest kierowana do uczniów, którzy cyklicznie, w różnych okolicznościach oraz w obecności przynajmniej kilku nauczycieli zachowują się w sposób niewłaściwy, co ma negatywne społeczne konsekwencje dla samych nastolatków, ich rówieśników i dorosłych oraz zaburza tok nauki w klasie. Program Nauki Zachowania nie jest natomiast przeznaczony dla uczniów mających bardzo poważne problemy z zachowaniem, na przykład tych, którzy stosują przemoc bądź w istotny sposób naruszają regulamin szkoły.

Uczeń może zostać zgłoszony przez każdego z pracowników szkoły, rodzica lub przystąpić do programu z własnej inicjatywy. Bez względu na to przez kogo uczeń został zgłoszony, warunkiem uczestnictwa jest jego zgoda na udział w programie. Młodzi odbiorcy programu wybierają również cele, które chcą osiągnąć oraz sposoby ich realizacji.

Program oparty jest na koncepcji behawioralnej, która zakłada naukę pożądanых zachowań i umiejętności poprzez pozytywne wzmocnianie postępów ucznia. Autorzy odwołują się również do koncepcji pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży oraz dorobku psychologii humanistycznej, które wskazują na znaczenie, jakie w pracy wychowawczo-profilaktycznej ma zaspokajanie potrzeb rozwojowych nastolatków, takich jak potrzeba przynależności, kompetencji, sprawczości, szlachetności i odpowiedzialności. Uwzględniono również współczesną wiedzę z zakresu wychowania i kształtowania motywacji wewnętrznej.

Głównym celem jest ograniczenie występowania niewłaściwych zachowań u odbiorców Programu Nauki Zachowania w szkole oraz powstrzymanie procesu nasilania i utrwalania się zachowań problemowych. Pierwszym celem szczegółowym jest opanowanie konkretnych i dobranych do potrzeb danego dziecka umiejętności, które umożliwią mu ograniczenie zachowań destrukcyjnych oraz kształtowanie zachowań konstruktywnych. Postępy uczestników w doskonaleniu umiejętności i zmianie niepożądanych zachowań omawiane są z nauczycielem prowadzącym po każdej lekcji. Podczas tych rozmów uczeń otrzymuje krótką informację zwrotną dotyczącą poczynionych postępów oraz tego, co może jeszcze zrobić, by poprawić swoje zachowanie. Istotne jest przy tym, by uczeń

doświadczyl zadowolenia ze swoich osiągnięć oraz przemyślał dalsze kroki zmierzające do zmiany niewłaściwych zachowań. Po zakończeniu wszystkich lekcji prowadzone są rozmowy podsumowujące dzień. W czasie tych spotkań zostają zebrane i pogłębione informacje zwrotne z rozmów przeprowadzonych po poszczególnych lekcjach. Nauczyciel pracujący z uczniem ma wtedy czas, by zastanowić się wraz z podopiecznym nad jego zasobami oraz możliwościami wykorzystania tych mocnych stron w pracy nad zmianą zachowania. Kluczowe znaczenie ma przy tym podkreślenie sukcesów ucznia oraz analiza sposobów osiągnięcia postępów.

Na koniec każdego tygodnia dokonywane są podsumowania dotyczące postępów każdego z uczniów biorących udział w programie. Podejmowane są wtedy decyzje dotyczące ewentualnej modyfikacji celów oraz pozostawienia ucznia w programie bądź zakończenia pracy.

Drugim celem szczegółowym programu jest rozwój poczucia odpowiedzialności uczestników za własne zachowania i konsekwencje tych zachowań, a także rozwój samoświadomości, tj. zdolności do prowadzenia wewnętrznego dialogu, mającego charakter indywidualnej refleksji nad własnym postępowaniem oraz umiejętności analizy czynników, które wpływają na podejmowanie konkretnych zachowań. Z tego względu podczas realizacji programu zwraca się szczególną uwagę na to, aby uczeń samodzielnie podejmował decyzje dotyczące włączenia się do programu oraz wyboru osobistych celów. Nauczyciel podczas kolejnych rozmów stara się skłaniać ucznia do przemyślenia własnych zachowań, a także wspierać swojego podopiecznego w kształtowaniu adekwatnego poczucia własnej wartości oraz samodzielności w wyborze umiejętności i sposobów radzenia sobie z trudnościami. W czasie tych rozmów nauczyciele korzystają z umiejętności formułowania tzw. pytań sokratejskich i technik coachingowych. Metody te sprzyjają samodzielnemu poszukiwaniu przez uczniów nowych rozwiązań oraz refleksji dotyczącej konsekwencji własnych wyborów. W zamierzeniu ma to służyć rozwojowi odpowiedzialności i samostanowienia ucznia.

Trzecim celem szczegółowym programu jest kształtowanie pozytywnych więzi społecznych u uczniów mających trudności z zachowaniem, zwiększanie ich

motywacji do nauki w szkole oraz poprawę ich zaufania do dorosłych opiekunów. Osiągnięciu tego celu ma sprzyjać zwiększenie ilości czasu poświęcanego uczniowi, który wyraził gotowość do zmiany swoich niepożądanych zachowań. W codziennych indywidualnych rozmowach nauczyciel podkreśla sukcesy i dokonania uczniów. Istotne jest również zachowanie pozytywnych relacji z nastolatkiem, niezależnie od zaistniałych trudności. Nauczyciel przyjmuje postawę mentora, wspierającego w procesie uczenia się zachowań i umiejętności oraz osiągania celów założonych przez nastolatka.

Program Nauki Zachowania jest prowadzony we współpracy z rodzicami. Uczeń, który podjął decyzję udziału w programie, zaprasza rodzica do szkoły na wspólną rozmowę z nauczycielem. Celem rozmowy jest włączenie rodziców do pracy nad modyfikacją zachowań dziecka oraz uzyskanie formalnej zgody na udział w programie. Ważnym elementem działań jest zachęcanie wszystkich nauczycieli do zaangażowania i współpracy w procesie wspierania uczniów w dokonywaniu zmian.

Program szkolenia nauczycieli do prowadzenia Programu Nauki Zachowania składa się z dwóch etapów: szkolenia dla rad pedagogicznych oraz warsztatów przygotowujących wybranych nauczycieli do pracy z uczniami. Autorzy programu oferują także indywidualne konsultacje oraz cykliczne spotkania treningowe dla liderów realizujących i koordynujących program w szkołach.

Informacje o propozycjach profilaktycznych opisanych w tym artykule oraz programach, które uzyskały rekomendacje w ubiegłych latach, znajdują się na stronie www.programyrekomendowane.pl.

Chciałabym podziękować autorom programów za konsultacje: Ewie Czerniewskiej-Korubie (Spójr Inaczej), Barbarze Wolniewicz-Grzelak (Trzy Koła), Krzysztofowi Wojcieszewi (Debata), Stanisławowi Bobuli (Program Nauki Zachowania).

Przypisy

¹ Wojcieszek K., „Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych”, Wyd. Rubikon, Kraków 2013.

Konstruowanie programu zgodnie z logicznym modelem pomaga w dokładnym przemyśleniu i tym samym uzasadnieniu, co i z jakich powodów jest realizowane, dlaczego jest wybrana taka a nie inna sekwencja działań i strategii, te a nie inne cele. Kierowanie się logicznym modelem na etapie opracowywania programu pozwala wykrywać i na bieżąco korygować błędne założenia dotyczące programu, nieadekwatne lub nierealne cele czy niewystarczające działania.

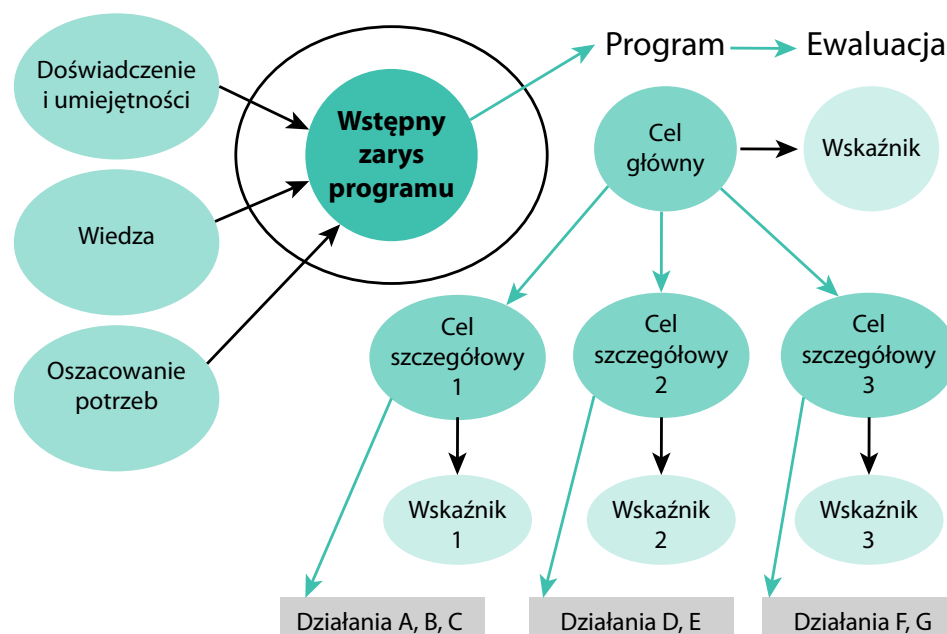
LOGICZNY MODEL PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO

Anna Borucka

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Opracowanie (konstruowanie) każdego programu profilaktycznego jest procesem, który polega na umiejętnym łączeniu własnych doświadczeń autorów z wiedzą na temat mechanizmów leżących u podstaw problemu. Praktyka wskazuje, że wymaga to często odrzucenia stereotypów na temat tego, co i jak działa skutecznie w profilaktyce oraz na jakie zmiany i w jakim zakresie opracowywany program może mieć realny wpływ. Zdarza się, że opinie w tych sprawach nie tylko różnią profilaktyków, ale również osoby reprezentujące podobne grupy zawodowe, np. psychologów, specjalistów ds. uzależnień, pedagogów.

Wykres 1. Logiczny model programu.



Logiczny model programu został opracowany w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii, na podstawie prezentacji Gregora Burkhardta, Prevention, EDDRA, Logic model and evaluation. Dostępny na stronie: https://drogeioivnosti.gov.hr/UserDocsImages/uredarhiva/2012/11/Gregor_Burkhardt_Croatia_Tour_2012_intro.pdf

Artykuł ten jest próbą opisanego etapów konstruowania programu profilaktycznego zgodnie z logicznym modelem na przykładzie programu skierowanego do dzieci i młodzieży. Budowa modelu podkreśla znaczenie wszystkich połączonych w logiczną całość elementów programu dla osiągnięcia pożądanego, z perspektywy profilaktyki, zmiany u jego odbiorców. Model ten jest użytecznym narzędziem, dzięki któremu każdy autor pracujący nad swoim programem, może się zorientować, na jakim etapie budowy programu się znajduje, jaki jest następny i w jaki sposób można go osiągnąć.

Jak przybliżyć ideę logicznego modelu budowy programu profilaktycznego? Proponuję, aby przystąpić do procesu jego przedstawiania jak do pisania historii, która ma swój początek, jest oparta na faktach, składa się z logicznie ze sobą powiązanych wątków, jest opowiedziana w sposób przystępny i atrakcyjny dla odbiorców oraz ma pozytywne zakończenie.

Etap I – Doświadczenie i umiejętności

Osoby, które podejmują się opracowania nowego programu profilaktycznego, powinny posiadać doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą lub w prowadzeniu dla nich zajęć profilaktycznych. Może ono oka-

zać się pomocne zarówno przy wyborze zagadnień, jak i sposobu ich przekazywania w trakcie trwania programu. Przydatne w pracy nad nowym programem są również umiejętności związane ze współpracą z innymi osobami. Praca zespołowa, wymiana doświadczeń, spostrzeżeń, dzielenie się pomysłami i zdolność do krytycznego oraz uważnego przyglądania się im są kluczowe dla przebiegu i sukcesu całego przedsięwzięcia.

Etap II – Wiedza

Praca nad programem profilaktycznym zaczyna się od zgromadzenia wiedzy na temat niepożądanego zjawiska/problemu, którego rozmiary i negatywne skutki autorzy programu chcieliby ograniczyć. Wybór problemu, któremu ma przeciwdziałać opracowywany program, powinien wynikać z rzetelnych i aktualnych informacji/wiedzy na temat jego rozpowszechnienia i wagi w kontekście zdrowia publicznego. Precyzyjne określenie problemu ma istotne znaczenie dla dalszych decyzji przy tworzeniu programu. Jedną z nich jest zidentyfikowanie czynników ryzyka związanych z nasileniem danego problemu oraz czynników chroniących, które mogą minimalizować jego negatywne następstwa. Źródłem wiedzy na ich temat są teorie opisujące i wyjaśniające mechanizmy leżące u podstaw zachowań, które, w intencji autorów programu, mają podlegać zmianie. Wiedzy tej można poszukiwać w takich dziedzinach, jak: psychologia, pedagogika, socjologia i filozofia. Wśród teorii przydatnych do opracowywania programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży wymienia się m.in.:

- teorię społecznego uczenia się (Bandura, 1986), która tłumaczy, w jaki sposób ludzie uczą się nowych zachowań,
- teorię zachowań problemowych i ryzykownych (Jessor, 1987, 1998), która kładzie nacisk na funkcję, jaką w okresie dorastania pełnią zachowania ryzykowne w osiąganiu ważnych dla nastolatków celów życiowych,
- teorię uzasadnionego działania (Ajzen, Fishbein, 1980), która wyjaśnia, jakie czynniki wpływają na decyzję o podejmowaniu zachowywania się w sposób ryzykowny,
- koncepcję resilience¹ (Garmezy, 1985, Rutter, 1987), która wyjaśnia fenomen dobrego psychospołecznego funkcjonowania dzieci doświadczających poważnych przeciwności losu.

Etap III – Oszacowanie potrzeb

Oszacowanie potrzeb jest kolejnym (trzecim) etapem pracy nad nowym programem. Na tym etapie trzeba rozstrzygnąć do jakiego typu odbiorców będzie adresowany program, jakiego poziomu będzie to profilaktyka (uniwersalna, selektywna czy wskazująca) oraz jakie są potrzeby tej grupy związane z działaniami profilaktycznymi (Ostaszewski, 2010).

Określenie grupy odbiorców programu jest ściśle powiązane z problemem, któremu ma przeciwdziałać program. Również i w tym wypadku należy dołożyć wszelkich starań, by dokładnie opisać tę grupę. To, kim będą obiorcy programu, wyznacza poziom profilaktyki, do którego program będzie się odwoływać. Jeśli potencjalnymi odbiorcami programu będą osoby o przeciętnym poziomie ryzyka rozwoju danego problemu, to program będzie z obszaru profilaktyki uniwersalnej. Natomiast jeśli będzie on skierowany do osób obciążonych wieloma czynnikami ryzyka albo już zachowujących się w sposób problemowy, to program będzie z zakresu profilaktyki selektywnej albo wskazującej.

Wybór grupy odbiorców programu umożliwia określenie ich potrzeb. Pod uwagę brany jest ich wiek, dotychczasowe doświadczenia, deficyty oraz posiadane zasoby. Wiedza ta jest niezbędna, żeby dokonać racjonalnego i przemyślanego wyboru zestawu czynników ryzyka i czynników chroniących. Wybór czynników powinien ograniczać się tylko do tych, których niekorzystny wpływ na jednostkę program ma szansę (możliwość) ograniczyć. Analogicznie postępuje się w przypadku czynników chroniących. Spośród wcześniej już zidentyfikowanych wybiera się te, których pozytywny wpływ rzeczywiście można wzmocnić działaniami programu. Lepiej wybrać mniej, zarówno czynników ryzyka, jak i czynników chroniących, ale za to tylko takich, które są znacząco związane z danym problemem. Jest to jedna z kluczowych decyzji, jakie należy podjąć w pracy nad koncepcją programu. Będzie ona też zależała od poziomu profilaktyki, do którego należy opracowywany program. W przypadku profilaktyki uniwersalnej, adresowanej do całej populacji dzieci i młodzieży, bez względu na poziom ryzyka wystąpienia danego problemu, któremu przeciwdziałaniu jest poświęcony program, należy uwzględnić dużą zmienność doświadczeń życiowych u dzieci. W związku z tym w opracowywanym programie wskazane jest koncentrowanie się na tych czynnikach

ryzyka i czynnikach chroniących, które są najbardziej znaczące dla danego okresu dorastania i powiązane z problemem (Ostaszewski, 2008).

Nieco inaczej wygląda sytuacja w odniesieniu do profilaktyki selektywnej. Obejmuje ona, jak powszechnie wiadomo, działania adresowane do dzieci i młodzieży, które ze względu na trudną sytuację rodzinną, społeczną, a także niektóre cechy indywidualne są w większym stopniu narażone na wystąpienie zachowań ryzykownych, problemów zdrowotnych i społecznych. Przy wyborze czynników ryzyka i czynników chroniących należy uwzględnić te, które m.in. są ukierunkowane na: naukę umiejętności życiowych, a zwłaszcza konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i pokonywania pojawiających się trudności, pomoc dzieciom, które ze względu na swój temperament mają trudności z budowaniem pozytywnych relacji, wzmacnianie poczucia własnej wartości i skuteczności. Tego typu działania kompensują brak pozytywnych doświadczeń, które w normalnych okolicznościach są dostępne w wielu obszarach życia młodego człowieka. Programy z zakresu profilaktyki wskazującej są adresowane do dzieci i młodzieży, które ze względu na swoją trudną sytuację życiową są nie tylko szczególnie zagrożone rozwojem problemów, ale wystąpiły już u nich pierwsze symptomy zachowań ryzykownych, np. nadużywają alkoholu, palą papierosy. W tych programach przede wszystkim chodzi o uwzględnienie takich czynników chroniących, które są nastawione na nawiązanie bliskiego kontaktu z nastolatkiem, udzielenie mu wsparcia i pomocy, dostarczenie informacji na temat bezpośrednich konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz oceny ryzyka związanego z ich przyjmowaniem.

Gdy grupa docelowa programu jest już wybrana i wiadomo, jakie są jej potrzeby oraz jakie zasoby należy wzmacniać, by zminimalizować bądź zredukować problem, można przystąpić do opracowania wstępnego zarysu programu.

Etap IV – Wstępny zarys programu

Już podczas opracowywania wstępnego zarysu programu należy pamiętać o założeniu, że program powinien mieć logiczną strukturę. W praktyce oznacza to, że każda część programu wynika z poprzedniej i jest logicznie powiązana z następną. Dotyczy to takich elementów, jak

cel główny programu, który ma mieć związek z celami szczegółowymi, a te z planowanymi działaniami. Zdarza się, że wstępny zarys programu zawiera zbyt dużą liczbę celów szczegółowych. Wynika to z naturalnej tendencji do konstruowania programu, który swoim wpływem miałby objąć wiele czynników ryzyka i czynników chroniących. Rzeczywistość i realne możliwości często korygują te wstępne założenia. Jeśli wstępny zarys programu został naszkicowany, można przejść do kolejnego etapu pracy nad programem, którym jest dokładne określenie celu głównego i celów szczegółowych.

Etap V – Cel główny i cele szczegółowe programu

Cel główny i cele szczegółowe programu powinny być sformułowane w postaci oczekiwanej zmiany u jego odbiorców. Inaczej i potocznie mówiąc, cele odpowiadają na pytanie, o jaką zmianę czy zmiany „walczymy”, korzystając z narzędzia, jakim będzie opracowywany program. Jest to bardzo ważna kwestia, która dotyczy istoty programu i warto jej poświęcić wiele uwagi. Należy postępować zgodnie z przyjętym założeniem, że realizacja celów szczegółowych przyczynia się do osiągnięcia celu głównego opracowywanego programu. Metodologia pracy nad sformulowaniem celów nie jest skomplikowana. Zdefiniowany problem, któremu ma przeciwdziałać program, wytycza cel główny. Jeśli problem został określony jako używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 15-18 lat, to cel ogólny można sformułować jako: ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 15-18 lat. Z kolei ostateczny zestaw wybranych czynników ryzyka i czynników chroniących wskazuje na cele szczegółowe programu. Na przykład, gdy czynnikiem ryzyka uwzględnianym w koncepcji programu jest negatywny wpływ rówieśników, to cel szczegółowy można sformułować jako poprawę umiejętności radzenia sobie z negatywnym wpływem rówieśników. W przypadku takiego czynnika ryzyka, jak nieprawidłowe przekonania normatywne dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, cel szczegółowy programu mógłby brzmieć w następujący sposób: modyfikacja nieprawidłowych przekonań normatywnych dotyczących używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży w wieku 15-18 lat. Podobnie sprawa ma się z czynnikami chro-

niącymi. Na przykład, gdy czynnikiem chroniącym, którego wpływ ma być wzmacniany przez program, jest radzenie sobie z negatywnymi emocjami, to cel szczegółowy mógłby zostać określony jako: poprawa umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

Innym czynnikiem chroniącym uwzględnianym w koncepcji programu jest np. wypełnianie przez nastolatka codziennych obowiązków szkolnych. W takim przypadku cel szczegółowy mógłby zostać sformułowany jako poprawa funkcjonowania nastolatka w szkole. Niestety, często popełnianym błędem przez autorów programów jest formułowanie celów w postaci planowanych do realizacji działań. Na przykład cel brzmi: przeprowadzenie warsztatów na temat sposobów rozwiązywania konfliktów albo nabycie wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W obu przypadkach cele odwołują się do działań, a nie do zmiany, jaką można uzyskać w wyniku realizacji programu.

Etap VI – Działania

Gdy cel ogólny programu i cele szczegółowe zostały już wstępnie określone, należy zastanowić się, w jaki sposób można je osiągnąć. Inaczej mówiąc, jakiego typu działania powinny zostać zrealizowane w ramach programu, aby osiągnąć oczekiwane zmiany u jego odbiorców. Przy ich opracowywaniu trzeba brać pod uwagę, że działania, które mogą zostać uwzględnione w opracowywanym programie, powinny:

- spełniać określone standardy jakości adekwatne do poziomu profilaktyki, do którego odwołuje się program,
- mieć udokumentowany związek z ograniczaniem wpływu uwzględnionych w programie czynników ryzyka oraz ze wzmacnianiem czynników chroniących,
- opierać się na skutecznych strategiach profilaktycznych (wiodących i uzupełniających),
- charakteryzować się odpowiednią długością, intensywnością dostosowaną do specyfiki grupy odbiorców,
- być adekwatne do celów szczegółowych programu,
- uwzględniać specyfikę, wiek rozwojowy odbiorców oraz ich możliwości poznawcze i emocjonalne,
- być realizowane przy pomocy metod aktywizujących (stymulujących do samodzielnej aktywności) lub interaktywnych (nastawionych na poznanie opinii odbiorców) (Ostaszewski, 2016).

Zaplanowanie działań jest na pewno trudnym, ale bardzo twórczym zadaniem. Warto zadbać, aby w ramach tych działań, co zostało już wcześniej wspomniane, uwzględnić wiodące strategie profilaktyczne, czyli takie, które w badaniach naukowych mają udowodniony pozytywny wpływ na zmianę postaw i zachowania odbiorców programu. Równie cenne są strategie uzupełniające, których wykorzystanie samo w sobie nie zmienia zachowania, a jedynie wzmacnia działanie strategii wiodących. Do strategii wiodących należy: rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, rozwijanie umiejętności rodziców, wsparcie mentorów, budowanie więzi ze szkołą. Natomiast do strategii profilaktycznych uzupełniających zalicza się: przekaz informacji, alternatywy, edukację rówieśniczą oraz trening umiejętności odmawiania. Na wartość profilaktyczną programu wpływa liczba uwzględnionych w nim strategii wiodących.

Etap VII – Ewaluacja programu

Kolejnym etapem opracowywania programu, zgodnie z logicznym modelem, jest zaplanowanie jego ewaluacji. Służy ona ocenie stopnia skuteczności danego programu. Często bywa odbierana negatywnie, jako narzędzie kontroli, podczas gdy jej głównym celem jest udoskonalenie programu i przygotowanie go do szerszego upowszechnienia. Stąd bardzo ważne jest zaplanowanie ewaluacji już na etapie konstruowania programu. Należy zacząć od sprawdzenia i ewentualnego przeformułowania celów, tak aby spełniały one cechy określone akronimem SMART. Oznacza on, że każdy cel powinien być:

- **Specyficzny** – musi być sformułowany precyzyjnie,
- **Mierzalny** – możliwe będzie dobranie miary, by sprawdzić, że cel został osiągnięty,
- **Adekwatny** – sformułowany w formie oczekiwanej pozytywnej zmiany u uczestników programu,
- **Realistyczny** – możliwy do osiągnięcia,
- **Terminowy** – zostanie zrealizowany w określonym czasie.

Następnym zadaniem, jakie stoi przed autorami programu, jest dokładne i wnikliwe przemyślenie kwestii dotyczących wyboru miar, które posłużą do oceny stopnia osiągnięcia zakładanych celów. Miary te są nazywane wskaźnikami realizacji celów. Dobór wskaźników do pomiaru celów jest bardzo ważny, ponieważ jeśli nie możemy ich dobrać, to oznacza to w praktyce, że cele zostały sformułowane nieprawidłowo. W takiej sytuacji

trzeba je poprawić i ponownie sprawdzić, czy spełniają warunki SMART. Przykładem wskaźnika dla przytoczonego wyżej celu szczegółowego, jakim jest poprawa umiejętności radzenia sobie z negatywnymi wpływami rówieśników, może być liczba uczniów, którzy zadeklarowali zamiar odmówienia picia alkoholu w przypadku namawiania do tego przez rówieśników. W przypadku celu określonego jako: poprawa funkcjonowania dziecka w szkole, wskaźnikami mogłaby być liczba nieusprawiedliwionych godzin, liczba spóźnień na lekcje, liczba zagrożeń. Ostatni przykład ilustruje, że można wybrać kilka miar do oceny realizacji jednego celu programu. Przeprowadzenie badań ewaluacyjnych programu profilaktycznego jest już obowiązującym standardem w profilaktyce. Umożliwiają one nie tylko udoskonalenie programu i kontrolę osiąganych rezultatów, ale również są wyrazem troski i szacunku dla jego odbiorców. Badania ewaluacyjne rozpoczynają się już przy pilotażowej realizacji programu. Autorzy, w zależności od pytań dotyczących ich programu, na które chcieliby uzyskać odpowiedzi, wybierają odpowiednie rodzaje ewaluacji. Jest kilka rodzajów ewaluacji:

- ewaluacja formatywna – celem jest optymalizacja ewaluowanego programu – podniesienie jakości, doskonalenie, wybór rozwiązań ocenianych za najważniejsze (Sochocki M., „Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe”, Trzeci Sektor, nr 7, 2006, s. 91),
 - ewaluacja procesu – dokumentuje, co się wydarzyło w trakcie realizacji programu,
 - ewaluacja wyników – sprawdza, czy osiągnięto zamierzone cele,
 - ewaluacja efektywności – kontroluje opłacalność poniesionych nakładów (Hawkins, Nederhood, 1994).
- Konstruowanie programu zgodnie z logicznym modelem pomaga w dokładnym przemyśleniu i tym samym uzasadnieniu, co i z jakich powodów jest realizowane, dlaczego jest wybrana taka a nie inna sekwencja działań i strategii, te a nie inne cele. Kierowanie się logicznym modelem na etapie opracowywania programu pozwala wykrywać i na bieżąco korygować błędne założenia dotyczące programu, nieadekwatne lub nierealne cele czy niewystarczające działania. Efektem tej pracy jest program do pilotażowego wdrożenia i ewaluacji, który przyczynia się do poprawy jakości działań profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uruchomiło serwis internetowy poświęcony programom rekomendowanym, czyli programom o naukowych podstawach – www.programyrekomendowane.pl. W serwisie, oprócz opisu programów, znajdują się informacje dotyczące m.in. teorii wyjaśniających występowanie zachowań ryzykownych, skutecznych strategii profilaktycznych, logicznego modelu programu, ewaluacji programów profilaktycznych oraz standardów profilaktyki. Zamieszczone są tam również wskazówki dotyczące składania wniosków aplikacyjnych programów profilaktycznych, które aspirują do bazy programów rekomendowanych.

Przypisy

- ¹ Angielski termin *resilience* nie ma w języku polskim dobrego odpowiednika. Pewnym przybliżeniem tego terminu są: elastyczność, sprężystość, prężność, odporność, zdrowienie.

Bibliografia

- Ajzen I., Fishbein M., „Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior”, Prentice –Hall, Englewood-Cliffs, NJ, 1980.
- Bandura A., „Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory”, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, s. 1986, 47-105.
- Garnezy N., „Stres-Resistant Children: The Search for Protective Factors” (w): J. Stevenson (red). Recent Research in Developmental Psychopathology, Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt, 1985, 213-234.
- Hawkins J.D., Nederhood B., „Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Psychologiczne Pracownia Wydawnicza, 1994, Warszawa-Olsztyn.
- Jessor R., „Problem behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking”, British Journal of Addiction 82, 1987, s.331-342.
- Jessor R., „New perspectives on adolescent risk behavior” (w): R. Jessor, New perspectives on adolescent risk behavior, Cambridge University Press, 1998, 1-9.
- Ostaszewski K., „Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży” (w): J. Mazur i wsp., Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, Instytut Matki i Dziecka. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2008, s. 19-46.
- Ostaszewski K., „Kompendium wiedzy o profilaktyce” (w): Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Fundacja ETOH, Warszawa 2010, s. 73-95.
- Ostaszewski K., „Standardy profilaktyki”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2016.
- Rutter M., „Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms”, Amer. J. Orthopsychiat. 57(3), 1987, 316-331.
- Sochocki M.J., „Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe”, Trzeci Sektor, nr 7, 2006, s. 91.

W ostatnich dwóch dziesięcioleciach obserwuje się zwiększone zaniepokojenie społeczeństw i zwiększone zainteresowanie badawcze zachowaniami, które umownie nazywa się „nałogami”, a czasami „uzależnieniami behawioralnymi”. W ślad za tym idą oferty terapeutyczne, choć kwestią otwartą jest, czy we wszystkich przypadkach mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi w sensie medycznym. Z praktycznego punktu widzenia ważnym zagadnieniem jest ustalenie pozycji nozologicznej tej grupy zaburzeń, gdyż implikuje to podejście terapeutyczne.

O TERMINOLOGII I POZYCJI NOZOLOGICZNEJ TZW. NAŁOGÓW BEHAWIORALNYCH

Bogusław Habrat

*Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

Niniejszy artykuł jest skrótowną próbą uporządkowania zarówno chaosu terminologicznego, jak i ukazania niejednoznaczności używanych pojęć „nozologicznych”. Zastanowienia się, czy w ogóle mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, a jeśli tak, to jaka jest natura tych zaburzeń i gdzie są granice między normą i patologią.

Historia

Część zjawisk współcześnie nazywanych „nałogami behawioralnymi” była znana od wielu wieków i często określana w kategoriach moralnych: „nieumiarkowanie w jedzeniu i picciu”, „przepuszczanie majątku na gry hazardowe”, „hulaszczy tryb życia”, „folgowanie popędom” itp. Część była opisywana przez klasyków psychiatrii, np. oniomania przez Kraepelina. W latach 40. XX w. opisano psychoanalitycznie skłonność do nadmiernego zakochiwania się w kategoriach przypominających uzależnienie. Na przełomie lat 60. i 70. XX w. były alkoholik zauważył, że nadmierna praca „podstawiała” mu się pod alkohol i spełnia te same funkcje patofizjologiczne. Termin „pracoholizm” zrobił niebywałą karierę w potocznym użyciu, jednocześnie sugerując podobieństwo do zachowań nałogowych związanych z używaniem substancji. Jak grzyby po deszczu zaczęły pojawiać się nowe „-izmy”, „nałogi” i „uzależnienia” oraz związane z nimi próby terapii oparte na teoriach i praktykach stosowanych w terapii uzależnień.

Ale te same zachowania interpretowano też w innych paradygmatach, nadawano im nazwy typowe dla innych

kategorii diagnostycznych, np. kompulsywne zakupy, kompulsywne praktyki seksualne itp.

Część badaczy zachowywała dystans i określała część tych zjawisk mianem problemowego, np. problemowe korzystanie z (nowych) mediów, hazard problemowy itp.

Przedmiot rozważań

W pierwszym numerze czasopisma „Journal of Behavioral Addictions” redaktorzy zadeklarowali, że obszarem ich zainteresowań są: hazard patologiczny, problemowe używanie komputera i gier wideo, problemowe używanie gier on-line, problemowe korzystanie z sieci społecznościowych, podpalactwo, kleptomania, przemijająca wybuchowość, trichotillomania, onychofagia, skubanie skóry, kompulsywne kupowanie, zaburzenia hyperseksualne, kompulsywne zbieractwo, nałóg uprawiania ćwiczeń fizycznych, pracoholizm, natręctwa, niektóre zaburzenia odżywiania się, *body dysmorphic disorder*, hipochondria, ADHD. W późniejszych numerach w kategoriach nałogów behawioralnych opisywano także: nałogowe opalanie się, nałogowe studiowanie, tzw. uzależnienie od miłości, nałogowe zachowania uliczne, nałogowe korzystanie z usług wróżbiarskich, nałogowa przemoc, nałogowe popełnianie prób samobójczych, cyberchondria, zespół Kleinego-Levina. Niektórzy badacze przypominają, że „zapomniano” np. o nałogowym oglądaniu telewizji. Cechy nałogowości i kompulsywności ma pierwotne patologiczne zbieractwo. Zachowania nałogowe mogą być powodowane jatrogenie, np. stosowaniem leków o powinowactwie do receptorów dopaminowych D3

(zespół dysregulacji dopaminergicznej) lub być wynikiem innych zaburzeń (np. zespół Kleinego-Levina). Katalog ten wydaje się otwarty, bo np. opublikowano kilka prac o nałogowym tańczeniu argentyńskiego tanga. Ciągłe poszerzaną listę „nałogów behawioralnych” można znaleźć w wydawnictwie monograficznym [1].

Czy tzw. nałogi behawioralne są zaburzeniami psychicznymi w sensie ścisłym?

Problem normy i patologii życia psychicznego jest jednym z podstawowych, ale nie do końca wyjaśnionych zagadnień psychiatrii. Z grubsza jest on rozwiązywany w ten sposób, że chorobami psychicznymi nazywa się doznawanie objawów jakościowo odrębnych od przeżyć człowieka zdrowego (np. omamy i urojenia), natomiast zaburzenia psychiczne definiuje się jako takie nasilenie „objawów psychopatologicznych dnia codziennego”, które powoduje znaczący dyskomfort dla osoby, która ich doznaje (np. zaburzenia lękowe) lub otoczenia (np. dyssocjalne zaburzenia osobowości). W zjawiskach o charakterze kontinuum pojawia się problem punktu odcięcia między normą i patologią.

Nieco inne podejście przyjęło Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, które uznało, że zaburzeniem można nazywać tylko znaczące dewiacje (z uwzględnieniem kontekstu kulturowego), które powodują znaczące szkody. Budzi kontrowersje, jak definiować szkody: część badaczy i praktyków ogranicza to pojęcie wyłącznie do ściśle zdefiniowanych szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych), zaś inni rozszerzają je na bardziej „miękkie” dysfunkcje (np. gorsze wyniki w nauce, luźniejsze relacje z rówieśnikami itp.). Zagadnienie definiowania szkód ma podstawowe znaczenie w rozważaniach nad normą i patologią, granicach między nimi itp.

Podejście syndromologiczne zakłada, że zaburzeniem można nazywać charakterystyczny, typowy zestaw powtarzających się objawów, których wzajemne dynamizmy i relacje czasami można powiązać teoretycznie. Na przykład dość powszechnie stosowany jest tzw. składowy model wszystkich nałogów (używania substancji i behawioralnych) Griffithsa [2]. Według niego typowe dla wszystkich nałogów są:

- dominacja aktywności nad kontrolą racjonalną,
- modyfikujący wpływ substancji lub zachowań na nastrój,

- konieczność zwiększania dawek substancji lub intensywności czynności,
- pojawianie się przykrych objawów w przypadku niemożności używania substancji lub wykonywania czynności,
- przyczynianie się zachowań do powstawania różnych konfliktów,
- nawrotowość.

Jeżeli występują one w charakterystycznym zestawie, zaburzeniom można przypisać charakter nałogowy.

Mimo znaczących postępów rozważań teoretycznych i wspierających ich badań naukowych, powszechnie uważa się, że zarówno „nałogi behawioralne” traktowane jako całość, jak i każde z nich z osobna, są niedostatecznie skonceptualizowane. Znalazło to wyraz m.in. w najnowszej klasyfikacji DSM-5, która za zaburzenia nałogowe uznała jedynie zaburzenia uprawiania hazardu, problemom z kontrolowaniem używania gier komputerowych nadała charakter przedmiotu dalszych badań, a niektóre inne „zachowania nałogowe” (np. hiperseksualizm, nadmierne, niekontrolowane odżywianie się, pierwotne zaburzenia zbieractwa) umieściła w innych grupach zaburzeń [3].

Zwraca się jednak uwagę i na inne interpretacje problemowych zachowań „nałogowych”. Podnosi się m.in., że nie spełniają one wielu innych kryteriów chorób: sprecyzowanego czynnika etiologicznego, dobrze opisanych procesów patogenetycznych, braku objawów patognomicznych, typowego dla chorób przebiegu i zejścia [4]. Część teoretyków rozumie nałogi behawioralne jako zaburzenie, czyli dewiacja + szkody nią spowodowane. Ale inni przydają im charakter jedynie wyuczonych zachowań, które choć dezadaptatywne – nie są zaburzeniem.

Inni wskazują na szerszy kontekst interpretacyjny. Współczesna cywilizacja, wbrew deklaracjom, jest mało tolerancyjna i ma tendencje do patologizowania i medykamentowania zachowań problemowych. Patologizowanie nakręca rynek usług korekcyjnych, a medykamentacja otwiera refundację terapii ze środków publicznych.

Zwraca się również uwagę, że przyjmując współczesne kryteria „nałogów behawioralnych”, u połowy, a nawet u większości populacji można „rozpoznać” taki lub inny nałóg behawioralny, co stawia pod znakiem zapytania kwestię, czy zachowania większości można nazwać dewiacyjnymi [5].

Pomijając te rozważania i wątpliwości, intuicyjnie można wyczuć, że przynajmniej część skrajnie nasilonych „nałogów behawioralnych” spełnia kryteria zaburzenia psychicznego. Problemem pozostaje granica między normą a patologią. Próby wyznaczenia tej granicy opierają się bądź na kryteriach statystycznych bądź opisowych. Statystyczne punkty odcięcia wyznaczane są np. przez dwa odchylenia standardowe od średniej, ekstremalne wartości 5% lub 10 percentyli. Kryteria opisowe polegają na spełnianiu wszystkich lub większości objawów uznanych za najbardziej charakterystyczne. W tym drugim przypadku najczęściej dochodzi do nadrozpoznowalności (nieakceptowalnie, czasami absurdalnie dużo rozpoznań fałszywie pozytywnych).

„Nałogowość” i „uzależnienowość”

Pierwsze współczesne opisy „pracoholizmu”, „uzależnienia od miłości” i „seksoholizmu” opierały się na wykazywaniu podobieństw między nimi i nałogowym używaniem lub uzależnieniem od substancji i w ich opisie stosowano aparat pojęciowy użyteczny do opisu nałogów/uzależnień od substancji. Powstała unitarystyczna teoria nałogów, która wychodziła z założenia, że potencjał uzależniający ma nie tyle substancja, co szeroko rozumiane okoliczności jej przyjmowania. W tym sensie może „powstać uzależnienie bez substancji”, bo niektóre zachowania mogą prowadzić do takiego samego nagradzania przyjemnością, jak stany po użyciu substancji. Nagradzanie przyjemnością (warunkowanie pozytywne) jest kluczowym pojęciem w teoriach dotyczących patogenezy nałogów. Zwraca się uwagę, że i nałogowe używanie substancji i nałogi behawioralne łączy ego-syntonia, czyli zgodność cech osobowości (np. hedonizm) z przyjemnymi gratyfikacjami. Stąd ambiwalentny stosunek nałogowców do nałogu: używanie substancji i powtarzające się zachowania nałogowe są przyjemne, a dyskomfort powoduje jedynie ponoszenie skutków używania substancji/zachowania.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD)

Odwrotnie ma się rzecz z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Podobnie jak w przypadku zachowań nałogowych znaczącą rolę odgrywa odczuwanie przymusu powtarzania zachowań. W OCD mamy natomiast

do czynienia z odczuwaniem dyskomfortu z powodu przymusu zachowań, które są sprzeczne z systemem wartości (np. wyrzuty sumienia, że nałogowa praca, zawłaszcza czas, który mógłby być poświęcony rodzinie jest wykorzystywany właśnie na pracę) (ego-dystonia). OCD są na tyle uprzykrzające życie, że chorzy zazwyczaj intensywnie poszukują pomocy w pozbyciu się natręctw.

Dwie grupy zaburzeń

Odmienny stosunek do odczuwania przymusu rozmyślań o używaniu substancji lub wykonywania czynności stał się podstawą do dychotomicznego podziału tej grupy zaburzeń.

Wyodrębniono dwie duże podgrupy. Jedną stanowią zaburzenia o naturze nałogowej lub podobnej do nałogowej, a drugą zaburzenia bliższe ego-dystonicznym natręctwom [6]. Pierwszą, hedonistyczną, „bardziej nałogową” mają stanowić:

- picie alkoholu,
- palenie tytoniu,
- używanie nielegalnych i legalnych substancji,
- uprawianie hazardu,
- nałogowe uprawianie seksu,
- dominacja lub submisja w stosunkach intymnych.

Natomiast w skład drugiej, „bliższej natręctwom”, mają wchodzić:

- kompulsywne pracowanie,
- kompulsywne zakupy,
- zaburzenia odżywiania się,
- nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych,
- kompulsywne pomaganie lub korzystanie z pomocy.

Ale i ta próba podziału nie jest doskonała, gdyż nawet w obrębie jednego zachowania nałogowego mogą znajdować się co najmniej dwa podtypy. Na przykład czasami pracoholizm dzieli się na „entuzjastyczny” (z dużą składową pozytywnie gratyfikującą, małymi szkodami, a czasem nawet dużymi osiągnięciami zawodowymi) oraz „właściwy”, postrzegany jako narzucony przez okoliczności, niedający satysfakcji oraz powodujący dyskomfort, zaburzenia psychosomatyczne i czyniący szkody w funkcjonowaniu rodzinnym, mierne wyniki pracy zawodowej. Podobnie hiperseksualizm może być hedonistyczno-radosny lub powodujący wyrzuty sumienia z powodu niepanowania nad demonem pożądania, a czasem i różne szkody (porzucanie przez zdradzanych partnerów, choroby przenoszone drogą płciową itp.).

Co wynika z niejednoznaczności pozycji nozologicznej „nałogów behawioralnych”?

Z niepokojem należy obserwować tendencję do jednostronnej interpretacji tak skomplikowanego zagadnienia, jakim są „nałogi behawioralne”. Dotyczy to m.in. patologizacji zachowań, które niekoniecznie muszą być chorobami, zaburzeniami, uzależnieniami, nałogami, natręctwami, odrębnymi jednostkami nozologicznymi, a co najwyżej mogą być wyuczonymi zachowaniami prowadzącymi do adaptacji, która z czasem może okazać się dysfunkcyjna.

Drugie zagadnienie to tendencja do medykalizacji, co wydaje się zarówno zjawiskiem kulturowym (niepokojące zachowania skłaniają do nieangażowania się w rodzicielskie lub przyjacielskie postawy wspierające i zdroworozsądkowo pomocowe, a zamiast tego preferują odsyłanie osób z problemami do profesjonalistów), jak i ekonomicznym (kreowanie potrzeb w zakresie interpretowania problemów jako zaburzeń i oferowanie terapii, najlepiej refundowanej).

Poważnym problemem jest niedostateczna konceptualizacja „nałogów behawioralnych” i wynikające z nich używanie kieszonkowych kryteriów diagnostycznych i narzędzi, co przekłada się na nadrozpoznanie „zaburzeń” (zbyt wielka, wykraczająca poza zdrowy rozsądek liczba rozpoznań fałszywie pozytywnych).

Niepokoje też tendencja do sprzecznego z aktualnym stanem wiedzy przypisywania tej grupie zaburzeń wyłącznie charakteru nałogowego lub – jeszcze gorzej – natury uzależnieniowej. Znalazło to wyraz m.in. w zakotwiczeniu się pojęcia „uzależnienia behawioralne” nawet w polskim prawie, co jest powielane w licznych publikacjach na ten temat.

Psychiatria raczej wycofuje się z pojęcia „uzależnienia”, ograniczając ten termin wyłącznie do uzależnień od substancji psychoaktywnych, w których mechanizmy nałogowe mogą prowadzić do licznych powikłań, w tym do uzależnienia. To medyczne (psychofarmakologiczne i kliniczne) pojęcie ma się cechować głównie dwoma precyzyjnie zdefiniowanymi zjawiskami: zespołami odstawiennymi (abstynencyjnymi) i zmianą (zazwyczaj zwiększeniem tolerancji). Objawy zespołu abstynencyjnego muszą cechować się specyficznością dla substancji (np. wzmożona potliwość dla uzależnienia od alkoholu; senność, wzmożony apetyt i depresja dla kokainy; bóle

mięśniowo-stawowe, łzawienie z oczu, biegunka przy odstawieniu opioidów itp.). Tymczasem w przypadku uniemożliwienia lub utrudnienia wykonywania czynności można mówić co najwyżej o niespecyficznych ekwiwalentach objawów abstynencyjnych (drażliwość, niepokój, odczuwanie dyskomfortu psychicznego) charakterystycznych raczej dla frustracji. To samo dotyczy zjawiska zwiększenia tolerancji. W psychofarmakologii zjawisko to jest precyzyjnie opisane zarówno w odniesieniu do tolerancji farmakokinetycznej (indukcja enzymów, które metabolizują egzogenną substancję psychoaktywną), jak i farmakodynamicznej (zmiana liczby i wrażliwości receptorów dla danej substancji psychoaktywnej). Trzeba jednak przyznać, iż nie można wykluczyć, że i w „nałogach behawioralnych” może dochodzić do podobnych dynamizmów neuroadaptacyjnych, tylko w odniesieniu do substancji endogennych (np. adaptacja do nadmiernego uwalniania endogennych substancji morfinopodobnych w przypadku nałogowego uprawiania ćwiczeń fizycznych).

Więc jeśli nie „uzależnienie”, to może „nałóg”? W przypadku przynajmniej niektórych „nałogów behawioralnych” wydawałoby się to zasadne. Jednak kubłem zimnej wody okazała się klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-5, w której uznano, że nie ma wystarczającej liczby dowodów naukowych, aby do grupy zaburzeń nałogowych, oprócz zaburzeń używania substancji i zaburzeń uprawiania hazardu, zaliczyć jakikolwiek inny „nałóg behawioralny”.

Stoi to w pozornej sprzeczności z powszechnym posługiwaniem się językiem addyktologicznym do wyjaśniania mechanizmów powstawania zaburzeń oraz przełożeniem tego na metody i techniki terapeutyczne. Okazuje się jednak, że aparat pojęciowy zaczerpnięty z innych założeń teoretycznych jest równie przydatny w opisie patogenezy i może być zastosowany z podobną skutecznością do terapii.

Wyniki terapii opartych na różnych założeniach teoretycznych są (z wyjątkami) zbliżone, a ich analiza porównawcza dość złożona (bardzo duża rola czynników niespecyficznych).

W świetle współczesnej wiedzy nazywanie tej grupy problemowych zachowań terminami: „-izmy”, „nałogi”, „uzależnienia”, „natręctwa”, „kompulsje” wydaje się przedwczesne i budzi obawy, że jest nieuzasadnionym forsowaniem interpretacji teoretycznej i wynikających z tego określonych terapii. Budzi to sprzeciw podobny jak

w przypadku forsowania zbitki pojęciowej „marihuana medyczna”, której celem jest „zmiękczenie” negatywnej konotacji związanej z pojmowaniem marihuany jako narkotyku, poprzez przymiotnik „medyczny”, który ma raczej konotację pozytywną.

Przeciwieństwem takiej postawy redukcjonistycznej i monopolizującej rozumienie zjawisk określanymi mianem „nałóg behawioralnych” wydaje się postawa otwarta na argumentację naukową i czerpiąca satysfakcję z obserwowania przyrostu wiedzy, który przybliży nas do sedna zagadnienia. Efektem tego powinny być interwencje, oddziaływania, procedury i terapie, które będą bardziej dostosowane do potrzeb osób cierpiących, a co za tym idzie – bardziej efektywne.

Bibliografia

1. Habrat B. (red.), „Zaburzenia uprawiania hazardu i tak zwane nałogi behawioralne”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
2. Griffiths M.D., „A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework”, *Journal of Substance Abuse* 2005, 10: 191-197.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, APA, Washington 2013.
4. Levis M., „Why addiction is not a disease?”, *Journal of Behavioral Addiction* 2015, 4: suppl. 4, 4-4.
5. Sussman T., Lisha N., Griffiths M.D., „Prevalence of the addiction: A problem of the majority or the minority?”, *Evaluation of Health Professionals* 2011, 34: 3-56.
6. Haylett S.A., Stephenson G.M., Lefever R.M.H., „Covariation in addictive behaviors: A study of addictive orientations using Shorter PROMIS Questionnaire”, *Addictive Behaviors* 29: 61-67.

**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**

zaprasza

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ogłoszonym 19 stycznia 2017 roku o uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków 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 w zakładce „Aktualności”.

Zgłoszenia należy składać do dnia 31 marca 2017 roku do godziny 16.00 w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia 14 czerwca 2017 roku.

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

Zagadnieniu uzależnienia od gier komputerowych poświęcono w ostatnich latach wiele uwagi. Niestety, dostępne dane empiryczne nie są rozstrzygające w wielu kwestiach związanych z zaburzeniem korzystania z gier, z jednej strony z powodu braku jednolitych koncepcji pojęciowych, z drugiej z powodu braku wystandaryzowanych narzędzi pomiaru, które pozwoliłyby na ocenę rozmiarów zjawiska wśród dzieci i dorosłych użytkowników tej formy rozrywki.

GRY KOMPUTEROWE – NIEWINNA ROZRYWKA CZY DROGA DO UZALEŻNIENIA? – CZĘŚĆ 2

Anna Borkowska
Ośrodek Rozwoju Edukacji

Czynniki ryzyka uzależnienia od gier

Przyczyny, dla których granie w gry staje się dla części osób problemem i zaczyna mieć szkodliwy wpływ na ich życie, są wielorakie. Spośród wielu czynników mających wpływ na rozwój uzależnienia, można wyróżnić: specyficzne cechy samych gier, czynniki sytuacyjne związane ze specyficzną sytuacją życiową danej osoby, czynniki biologiczne oraz osobowościowe.

Badania wskazują na związek pomiędzy uzależnieniem od grania a takimi czynnikami osobowościowymi, jak: neurotyzm, introwersja, niska samoocena, wycofanie społeczne, objawy depresyjne ze stanami lękowymi, agresywność i wrogość, poszukiwanie wrażeń, obniżona zdolność samokontroli, niskie kompetencje społeczne (Gentile i in., 2011). Wśród czynników ryzyka wymienia się również deficyty uwagi (ADD) oraz nadpobudliwość psychoruchową z deficytami uwagi (ADHD).

Do najważniejszych czynników sytuacyjnych należą: osamotnienie, negatywne relacje rodzinne (przemoc, zaniedbanie) i społeczne, chęć ucieczki od problemów życiowych.

Czynniki ryzyka związane z uzależnieniem od gier mogą wywierać duży wpływ we wczesnych okresach rozwojowych. Wskazuje się, że dzieci i wczesne nastolatki są szczególnie podatne na uzależnienie, ponieważ ich zdolność kontrolowania własnych zachowań jest jeszcze słaba. Negatywne następstwa nadużywania internetu i gier komputerowych pojawiają się u nich szybciej i są bardziej destrukcyjne, bowiem organizm znajduje się w fazie intensywnego wzrostu, a osobowość nie jest jeszcze do końca ukształtowana.

Mechanizmy neurobiologiczne uzależnienia od grania w gry komputerowe

Badania kliniczne, prowadzone w ostatniej dekadzie, wskazują na podobne mechanizmy neurobiologiczne leżące u podstaw zarówno uzależnień od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnień behawioralnych, w tym uzależnienia od grania czy internetu. Dotyczą one m.in. zmian biochemicznych na poziomie neuroprzekazników, takich jak dopamina i serotonina, występowania polimorfizmów genowych warunkujących aktywność układu dopaminergicznego czy aktywności w tych samych obszarach mózgu. Liczne badania wskazują, że u osób nadużywających internetu czy grających nałogowo w gry obserwuje się nieprawidłowe procesy neurobiologiczne w określonych okolicach mózgu – głównie w korze przedczołowej i oczodołowej, ciele prążkowanym lub prążkowi oraz obszarach odpowiedzialnych za kontrolę impulsów i układ nagrody, a także zmiany anatomiczne związane ze zmniejszeniem gęstości istoty szarej w ciele migdałowatym, hipokampie, zakręcie czołowym i zakręcie obręczy (Izdebski, Kotyśko, 2016).

Podobnie jak w przypadku substancji psychoaktywnych, również w uzależnieniach behawioralnych, kluczową rolę odgrywa dopamina i tzw. układ nagrody. Okazuje się, że czynności, takie jak granie, indukują zmiany chemiczne w układzie mezolimbicznym (układzie nagrody), podobnie, jak czynią to środki chemiczne. Nieprawidłowe funkcjonowanie układu nagrody, który jest zaangażowany w regulację zachowań apetytywnych (ważnych dla przeżycia organizmu zachowań, takich jak pobieranie pokarmu, przyjmowanie płynów, aktywność seksualna,

zachowania agresywne), i którego głównym mediatorem jest dopamina, wskazuje się jako jedną z głównych przyczyn kształtowania się uzależnień, także behawioralnych. Rola dopaminy w rozwijaniu się uzależnienia wynika z jej udziału w procesach uczenia asocjacyjnego i kontroli zachowań popędowo-motywacyjnych. Czynności aktywujące układ nagrody wywołują wzrost poziomu dopaminy w układzie mezolimbicznym, co skutkuje „zapamiętaniem” przez mózg danej czynności jako źródła przyjemności i satysfakcji. Rozregulowanie funkcjonowania układu nagrody pod wpływem czynności, takich jak hazard czy granie w gry, podobnie jak w przypadku przyjmowania substancji psychoaktywnych, skutkuje utratą kontroli nad zachowaniem i pojawieniem się czynności kompulsywnych. Jak wskazują najnowsze badania, mechanizm ten może odgrywać główną rolę w rozwoju uzależnienia od grania w gry internetowe (IGD).

Uzależniające cechy gier

Gry komputerowe projektowane są w taki sposób, aby gracze chcieli grać w nie jak najdłużej. Z jednej strony muszą być na tyle trudne, aby użytkownicy nie znudzili się zbyt łatwymi dla nich zadaniami, z drugiej strony muszą pozwalać grającym na odnoszenie, co jakiś czas, przynajmniej małych wygranych.

Lista zabiegów stosowanych przez producentów gier, które mają sprawić, że gra będzie bardziej wciągająca, jest długa. Najpopularniejsze z nich to:

- **Atrakcyjna forma** – współczesny poziom technologii umożliwia tworzenie gier w niezwykle atrakcyjnej formie audiowizualnej, która zwiększa realizm wirtualnego świata.
- **Interaktywność** – kluczową cechą gier komputerowych jest ich interaktywność, co odróżnia je na przykład od telewizji. Gracz wykazuje osobiste zaangażowanie w wydarzenia na ekranie, może mieć wpływ na ich przebieg, od jego wysiłku zależy, czy pokona wyzwania, które napotyka w grze.
- **Bicie rekordu** – każda gra informuje grających, jaki jest najwyższy wynik w danym momencie. Chęć przebicia najlepszego wyniku gry (nawet jeśli aktualny rekord należy do gracza) sprawia, że grający jest w stanie poświęcić wiele godzin na granie.
- **Uzależnienie wygranych od pokonywania kolejnych poziomów** – w niemal każdej grze, poza grami RPG, gracz musi pokonywać kolejne poziomy różniące się

stopniem trudności. Zazwyczaj pierwsze poziomy gry są bardzo łatwe, tak, że nawet początkujący gracze świetnie sobie radzą, szybko przechodzą do następnych poziomów i zdobywają nowe umiejętności. Za pomyślne wykonanie zadania gracz natychmiast jest nagradzany przejściem na wyższy poziom gry, co wzmacnia chęć kontynuowania grania. Wraz z rozwojem umiejętności grających, gra staje się coraz trudniejsza, a przejście do następnego poziomu wymaga poświęcenia większej ilości czasu. Sukcesy w pokonywaniu kolejnych, coraz trudniejszych poziomów dają graczowi poczucie zadowolenia z wykonania trudnego zadania i sprawiają, że trudno mu przestać grać.

- **Jakość wzmocnień (sukcesy i porażki)** – doświadczanie większej liczby wzmocnień pozytywnych, sukcesów i nagród niż porażek.
- **Nieregularne nagradzanie** – system zdobywania nagród jest zwykle zaprojektowany tak, aby gracz zdobywał nagrody za wykonanie określonego zadania. Grający nie wie nigdy, czy nastąpi to po jednej próbie, czy po kilku. Ma jednak pewność, że jeśli będzie grał wystarczająco długo, to w końcu jego wysiłek zostanie nagrodzony. Utrzymuje to gracza w stałym napięciu i sprawia, że będzie grał dłużej w oczekiwaniu na zapowiedzianą nagrodę.
- **Wywoływanie stanu emocjonalnego pobudzenia** podczas grania.
- **Poczucie kontroli** – gry dają graczom poczucie kontroli nad światem i wydarzeniami, w których uczestniczą. W wirtualnej rzeczywistości to oni, a nie rodzice i inni dorośli decydują, jak się zachowywać, w co się ubrać, jak i z kim spędzić czas. W nierzeczywistym świecie zdobywają realne dobra: poczucie władzy i kontroli, poczucie wpływu, szacunek, status społeczny.
- **Brak określonego zakończenia** – najbardziej uzależniająca są gry nieposiadające z góry określonego zakończenia, takie jak fabularne gry online. Pozwalają one graczom na dowolne kształtowanie kierunku, w jakim gra się rozwija, ale jednocześnie wymagają wykonywania złożonych zadań, często we współpracy z innymi graczami i poświęcania grze wielu godzin. Nieobecność podczas rozgrywki naraża gracza na krytykę ze strony partnerów i spadek w rankingu.
- **Budowanie relacji** – gry online pozwalają dzieciom budować relacje z innymi graczami, co zaspokaja ich potrzebę kontaktów społecznych, daje im poczucie akceptacji. Dla niektórych z nich społeczność inter-

netowa jest jedynym miejscem, w którym czują się ważne, potrzebne i lubiane.

- **Ucieczka od rzeczywistości** – współczesne gry oferują dzieciom i nastolatkom niezwykłą możliwość – ucieczkę od prawdziwego świata w wymarzoną rzeczywistość. W grze mogą kreować swój własny świat, mogą stać się kimkolwiek chcą, osobą, którą nigdy nie mogliby być w prawdziwym życiu. W wirtualnej rzeczywistości mają okazję, **aby zbudować nową tożsamość** – postać obdarzoną cechami, które sami chcieliby mieć, mogą przeżywać ekscytujące przygody, nawiązywać satysfakcjonujące relacje i realizować fantastyczne plany.
- **Warianty gry i dodatki do gier** – powszechną strategią marketingową stosowaną przez producentów gier jest wypuszczanie na rynek nowych wariantów gier lub dodatków do nich, np. nowych terenów do odkrycia w grach fabularnych, nowych umiejętności, zadań do wykonania czy bohaterów, których postaci można rozwijać.

Wpływ gier na najmłodszych użytkowników

Przeprowadzone w 2015 roku przez Fundację Dzieci Niczyje badania, wskazują, że ponad 40% dzieci w Polsce do 2. roku życia korzysta z różnego rodzaju urządzeń multimedialnych i aż 84% 5- i 6-latków (FDN, 2015). Obok tradycyjnych urządzeń, takich jak komputer czy telewizor, od kilku lat coraz większą popularnością cieszą się urządzenia mobilne: smartfony i tablety. Korzystają z nich coraz młodsze dzieci spędzając przed ekranem nawet kilka godzin dziennie. Tymczasem specjaliści wskazują, że zbyt wczesne i zbyt intensywne korzystanie z tych urządzeń może mieć bardzo negatywne skutki dla rozwoju małych dzieci.

Psycholodzy uważają że dzieci do 3. roku życia w ogóle nie powinny grać w gry wideo czy komputerowe – są na to gotowe dopiero 6-7-latki. Pierwsze trzy lata życia dziecka są okresem krytycznym w rozwoju mózgu, który w tym czasie rozwija się najintensywniej. Aby rozwój ten przebiegał prawidłowo, dziecko potrzebuje intensywnego kontaktu z innymi ludźmi i doświadczania świata wszystkimi zmysłami. Musi dotykać przedmiotów, słuchać różnych dźwięków, widzieć, czuć. Szczególnie ważne są interakcje z żywymi, prawdziwymi osobami – rodzicami, rodzeństwem, babcią, dziadkiem. Tylko w takiej relacji dziecko może nauczyć się języka i prawidłowo rozwijać

się społecznie i emocjonalnie. Tych umiejętności nie jest w stanie opanować przed monitorem.

Eksperci wskazują, iż u dzieci spędzających zbyt wiele czasu przed komputerem czy tabletem, może dochodzić do opóźnienia mowy i zaburzeń relacji społecznych.

Wpatrywanie się w płaski ekran może powodować problemy z widzeniem przestrzennym. Dzieci mające zbyt intensywny kontakt z ruchomymi obrazami na ekranie tabletu, mają kłopoty ze świadomym skupianiem uwagi na statycznych obrazkach, ponieważ nie dysponują odpowiednimi umiejętnościami organizowania pola spostrzeżeniowego. Małe dziecko jest w stanie koncentrować się na żywych kolorach i ruchu na ekranie, jednak jego mózg nie potrafi jeszcze nadać znaczenia obrazom, które widzi w telewizorze czy tablecie. Mózg dziecka potrzebuje aż dwóch lat, aby rozwinąć umiejętność łączenia symboli pojawiających się na ekranie z ich odpowiednikami w realnym świecie.

Ograniczenie aktywności ruchowej do dotykania palcami ekranu czy przesuwania myszki skutkuje zaburzeniami sprawności ruchowej i manualnej.

Podobne negatywne skutki możemy obserwować w przypadku gier. Im wcześniej dzieci zaczynają korzystać z gier wideo, tym bardziej są narażone na działanie czynników, które mogą prowadzić do uzależnienia. Małe dzieci szybko odkrywają, że granie na komputerze jest atrakcyjną formą spędzania czasu i szybciej niż starsze przyzwyczajają się do niej, stopniowo tracąc zainteresowanie innymi zabawami, które wydają im się nudne w porównaniu z grami oferującymi bogaty i fascynujący świat bardzo intensywnych wrażeń.

Ponadto małe dzieci nie mają jeszcze wyraźnie określonych granic realnego świata. Łatwo zaciera im się granica między fikcją a rzeczywistością, zazwyczaj silnie identyfikują się z bohaterami bajek, filmów i gier, którzy stanowią dla nich atrakcyjny model zachowań. Są mało krytyczne wobec tego, co widzą na ekranie. Zbyt wczesne i zbyt częste zabawy z komputerem mogą prowadzić do problemów w odróżnianiu, gdzie kończy się wirtualny świat, a gdzie zaczyna realny, i do przenoszenia zachowań z wirtualnej rzeczywistości do prawdziwego życia.

Podsumowanie

Zagadnieniu uzależnienia od gier komputerowych poświęcono w ostatnich latach wiele uwagi. Niestety, dostępne dane empiryczne nie są rozstrzygające w wielu kwestiach

związanych z zaburzeniem korzystania z gier, z jednej strony z powodu braku jednolitych koncepcji pojęciowych, z drugiej z powodu braku wystandaryzowanych narzędzi pomiaru, które pozwoliłyby na ocenę rozmiarów zjawiska wśród dzieci i dorosłych użytkowników tej formy rozrywki. Podsumowując, możemy powiedzieć, że gry komputerowe wywierają zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki. Długotrwałe korzystanie z gier, szczególnie przez najmłodszych użytkowników, może spowodować wiele niekorzystnych zmian w sferze psychospołecznej i fizycznej, aż do rozwoju uzależnienia. Z kolei dobrej jakości gry edukacyjne mogą wpływać stymulująco na rozwój psychospołeczny dziecka. Wpływ gier na psychikę dzieci i młodzieży zależy przede wszystkim od etapu rozwojowego, czynników biologicznych, od sytuacji społecznej, w jakiej wzrasta młody człowiek, a także od cech samych gier.

Bibliografia

- Bavelier D., Green C.S., Han D.H., Perry F.R., Merzenich M.M., Gentile D.A., „Brains on video games”, *Nature Reviews: Neuroscience*, Vol. 12, 763, 2011.
- Borkowska A., „Dzieci w świecie gier. Poradnik nie tylko dla rodziców”, Wyd. ORE, Warszawa 2016.
- Craighead B., Huskey R., Weber R., „Video Game Addiction: What Can We Learn From a Media Neuroscience Perspective?”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, Vol. 7, nr 3, 119-131, 2015.
- Han D.H., Kim S.M., Bae S., Renshaw F. R., Anderson J. S., „Brain connectivity and psychiatric comorbidity in adolescents with Internet gaming disorder”, *Addiction Biology*, December 2015.
- Kuhn S., Gallinat J., „Brain Structure and Connectivity Associated with Pornography Consumption”, *JAMA Psychiatry*, 2014.
- Wood R.T., Gupta R., Deverensky J.L., Griffiths M., „Video Game Playing and Gambling in Adolescents: Common Risk Factors”, *Journal of Child&Adolescent Substance Abuse*, Vol 14 (1), 2004.
- Wójcik S., „Gry online – korzystanie i nadużywanie wśród młodzieży. Wyniki badania EU NET ADB”, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, Vol. 12, Nr 1, 2013.

Amfetaminopochodne psychostymulanty (ang. Amphetamine-type stimulant, ATS) należą do grupy substancji, których głównym składnikiem są amfetamina i metamfetamina. Zażywanie tych substancji staje się coraz częstsze, do tego stopnia, że są one drugimi co do częstości zażywania substancjami na świecie (po marihuanie) (UNODC, 2011). W 2009 roku oszacowano, że nawet 1,2% światowej populacji zażywało choć raz ATS.

AMFETAMINOPPOCHODNE PSYCHOSTYMULANTY – KORELATY UŻYWANIA

*Magdalena Rowicka
Instytut Psychologii
Akademia Pedagogiki Specjalnej*

ATS można podzielić na dwie grupy: grupę amfetamin (psychostymulujące) i grupę ecstasy (zarówno stymulujące, jak i halucynogenne w dużych ilościach). ATS są syntetycznymi stymulantami centralnego ośrodka nerwowego, które prowadzą do uwolnienia dopaminy, noradrenaliny, adrenaliny i serotoniny, co powoduje wzmoczoną energię, euforię przy ograniczeniu apetytu (Barr i in., 2006), a przy długotrwałym zażywaniu prowadzą także do wzrostu libido czy rozhamowania (Halkitis i Jerome, 2008). Związek pomiędzy zażywaniem (przez długi czas) ATS i skłonnością do ryzykownych zachowań seksualnych jest relatywnie szeroko opisywany w literaturze, stąd najwięcej badań poświęconych

zażywaniu ATS dotyczy prostytucji czy ryzyka zakażenia HIV (np. Rusch i in., 2009).

Zażywanie ATS może także prowadzić do takich negatywnych konsekwencji, jak depresja czy stany psychotyczne. Z badań wynika, że osoby uzależnione są trzykrotnie bardziej narażone na te konsekwencje niż osoby nieuzależnione (McKetin i in., 2006), i zdecydowanie częściej angażują się w ryzykowne zachowania seksualne (głównie metamfetamina) (Colfax i in., 2010). Użytkownicy ATS znajdują się w grupie ryzyka infekcji HIV właśnie w związku ze zwiększoną tendencją do ryzykownych zachowań seksualnych (Degenhardt i in., 2010).

Przez wiele lat zainteresowanie badaczy skupiało się wokół heroiny czy kokainy. Konsekwencje używania ATS zaczęły wzbudzać zaniepokojenie lekarzy, badaczy i specjalistów od zdrowia publicznego w wielu regionach świata od 2005 roku (UNODC, 2013). Ze względu na relatywnie łatwy proces produkcji używanie tych substancji (korelaty, jak i konsekwencje) stały się priorytetowym obszarem badań np. w krajach azjatyckich (Hser i in., 2013). W Chinach liczba zarejestrowanych użytkowników narkotyków wzrosła z 70 tys. w 1990 roku do niemal 2 mln w 2012 roku (Chu i Levy, 2005). W celu ograniczenia zachowań ryzykownych związanych z zażywaniem narkotyków rząd Chin wprowadził programy redukcji szkód, co zaowocowało zwiększeniem kontroli negatywnych skutków zażywania heroiny (Sullivan i Wu, 2007), natomiast zdecydowanie zwiększyło się zażywanie ATS (Li i in., 2008). W samych Chinach szacuje się, że używanie ATS wśród zarejestrowanych użytkowników narkotyków w 2005 roku było na poziomie nieprzekraczającym 7%, ale w 2012 roku osiągnęło już poziomu niemal 35% (MPS, 2012).

Charakterystyka osób używających ATS

Badania tzw. trajektorii używania ATS na próbie chińskiej sugerują, że istnieją trzy jakościowo odmienne grupy użytkowników: pierwsza, stanowiąca 19% użytkowników, których można scharakteryzować jako stałych/twardych użytkowników (pomiędzy 2005 a 2012 rokiem); druga grupa – 15% użytkowników, przejawiająca tendencję wzrostową używania i trzecia grupa (66%), którą można opisać jako rekreacyjnych użytkowników (Hser i in., 2013). W próbie chińskiej (choć wyniki badań na innych ogólnych populacjach są zbieżne) średni wiek inicjacji ATS przypada na 30 lat ($M=30,7$; $Sd=7,9$) i znakomita większość osób używających ma znajomych, którzy także używają. Inne badania sugerują, że wiek inicjacji może być niższy nawet o 10 lat. Badania sugerują także, że używanie ATS nie jest związane z niskim statusem socjoekonomicznym (niski poziom wykształcenia, wykonywanej pracy i zarobków) – w badaniach prowadzonych w Wietnamie połowa osób zażywających ATS miała wykształcenie wyższe, a kolejne 25% jeszcze studiowało.

Z badań wynika, że osoby używające ATS zażywają także opiaty (nawet do 50%), ale ok. 1% używa ATS w postaci iniekcji (Hser i in., 2013). ATS i opiaty inaczej oddziałują na układ nerwowy, ale badania sugerują, że osoby używające właśnie opiatów są bardziej skłonne do sięgania także po amfetaminę niż osoby zażywające inne substancje (Wu i in., 2011).

Dwie na trzy osoby używające ATS spełniają kryteria diagnostyczne uzależnienia od ATS (wg DSM IV). Ponadto zidentyfikowano zależność pomiędzy wiekiem i trajektorią używania – im młodsza była osoba, gdy rozpoczynała używanie ATS, tym większa była szansa, że będzie należała do grupy o tendencji wzrostowej. Osoby uzależnione także zdecydowanie częściej należą do dwóch pierwszych grup, przy czym długość terapii stanowi czynnik chroniący (im dłuższa terapia, tym rzadziej należą do twardych użytkowników ATS).

Częstotliwość występowania depresji czy myśli samobójczych jest zdecydowanie wyższa w grupie osób używających ATS niż w próbie normatywnej (odpowiednio 64% i 17%), przy czym jest moderowana przez intensywność używania substancji – twarde używanie przyczynia się do zwiększenia podatności na depresję, podczas gdy rekreacyjne – przeciwnie, zmniejsza, co podkreśla związek pomiędzy predyspozycjami do zaburzeń nastroju i zaburzeń psychicznych a konsekwencjami używania ATS (Gold i in., 2009).

Wśród twardych użytkowników ATS badacze wykazali upośledzenie pamięci roboczej, funkcji poznawczych czy uwagi, które nie poprawiły się nawet po 2,5-letnim okresie abstynencji (w przypadku ecstazy) (Parrott, 2006).

Badania prowadzone w Tajlandii na grupie kobiet używających ATS rekreacyjnie, wykazały, że można było rozróżnić dwie podgrupy – pierwsza, która zażywała ATS w związku z pracą, i druga – z ryzykownymi zachowaniami niezwiązanymi z pracą. Kobiety należące do pierwszej grupy były istotnie starsze, ale obie grupy angażowały się w ryzykowne zachowania seksualne (Sutcliffe i in., 2009).

Czynniki ryzyka

Bardzo ograniczone badania z zakresu czynników ryzyka używania ATS wskazują przede wszystkim na zmienne demograficzne i pojedyncze psychologiczne. Tak ograniczona liczba badań i publikacji jest związana

z dopiero od niedawna wzrostowym trendem używania, choć jest to trend stabilny, zarówno w krajach azjatyckich, jak i Stanach Zjednoczonych i Europie. Badania z 2006 roku przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych na próbie niemal 24 tys. osób w wieku 18-25 lat, wykazały, że czynnikiem ryzyka w przypadku używania metamfetaminy było niższe wykształcenie i historia bycia aresztowanym, podczas gdy ATS (na receptę) – stres, poszukiwanie doznań, nieregularne picie alkoholu i bycie studentem (Herman-Stahl i in., 2007).

Badania podłużne młodzieży w Australii (w wieku 11-15 lat) sugerują, że w miejsce czynników psychologicznych, jedynie wczesna inicjacja marihuaną była istotnym predyktorem używania ATS (Degenhardt i in, 2007). Wyniki te prowadzą do postawienia pytania: jaka jest rola zażywania innych substancji w inicjacji ATS i czy jest trajektoria, która zakłada zażywanie jedynie ATS? Badania jakościowe prowadzone w Australii sugerują, że presja rówieśników i brak wiedzy na temat ATS, chorób przenoszonych przez krew (w przypadku iniekcji) czy prawa i konsekwencji dla zdrowia to podstawowe przyczyny sięgania przez młodzież po te substancje.

Podsumowanie

Badania dotyczące psychospołecznych korelatów używania ATS są bardzo ograniczone. Dwa najważniejsze trendy w badaniach dotyczą epidemiologii i ryzykownych zachowań seksualnych wraz z ich konsekwencjami. Badania epidemiologiczne sugerują istotny wzrost używania ATS, zarówno w sposób rekreacyjny (ze względu na krótkoterminowe efekty, takie jak euforia), jak i problemowy. Badania związane z seksualnymi zachowaniami ryzykownymi są motywowane dwoma charakterystykami samych substancji (ATS): po pierwsze upośledzonego procesu podejmowania decyzji, po drugie – zwiększonego libido i rozhamowania jako konsekwencji długotrwałego zażywania ATS. Ważnym wątkiem w tej grupie badań jest rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową i brak świadomości o nich. Obecnie brakuje danych, na podstawie których można oszacować psychospołeczne czynniki ryzyka charakterystyczne dla używania ATS, np. pojedyncze badania wykluczyły zmienne, takie jak satysfakcja z życia czy odczuwanie stresu jako predyktory używania ATS, natomiast podkreśliły wagę innych zachowań ryzykownych, co sugeruje bardziej złożone podłoże sięgania po ATS.

Bibliografia

- Barr A.M., Panenka W.J., MacEwan G.W., Thornton A.E., Lang D.J., Honer W.G., Lecomte T., „The need for speed: an update on methamphetamine addiction”, *J. Psychiatry Neurosci.*, 2006, 31, 301–313.
- Chu T.X., Levy J.A., „Injection drug use and HIV/AIDS transmission in China”, *Cell Res.*, 2005, 15, 865–869.
- Degenhardt L., Mathers B., Guarinieri M., Panda S., Phillips B., Strathdee S.A., Tyndall M., Wiessing L., Wodak A., Howard J., „Meth/amphetamine use and associated HIV: implications for global policy and public health”, *Int. J. Drug Policy*, 2010, 21, 347–358.
- Degenhardt L., Coffey C., Moran P., Carlin J.B., & Patton G.C., „The predictors and consequences of adolescent amphetamine use: Findings from the Victoria Adolescent Health Cohort Study”, *Addiction*, 2007, 102, 1076-1084.
- Gold M.S., Kobeissy F.H., Wang K.K., Merlo L.J., Bruijnzeel A.W., Krasnov I.N., Cadet J.L., „Methamphetamine- and trauma-induced brain injuries: comparative cellular and molecular neurobiological substrates”, *Biol. Psychiatry*, 2009, 66, 118-127.
- Halkitis P.N., Jerome R.C., „A comparative analysis of methamphetamine use: black gay and bisexual men in relation to men of other races”, *Addict. Behav.*, 2008, 33, 83-93.
- Herman-Stahl M.A., Krebs C.P., Kroutil L.A. & Heller D.C., „Risk and protective factors for methamphetamine use and nonmedical use of prescription stimulants among young adults aged 18 to 25”, *Addictive Behaviors*, 2007, 32, 1003-1015.
- Hser Y.I. Chang L. Wang G.J. Li M., Rawson R., Shoptaw S.J., Normand J., Tai B., „Capacity building and collaborative research on cross-national studies in the Asian region”, *Journal of Food Drug Anal.*, 2013, 21, 117-122.
- Li J., Zhang R.M., Liu H.J., „A preliminary study of methamphetamine use in Yunnan”, *China AIDS Patient Care STDS*, 2008, 22, 543-544.
- MPS – The Ministry of Public Security of China (2012). Annual Drug Abuse Report. Beijing.
- Parrott A.C., „MDMA in humans: Factors which affect the neuropsychobiological profiles of recreational ecstasy users, the integrative role of bioenergetic stress”. *Journal of Psychopharmacology*, 2006, 20, 147-163.
- Rusch M.L., Lozada R., Pollini R.A., Vera A., Patterson T.L., Case P., Strathdee S.A., „Polydrug use among IDUs in Tijuana, Mexico: correlates of methamphetamine use and route of administration by gender”, *J. Urban Health*, 2009, 86, 760-775.
- Sullivan G.R., Wu Z., „Rapid scale up of harm reduction in China”, *Int. J. Drug Policy*, 2007, 18, 118-128.
- Sutcliffe C.G., German D., Siroj B., Latkin C., Aramrattana A., Sherman S.G., Celentano D.D., „Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand”, *Drug Alcohol Depend.*, 2009, 101, 146-151.
- UNODC (2011). United Nations Office on Drug Use Crime (UNODC) World Drug Report. United Nations, Vienna.
- UNODC (2013). UNODC – United Nations Office on Drug Use Crime (UNODC) World Drug Report. United Nations, Vienna.
- Wu L.T., Woody G.E., Yang C., Blazer D.G., „How do prescription opioid users differ from users of heroin or other drugs in psychopathology: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”, *J. Addict. Med.*, 2011, 5, 28-35.

Działania z zakresu redukcji podaży są jednym z kluczowych elementów (obok redukcji popytu oraz redukcji szkód) polityki narkotykowej. Policja i inne służby w Polsce zwalczają rynek narkotykowy oraz przestępczość narkotykową i dane z tych służb zostały wykorzystane w artykule. Zaprezentowano także wybrane wyniki badań zrealizowanych wśród mieszkańców Polski (dostępność narkotyków) i użytkowników narkotyków (ceny narkotyków). Wykorzystane dane dotyczą roku 2015 (z wyjątkiem cen – dane za 2016 rok).

DZIAŁANIA Z ZAKRESU REDUKCJI PODAŻY NARKOTYKÓW ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW W POLSCE

Artur Malczewski

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

W Polsce przestępstwa związane z narkotykami dzielimy na dwie zasadnicze grupy:

- pospolite przestępstwa kryminalne opisane w kodeksie karnym i innych ustawach karnych (np. rozboje, kradzieże, w tym także z włamaniem, fałszerstwa) i
- przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku oraz 2005 roku, polegające np. na nielegalnej produkcji, przemyśle, udzielaniu, wprowadzaniu do obrotu, posiadaniu środków odurzających i psychotropowych, a także prowadzeniu niedozwolonych upraw roślin, służących do produkcji narkotyków.

W artykule zostanie omówiona druga grupa przestępstw. Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych rejestrowane były w bazie policyjno-prokuratorskiej TEMIDA, która w ostatnich latach została zastąpiona nową bazą. Są w niej odnotowywane przypadki łamania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Podstawowymi jednostkami statystycznymi, jakimi posługuje się policja, są podejrzani, postępowania wszczęte i zakończone oraz przestępstwa stwierdzone. W opracowaniu zaprezentuję dane dotyczące podejrzanych oraz postępowań wszczętych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Analizując dynamikę zmian, warto wziąć pod uwagę, że dane pokazują zarówno skalę przestępczości, jak również są wskaźnikiem zaangażowania służb w zwalczanie rynku narkotykowego.

Postępowania wszczęte

Analizę danych rozpoczniemy od liczby postępowań wszczętych. Jedno postępowanie może obejmować

więcej niż jedno przestępstwo. W latach 1999–2006 corocznie wzrastała liczba postępowań wszczętych. Przyjrzyjmy się, z powodu jakich artykułów z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii postępowania były najczęściej rozpoczynane w 2015 roku. Najwięcej ich odnotowano z art. 62 (posiadanie narkotyku) – 86% wszystkich osób (26 282). Na drugim miejscu znalazły się postępowania wszczęte z powodu nielegalnych upraw (4%, 1318 osób z art. 63) oraz z powodu handlu (4%, 1287 osób z art. 59). Znacząca liczba postępowań odnotowana została przez policję z powodu udzielania innym narkotyku (851 osób z art. 58, 3%). Warto przytoczyć w tym miejscu dane na temat walki z uprawami marihuany. W 2015 roku policja zabezpieczyła 1625 upraw z 102 713 roślinami.

Przyjrzyjmy się, jak zmieniała się dynamika postępowań w latach 2009–2015. W ciągu tych lat odnotowano coroczny wzrost liczby postępowań z powodu posiadania narkotyków art. 62 pkt 1 i pkt 3. W 2012 roku odnotowano spadek liczby tych postępowań, co mogło być efektem wprowadzenia w 2011 roku nowych rozwiązań, jak art. 62a, mający na celu niekaranie użytkowników narkotyków posiadających niewielkie ilości na własny użytek. Na podstawie nowego artykułu prokurator mógł zawiesić postępowanie przed wszczęciem śledztwa przez policję. Na taką hipotezę wskazują dane dotyczące art. 62 pkt 3 (znaczna ilość). Widać, iż w roku 2012 liczba postępowań z tego artykułu nie zmniejszyła się, w przeciwieństwie do art. 62 pkt 1 i 3. Corocznie zwiększała się liczba postępowań z art. 63. W 2015 było prawie 2,5 razy więcej postępowań z tego artykułu. Mimo

Tabela 1. Postępowania wszczęte z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2009–2015.

Artykuł	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Art. 53. 1 – produkcja	60	58	61	99	68	62	71
Art. 53. 2 – produkcja znacznych ilości	51	60	102	76	104	99	107
Art. 54 – wyrób, posiadanie, przechowywanie, zbywanie lub nabywanie przyrządów	37	40	49	50	55	44	53
Art. 55. 1 & 2 – przemysł	232	272	260	318	359	385	350
Art. 55. 3 – przemysł znacznych ilości	151	170	177	187	134	126	155
Art. 56. 1 & 2 – nielegalne wprowadzanie do obrotu	323	394	389	267	426	434	296
Art. 56. 3 – nielegalne wprowadzanie do obrotu znacznych ilości	917	1 102	1 143	1 099	700	777	671
Art. 57 – przygotowanie do popełnienia przestępstwa	-	-	-	-	25	23	27
Art. 58 – udzielanie	2 069	2 145	2 110	2 212	1 804	1 635	979
Art. 59 – handel	2 998	3 052	3 195	2 942	2 033	1 929	1 421
Art. 60 – niezgłoszenie handlu narkotyków w lokalu	7	4	8	5	-	-	1
Art. 61 – prekursorzy	44	47	56	58	8	12	16
Art. 62. 1 & 3 – posiadanie	17 954	17 843	19 787	18 725	19 504	20 561	20 305
Art. 62. 2 – posiadanie znacznych ilości	859	1 023	1 057	1 064	995	1 071	1 177
Art. 63. 1 & 3 – uprawa	443	610	703	1 043	1 125	1 111	1 082
Art. 63. 2 – uprawa znacznych ilości	29	31	37	56	14	16	5
Art. 64 – kradzież narkotyków	17	8	6	19	21	13	23
Art. 68 – reklama narkotyków	11	6	6	5	-	-	2
Suma	26 165	26 865	29 146	28 225	27 375	28 298	26 741

Źródło: KG Policji.

rekordowej liczby postępowań, w 2015 roku odnotowano najmniej osób z art. 59 (handel) – 1287 osób.

Podjejrzeni

Oprócz postępowań wszczętych warto przyrzeć się liczbie osób podejrzanych w 2015 roku. W tabeli 2. zostały przedstawione dane za lata 2009–2015. Ostatnie dane wskazują na spadek liczby podejrzanych w 2015 roku (w przeciwieństwie do wskaźnika postępowań wszczętych) z 28 298 osób do 26 741. Analizując sytuację od 2009 roku, odnotowujemy najwyższą liczbę osób zatrzymanych za produkcję znacznych ilości narkotyków (art. 53.2: 107), przestępstwa związane z posiadaniem sprzętu do produkcji (art. 54: 53) oraz posiadania znacznych ilości (art. 62.2: 1177). Najwięcej osób było podejrzanych za posiadanie narkotyków (20 305 osób).

Nielegalny rynek konopi indyjskich

Najwięcej przestępstw w Polsce dotyczy przetworów konopi, czyli przeważnie marihuany, ale również haszyszu. Stanowiły one 70% wszystkich przestępstw w 2011 roku, a w 2012 roku już 78%. Najnowsze dane dotyczące liczby przestępstw nie są zbierane w rozbiciu na narkotyki. Na zwiększenie liczby przestępstw z powodu marihuany ma wpływ rozwój krajowych upraw konopi indyjskich. W 2012 roku w Polsce zabezpieczono 61 585 roślin konopi indyjskich. Policja zlikwidowała 1314 upraw, z tego 48% to były uprawy zewnętrzne (*outdoor*). W 2015 roku zlikwidowano 1625 upraw i zabezpieczono 102 713 roślin. Coraz bardziej popularne stają się uprawy wewnętrzne, nazywane *indoor*. Oprócz zorganizowanych grup przestępczych uprawami zajmują się również użytkownicy narkotyków. Do tego celu wykorzystywane są np. szafy, kolumny

Tabela 2. Podejrzani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2009–2015.

Artykuł	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Art. 53. 1 – produkcja	55	58	56	62	50	51	40
Art. 53. 2 – produkcja znacznych ilości	20	25	33	51	58	50	61
Art. 54 – wyrób, posiadanie, przechowywanie, zbywanie lub nabywanie przyrządów	36	28	37	22	20	28	30
Art. 55. 1 & 2 – przemysł	399	222	216	264	271	303	266
Art. 55. 3 – przemysł znacznych ilości	62	69	98	86	82	92	98
Art. 56. 1 & 2 – nielegalne wprowadzanie do obrotu	139	147	195	97	141	130	172
Art. 56. 3 – nielegalne wprowadzanie do obrotu znacznych ilości	173	219	217	185	162	173	169
Art. 57 – przygotowanie do popełnienia przestępstwa	-	-	-	-	19	19	13
Art. 58 – udzielanie	1 112	1 102	1 073	1 119	1 074	1 041	851
Art. 59 – handel	1 408	1 734	1 679	1 590	1 500	1 467	1 287
Art. 60 – niezgłoszenie handlu narkotyków w lokalu	9	6	11	6	1	1	2
Art. 61 – prekursorzy	50	33	47	39	18	15	18
Art. 62a – zaprzestanie postępowania	-	-	-	11	-	-	-
Art. 62. 1 & 3 – posiadanie	15 494	15 734	17 608	17 266	19 504	23 234	25 137
Art. 62. 2 – posiadanie znacznych ilości	686	724	788	864	861	999	1 145
Art. 63. 1 & 3 – uprawa	565	689	848	1 289	1 256	1 425	1 310
Art. 63. 2 – uprawa znacznych ilości	24	24	24	27	4	9	8
Art. 64 – kradzież narkotyków	42	11	6	18	30	21	29
Art. 68 – reklama narkotyków	14	7	4	5	4	2	2
Suma	20 252	20 832	22 940	23 001	25 055	29 060	30 638

Źródło: KG Policji.

głośnikowe, lodówki czy specjalne namioty, aby ukryć uprawiane krzaki konopi. Wiedzę o uprawie, jak również o miejscach, gdzie można zaopatrzyć się w nasiona, młodzi hodowcy czerpią z internetu oraz z magazynów poświęconych tej tematyce, jak np. „Spliff” – gazeta konopna, czy polska wersja „Soft Secret”. W uprawy marihuany zaangażowane są zorganizowane grupy przestępcze składające się również z mniejszości wietnamskiej. Analizując rynek konopi indyjskich, warto odnieść się do ostatnich badań na młodzieży Fundacji CBOS oraz KBPN.

W 2016 roku 42% badanych zadeklarowało używanie kiedykolwiek w życiu marihuany i haszyszu. Byli to uczniowie ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych. Popyt na marihuanę jest o wiele większy, niż to było w 2008 roku (31%), jednak można wysnuć wnioski o zahamowaniu tendencji wzrostowej, ponieważ w poprzednim pomiarze z 2013 roku odsetek badanych był niewiele niższy niż w 2016 roku, wyniósł 40%.

Czystość i cena narkotyków

Dane dotyczące cen detalicznych narkotyków są rejestrowane przez policję. Zbierane są także w trakcie badań wśród użytkowników. Analizując ceny narkotyków, warto zauważyć, że zależą one od wielu czynników, np. położenia geograficznego, czystości narkotyków, intensywności działań policyjnych i sytuacji międzynarodowej. Cena narkotyku odzwierciedla jego poziom dostępności. Im wyższa, tym dostęp do niej bardziej ograniczony. Dlatego dilerzy mogą sprzedawać drożej narkotyki, bo i tak znajdą kupców. Policja nie zbiera danych wymaganych w ramach europejskiego systemu raportowania do EMCDDA. W celu uzyskania informacji na temat średniej lub najczęstszej (modalnej) ceny narkotyków prowadzone są badania wśród użytkowników. Od 2008 roku realizowane są badania wśród użytkowników narkotyków, którzy korzystają z programów

wymiany igieł i strzykawek. W ramach wywiadów kwestionariuszowych respondenci są proszeni o podanie ceny ostatniego zakupu narkotyku. Różnorodność cen wziętych pod uwagę znajduje odzwierciedlenie w tabeli 3. Jest ona o wiele mniejsza niż w 2008 roku, ponieważ co roku zmniejsza się liczba osób ankietowanych prawdopodobnie z powodu spadku popularności iniekcyjnego używania narkotyków. Ponadto maleje popularność tradycyjnych

narkotyków, takich jak heroina czy amfetamina, które są zastępowane przez nowe substancje psychoaktywne. Średnia cena za gram marihuany w 2016 roku wyniosła 34 zł i jest wyższa od wartości modalnej 30 zł. Wartości zostały policzone na podstawie 76 informacji od użytkowników. Średnia cena w 2016 roku jest nieznacznie wyższa od ceny z roku 2014. Mediana i modalna jest taka sama w obu pomiarach, dlatego też możemy wysnuć wniosek o stabilnej cenie marihuany na rynku przy takiej samej koncentracji THC (10%).

Tabela 3. Ceny narkotyków raportowane przez użytkowników w latach 2008–2016.

		2008	2010	2012	2014	2016
Marihuana (gram)	Liczba informacji	455	171	167	187	76
	Minimum	15	15	10	20	20
	Maksimum	55	40	50	60	50
	Modalna	40	30	30	30	30
	Średnia	32	26	31	32	34
	Mediana	-	30	30	30	30
Heroina (gram)	Liczba informacji	223	64	81	80	34
	Minimum	95	100	120	120	120
	Maksimum	350	400	270	250	240
	Modalna	120	160	130	160	200
	Średnia	159	173	152	167	190
	Mediana	-	160	150	160	200
Kokaina (gram)	Liczba informacji	174	42	49	87	37
	Minimum	100	100	130	100	120
	Maksimum	300	260	250	350	400
	Modalna	150	200	200	200	300
	Średnia	161	180	182	194	270
	Mediana	-	200	180	200	300
Amfetamina (gram)	Liczba informacji	455	250	191	209	93
	Minimum	15	20	20	20	20
	Maksimum	55	100	100	60	50
	Modalna	40	40	35	40	30
	Średnia	32	39	34	38	34
	Mediana	-	40	35	40	35
Ecstasy (tabletki)	Liczba informacji	85	46	58	71	28
	Minimum	5	4	3	5	5
	Maksimum	30	20	25	36	50
	Modalna	20	5	5	15	20
	Średnia	28	8	7	14	20
	Mediana	-	6	5	15	20

Źródło: Wyniki badań Centrum Informacji KBPN – Reitox Focal Point.

Amfetamina jest sprzedawana na nielegalnym rynku po podobnej cenie jak marihuana (34 zł w 2016 roku), ale tańszej niż w 2014 roku (38 zł). Czystość amfetaminy w tym czasie wzrosła z 13% do 20%. Cena modalna i mediana amfetaminy były niższe w 2016 roku niż w roku 2014. Ostatnie dane wskazują zatem na spadek cen amfetaminy. Narkotyk, który jest znacznie tańszy, to ecstasy. Jest on sprzedawany w postaci tabletek. Zauważamy wyraźny spadek cen ecstasy do roku 2012. Jednak ostatnie informacje z 2014 i 2016 roku wykazały na wzrost ceny. Najnowszy raport EMCDDA z 2016 roku (Europejski Raport Narkotykowy) wskazywał na powrót na rynek europejski tabletek ecstasy, które zawierają duże stężenie MDMA.

Najdroższym narkotykiem na rynku jest kokaina. Jest ona zwykle sprzedawana po 300 zł za gram (modalna). Wysoka cena tego narkotyku skutecznie ogranicza jego dostępność. Średnia cena kokainy wzrosła od 2008 roku ze 161 zł do 270 zł. W przypadku cen heroiny ostatnie dane wskazują na wzrost cen tego narkotyku. W 2016 roku osiągnęła ona najwyższy poziom: 190 zł. Ostatnie wyniki badań epidemiologicznych pokazują na zmniejszenie się rozpowszechnienia używania heroiny zażywanej w iniekcjach.

Zabezpieczenie narkotyków

W 2015 roku odnotowano rekordowe konfiskaty haszyszu (843 kg), kokainy (219 kg) oraz amfetaminy (51 kg). Wysokie wskaźniki zabezpieczenia dotyczyły także marihuany – 1830 kg. Dane z różnych źródeł wskazują na niski poziom używania heroiny. W konfiskatach heroiny widać również, że ta substancja nie jest zbyt popularna. W 2015 roku zabezpieczono niecałe 4 jej kilogramy.

Ostatnie dane z badań na młodzieży pokazują, że metamfetamina zaczyna być używana w Polsce. Nadal zabezpieczenia tego narkotyku nie są tak duże jak innych stymulantów, ale w 2015 roku odnotowano największą ilość zabezpieczonej metamfetaminy w analizowanym okresie.

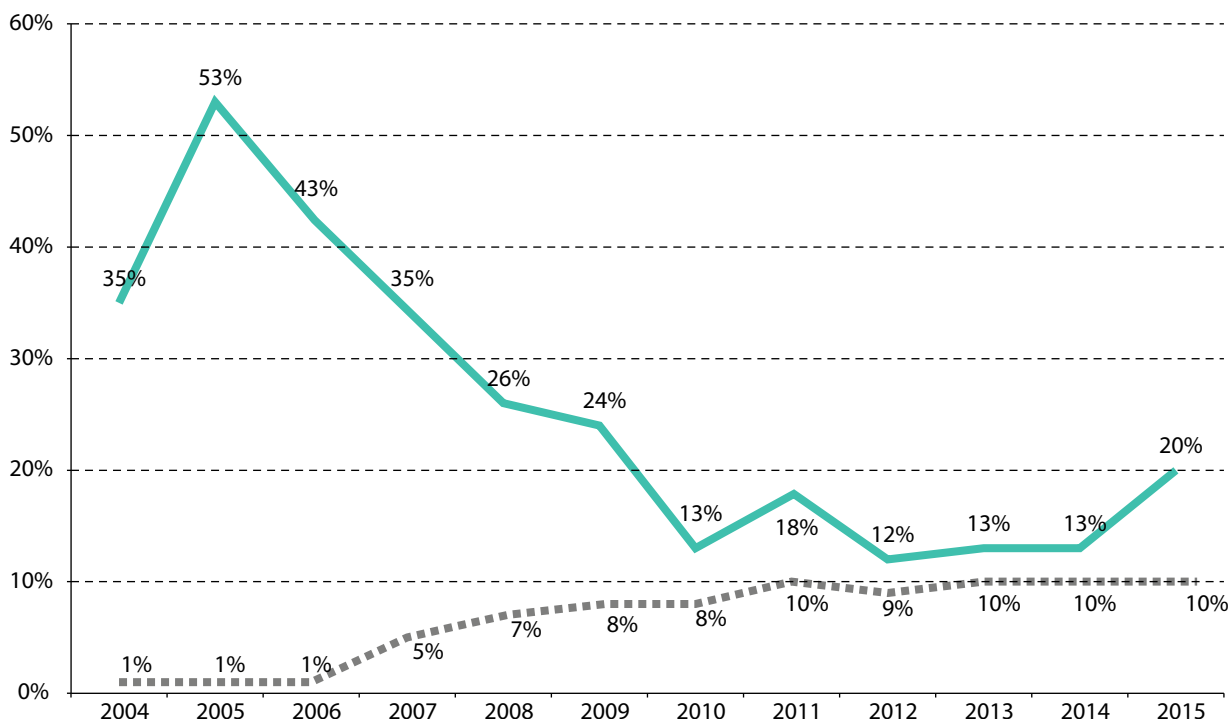
Dostępność narkotyków

Badania ankietowe wśród młodzieży oraz populacji generalnej pozwalają na zbadanie dostępności narkotyków. Ostatnie badania w populacji generalnej (reprezentatywna ogólnopolska grupa wiekowa 15-64 lata) zostały przeprowadzone w 2016 roku przez Fundację CBOS¹. Przyjrzyjmy się odpowiedziom badanych, którzy pytani byli o ocenę dostępności substancji psychoaktywnych. Analiza odpowiedzi dotyczących możliwości dosyć łatwego lub bardzo łatwego zdobycia substancji nielegalnych wskazuje na najwyższe odsetki respondentów w przypadku przetworów konopi (27,6%) oraz „dopalaczy” (27,4%), następnie amfetaminy i sterydów anabolicznych (odpowiednio 16,6% i 16,5%). Kolejną grupą substancji, bardziej jednorodną pod względem łatwego dostępu, były: kokaina, grzyby halucynogenne i LSD (wskaźniki wahają się od ok.

10% do ok. 11%). Pomiędzy dwoma ww. grupami substancji, w przypadku których odsetki badanych wskazujących je jako stosunkowo łatwe do zdobycia, nie przekroczyły 20%, uplasowała się ecstazy – prawie 13% badanych zadeklarowało jej zdobycie jako dosyć łatwe lub bardzo łatwe. Wyniki badań ankietowych pokazują, że dwie najłatwiej dostępne substancje to marihuana i „dopalacze”, które są sprzedawane cały czas w sklepach stacjonarnych. Badani pytani byli, w jaki sposób kupują lub dostają marihuanę. Pytanie dotyczyło ostatniej okazji. Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi najczęściej wskazywali oni na otrzymanie ich od kogoś (blisko 64%) lub zakup (około 28%). Żaden z respondentów nie wskazał na odpowiedź dotyczącą samodzielnej hodowli. Uprawa marihuany jest zagrożona dość wysoką karą i to był zapewne jeden z powodów, że nikt nie przyznał się do jej uprawiania. Ponadto 15% badanych wskazało na inny niż wymieniony w kafeterii odpowiedzi sposób zdobycia przetworów konopi – tu respondenci najczęściej deklarowali, że zostali poczęstowani (prawie trzy czwarte wśród osób, które wskazały inny sposób zdobycia).

Kolejnym elementem badania była kwestia, kim była osoba dostarczająca marihuanę lub jakie to było miejsce.

Wykres 1. Czystość amfetaminy (niebieska linia) oraz stężenie THC według danych Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego (linia przerywana).



Źródło: Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji.

Spośród różnych źródeł zaopatrywania się w przetwory konopi badani najczęściej wskazywali na pozyskanie od przyjaciela, przyjaciółki lub kogoś znajomego (blisko 54%). O wiele mniejsze odsetki deklarowały zdobycie przetworów konopi od kogoś nieznanego (nieco ponad 13%), bezpośrednio od dilerów (niecałe 8% użytkowników) oraz krewnego (4%). Rzadko zdarza się natomiast zdobywanie przetworów konopi z wykorzystaniem internetu czy przesyłek (odpowiednio: 2,1% i 1,1%).

Redukcja podaży narkotyków

Przyjrzyjmy się wybranym działaniom różnych służb mających na celu zwalczanie produkcji, handlu i przemytu narkotyków. Corocznie służby zajmujące się zwalczaniem przestępczości narkotykowej sprawozdają się do KBPN z podjętych działań. Poniższa część opracowania pochodzi z informacji przekazanych przez różne służby w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz sprawozdawczości dla ONZ. W 2015 roku zlikwidowano 15 miejsc nielegalnej produkcji amfetaminy, dwa miejsca produkcji mefedronu oraz dwa miejsca produkcji metamfetaminy. W 2015 roku CBS zlikwidowało 10 grup o charakterze przestępczym, w tym zajmujących się produkcją amfetaminy; jest to o cztery grupy przestępcze mniej niż w roku 2014. Funkcjonariusze ABW, w ramach sześciu postępowań przygotowawczych, prowadzili rozpoznanie trzech grup przestępczych

zajmujących się przemytem i wprowadzaniem do obrotu narkotyków. W ramach ww. postępowań nie rozpoznano jednak grup przestępczych zajmujących się produkcją amfetaminy. Ponadto w 2015 roku policja zlikwidowała 33 grupy zajmujące się obrotem narkotyków (w 2014 roku liczba ta wynosiła 34).

Straż Graniczna prowadziła działania podjęte w celu zidentyfikowania nowych szlaków i kierunków przemytu środków odurzających i substancji psychotropowych. Koncentrowały się one głównie w obszarach dotyczących:

- marihuany trafiającej do Polski w wyniku wewnętrzzwozowego nabycia na terytorium Holandii, Niemiec oraz Czech,
- metamfetaminy wytwarzanej w Polsce przez członków zorganizowanych grup przestępczych pochodzenia wietnamskiego z prekursorów i środków chemicznych pochodzących z Czech,
- tzw. hiszpańskiego szlaku przemysłowego dotyczącego narkotyków pochodzenia konopnego (marihuana, haszysz), trafiających drogą morską z Maroka na terytorium Hiszpanii lub Portugalii, następnie drogą lądową przez terytorium Francji, Niemiec, Polski, Ukrainy, Białorusi, Litwy do Rosji,
- kokainy i narkotyków syntetycznych przemyconych do Polski z Holandii,
- nielegalnego wprowadzania do obrotu niedozwolonych środków leczniczych (anaboliki, viagra) z wykorzystaniem przesyłek cargo w międzynarodowej komunikacji lotniczej.

Tabela 4. Zabezpieczenia narkotyków w latach 2005–2015 przez Policję oraz Straż Graniczną.

Narkotyki	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Haszysz (kg)	19	35	33	115	17	85	59	39	208	99	843
Marihuana (kg)	227	402	353	493	883	1 502	1 265	1 489	1 243	2 720	1 830
Heroina (kg)	41	155	124	79	86	25	51	36	49	273	4
Kokaina (kg)	17	22	161	29	117	111	78	213	21	31	219
Amfetamina (kg)	345	333	424	356	422	534	395	614	676	783	695
Metamfetamina (kg)	-	0,16	5,71	0,12	10,07	1,23	0,52	4,25	9,57	41,02	51,11
Ecstasy (tabletki)	492 531	145 344	610 383	651 985	218 616	269 842	75 082	31 092	45 997	62 028	120 886
LSD (listki)	2226	1453	327	353	642	1353	0	29 173	457	5456	0

Źródło: Centrum Informacji KBPN – Reitox Focal Point, ST13. Dane z Policji oraz Straży Granicznej.

Służba Celna sporządziła tzw. profile ryzyka strategicznego, na podstawie których dokonywane są czynności kontrolne. W 2015 roku stworzono 15 takich profili, wśród których znalazły się m.in. następujące obszary:

- prowadzenie na terenie woj. dolnośląskiego nielegalnej działalności związanej z wytwarzaniem, przetwarzaniem, przerabianiem, przewozem, posiadaniem, przechowywaniem lub wprowadzaniem do obrotu środków odurzających, substancji psychotropowych lub ich prekursorów przez osoby, u których wykryto tego typu działalność w przeszłości,
- niezgodny z przepisami przywóz, wywóz, wewnątrzwspólnotowe nabycie, wewnątrzwspólnotowa dostawa, przewóz, nabywanie, posiadanie lub przechowywanie prekursorów przez osoby prowadzące działalność gospodarczą lub osoby fizyczne, we właściwości miejscowej dyrektora Izby Celnej w Gdyni,
- przemyt środków odurzających, substancji psychotropowych i ich prekursorów z krajów Europy Zachodniej na terenie woj. opolskiego,
- ryzyko przemieszczeń przez obszar województwa wielkopolskiego środków odurzających i/lub substancji psychotropowych (marihuana, amfetamina, kokaina, haszysz, ecstazy, inne),
- ryzyko transgranicznego przemytu środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów przez przejścia graniczne z Białorusią i Ukrainą, we właściwości miejscowej dyrektora Izby Celnej w Białej Podlaskiej, oraz ich przemieszczania pod postacią/przykryciem towarów legalnie zgłaszanych w systemie odpraw celnych,
- ryzyko związane z przemytem środków odurzających i substancji psychotropowych z krajów Europy Zachodniej w przesyłkach kurierskich we właściwości Izby Celnej w Warszawie.

Służba Celna zwalczała przemyt narkotyków poprzez udział w operacjach i spotkaniach międzynarodowych i krajowych:

- operacja WESTERLIES 3 – przeprowadzona w marcu 2015 roku, ukierunkowana na zwalczanie przemytu narkotyków (głównie metamfetaminy) w ruchu lotniczym przez pasażerów wylatujących z lotnisk położonych w krajach afrykańskich lub środkowo-europejskich, z przesiadką w krajach europejskich i dalej udających się do państw wschodnioazjatyckich. Operacja przeprowadzona z inicjatywy Światowej

Organizacji Celnej (WCO) oraz japońskich organów celnych,

- operacja BLUE AMBER – przeprowadzona od czerwca do września 2015 roku, ukierunkowana na kontrolę przesyłek kurierskich i pocztowych pod kątem ujawnień środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Przeprowadzone działania kontrolne były elementem Cyklu Polityki Bezpieczeństwa UE w zakresie poważnej i zorganizowanej przestępczości na lata 2014–2017,
- operacja SASHA – przeprowadzona we wrześniu i w październiku 2015 roku, ukierunkowana na transport, kontrolę kontenerów cargo lotnicze, przesyłek kurierskich i pocztowych pod kątem ujawnień prekursorów i pre-prekursorów narkotykowych. Operacja przeprowadzona z inicjatywy Komisji Europejskiej (OLAF) i francuskiej administracji celnej,
- operacja CATALYST – przeprowadzona w październiku 2015 roku, ukierunkowana na transport lotniczy i morski oraz cargo lotnicze i przesyłki kurierskie i pocztowe pod kątem ujawnień środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Operacja przeprowadzona z inicjatywy WCO i koreańskiej administracji celnej,
- operacja SKY-NET II – przeprowadzona w listopadzie 2015 roku, ukierunkowana na pasażerski transport lotniczy oraz cargo lotnicze i przesyłki kurierskie i pocztowe pod kątem ujawnień narkotyków i środków zastępczych. Operacja przeprowadzona z inicjatywy WCO i chińskiej administracji celnej,
- opracowanie i nadzór nad operacją WOODSTOCK 2015,
- operacja BEZPIECZNA SZKOŁA – przeprowadzona od sierpnia do listopada 2015 roku, ukierunkowana na zwalczanie handlu i dystrybucji środków zastępczych poprzez kontrolę potencjalnych miejsc dystrybucji dopalaczy. Operacja została zainicjowana przez SC, którą w trakcie przygotowań i realizacji wspierała Policja i PIS.

Przypisy

¹ Raport z badań znajduje się pod adresem: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=928538

Negatywne konsekwencje związane z uzależnieniami należą do najpoważniejszych problemów społecznych i zdrowotnych. Można je ograniczyć poprzez różnorodne i systematyczne działania, w czym znaczącą rolę ma do spełnienia samorząd lokalny. Szczególna uwaga powinna być skierowana na przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież.

PROGRAMY REKOMENDOWANE W SYSTEMIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH REALIZOWANYCH W PŁOCKU

Joanna Dobrzeńska
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Urzędu Miasta Płocka

Samorząd Płocka od wielu lat prowadzi aktywne działania w obszarze profilaktyki i uzależnień, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Obszar działań określony jest w Miejskim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Miejskim Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Na bieżąco analizujemy skalę zjawisk, potrzeby lokalne oraz możliwości działania naszego miasta w tym zakresie. Przyglądamy się, co należy robić, aby przeciwdziałać używaniu substancji psychoaktywnych, niwelować oraz zmniejszać skutki ich nadużywania, analizujemy dotychczasowe działania, ich zasadność oraz jakość. Wykorzystujemy sprawdzone

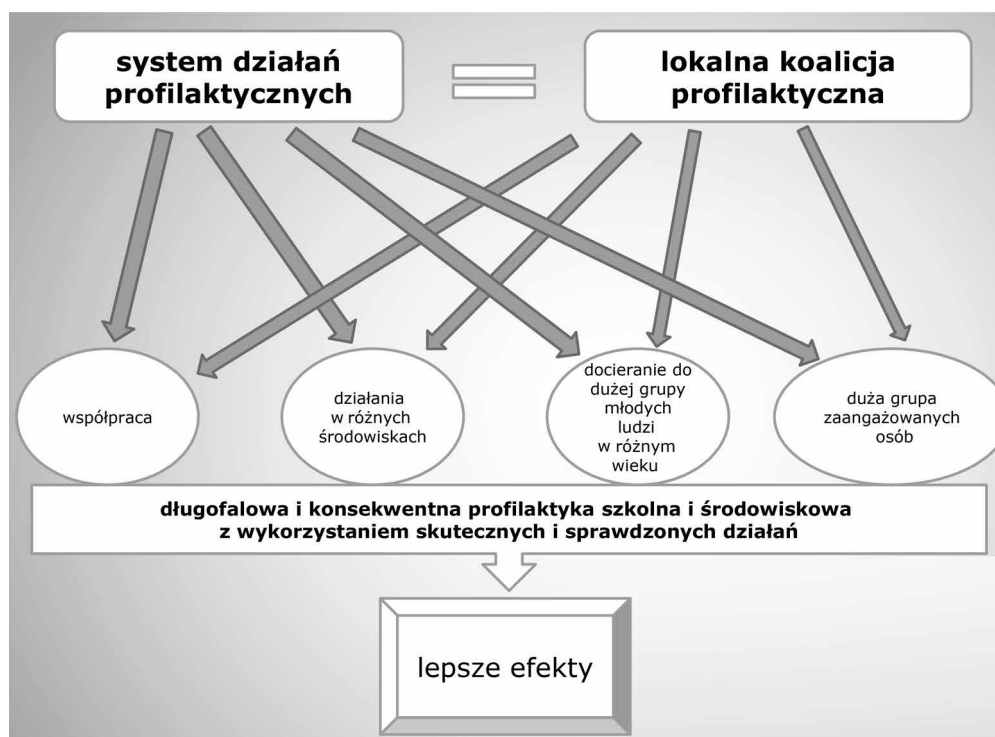
i rekomendowane działania profilaktyczne oparte na naukowych podstawach, dające gwarancję skuteczności.

Diagnoza lokalnych problemów – badania ESPAD

W 2016 roku w Płocku została przeprowadzona druga edycja badań ankietowych pn. „Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Innych Substancji Psychoaktywnych przez Młodzież Szkolną ESPAD”. Ich celem było określenie rozmiarów i trendów zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Podstawowe

pytania badawcze dotyczyły liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz stopnia nasilenia tych doświadczeń. Celem badań była również próba identyfikacji i pomiar czynników wpływających na rozpowszechnienie tego zjawiska, zarówno po stronie popytu, jak i podaży. W badaniu zostały poruszone także kwestie dotyczące oceny dostępności substancji psychoaktywnych, gotowości do podjęcia prób z tymi środkami, przekonań na temat ich szkodliwości, doświadczeń w zakresie problemów związanych z ich używaniem.

Ryc. 1. Płocki system działań profilaktycznych.



Podobne badania po raz pierwszy zostały przeprowadzone w Płocku w 2012 roku. Zrealizowana po czterech latach druga edycja miała m.in. pokazać zmiany w skali zjawiska. Badaniami zostali objęci uczniowie 40 klas III szkół gimnazjalnych (789 uczniów) i 40 klas II szkół ponadgimnazjalnych (847 uczniów). Badania zostały przeprowadzone przez Zespół z Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykologią Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Z ogromnym zainteresowaniem, ale również z pewnym niepokojem czekaliśmy na wyniki tych badań. Byliśmy ciekawi, czy wcześniej podjęte przez nas decyzje dotyczące kierunków działań profilaktycznych, realizowanych w naszym mieście, były właściwe i dały oczekiwane przez nas efekty – zmniejszenie liczby młodych osób używających substancji psychoaktywnych. Okazało się, że wyniki badań przeprowadzonych w 2016 roku, w porównaniu do wyników uzyskanych w 2012 roku, wskazują na pozytywne tendencje. Nastąpił spadek rozpowszechnienia palenia tytoniu, picia napojów alkoholowych, upijania się, używania marihuany lub haszyszu, a także innych narkotyków przez płocką młodzież. Zmiany, świadczące o pozytywnych efektach działań profilaktycznych prowadzonych w naszym mieście, utwierdziły nas w przekonaniu, że słuszne było położenie przez nas szczególnego nacisku na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych. To były dla nas bardzo ważne działania, które promowaliśmy. Wyniki badań traktujemy jako swego rodzaju sukces, który jest skutkiem właściwych decyzji dotyczących zakresu działań

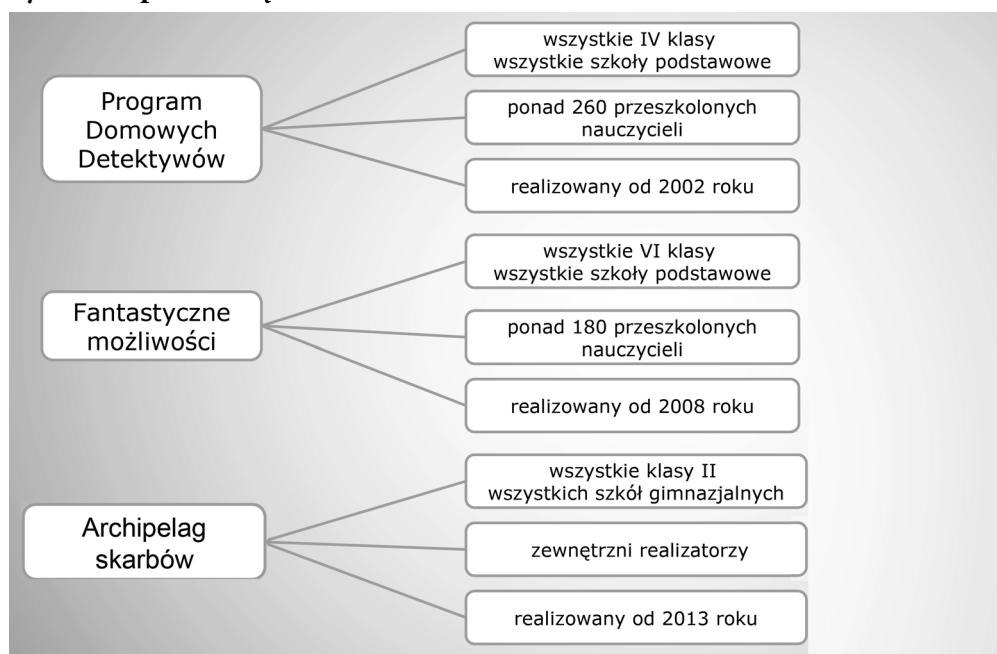
profilaktycznych z obszaru profilaktyki uzależnień, które są realizowane w naszym mieście.

Płocki system działań profilaktycznych

Właściwą decyzją było stworzenie systemu działań profilaktycznych odpowiadających na lokalne potrzeby. Zanim jednak do tego doszło, analizowaliśmy nasze doświadczenia, śledziliśmy aktualne doniesienia na temat skutecznych działań z obszaru profilaktyki uzależnień, sprawdzaliśmy, które działania są pozytywnie odbierane przez młodych ludzi, nauczycieli oraz rodziców. Analizowaliśmy wnioski oraz rekomendacje wynikające z opracowywanych każdego roku raportów diagnozujących stan problemów alkoholowych i narkotykowych w Płocku.

Doszliśmy do wniosku, że najlepsze efekty możemy uzyskać realizując rekomendowane programy profilaktyczne, które są sprawdzone, pozytywnie ocenione i dają gwarancję skuteczności. Jednocześnie uznaliśmy, że współpraca i równoczesne działanie w różnych środowiskach przynosi lepsze rezultaty niż działanie w pojedynkę. Im więcej osób dostrzeże problem i jest zaangażowanych w długofalową i konsekwentną profilaktykę, tym efekty działań mogą być lepsze. Poza tym stwierdziliśmy, że należy docierać do jak najszerszej grupy młodych ludzi w różnych przedziałach wiekowych oraz do ich rodziców i opiekunów. Duży nacisk

Ryc. 2. Rekomendowane programy profilaktyczne (profilaktyka uniwersalna) koordynowane przez Urząd Miasta Płocka.



położyliśmy na podnoszenie jakości prowadzonych działań profilaktycznych, a nie zwiększanie ich liczby. Zrezygnowaliśmy ze wspierania działań incydentalnych, które nie przynoszą wymiernych efektów na rzecz projektów długofalowych. Zachęcaliśmy do podejmowania działań rekomendowanych, sprawdzonych i pozytywnie ocenianych.

Zależy nam na tym, aby działania profilaktyczne realizowane były zarówno w środowisku szkolnym, jak i pozaszkolnym. Z tego względu corocznie wystę-

pujemy do placówek oświatowo-wychowawczych oraz innych podmiotów realizujących projekty profilaktyczne z prośbą o przedstawianie propozycji takich przedsięwzięć, które mogłyby być realizowane z udziałem środków finansowych pochodzących z budżetu miasta Płocka. Oczywiście chodzi o projekty w zakresie profilaktyki uzależnień, rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Zainteresowane podmioty składają do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka wnioski o dofinansowanie ze środków Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii Miasta Płocka. Wnioski przyjmowane są jesienią roku poprzedzającego kolejny rok budżetowy, natomiast decyzje w sprawie dofinansowania poszczególnych projektów podejmowane są w grudniu, tak aby możliwe było zachowanie ciągłości realizowanych działań profilaktycznych, tj. od stycznia danego roku. Dodatkowo informujemy wnioskodawców, które działania są dla nas najważniejsze, a które postrzegane są przez nas negatywnie. Sugerujemy w szczególności, że wskazane jest realizowanie przede wszystkim programów rekomendowanych oraz działań długofalowych i systematycznie prowadzonych. Przypominamy, że projekt działań powinien być spójny ze szkolnym programem profilaktyki, a decyzja o wyborze działań profilaktycznych powinna zostać podjęta po rozpoznaniu i analizie potrzeb uczniów, nauczycieli, rodziców oraz po dokonaniu oceny stopnia zagrożenia związanego z występowaniem zachowań problemowych wśród uczniów.

Głównym miejscem realizacji projektów profilaktycznych są placówki oświatowo-wychowawcze. Programy z zakresu profilaktyki uzależnień realizują wszystkie szkoły prowadzone przez miasto i coraz więcej przedszkoli. Tym zadaniem zajmują się osoby posiadające odpowiednie przygotowanie, tzn. takie, które ukończyły odpowiednie kursy i szkolenia – nauczyciele, psycholodzy, pedagodzy oraz zewnątrzni realizatorzy przygotowani do prowadzenia konkretnych programów. Systematyczne, kompleksowe działania profilaktyczne realizowane są na wszystkich szczeblach edukacji, tj. w szkołach podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych oraz przedszkolach. Szkoły diagnozują problemy i potrzeby występujące wśród uczniów i na tej podstawie składają propozycje realizowanych działań profilaktycznych.

Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień

W Płocku realizowanych jest dziesięć programów profilaktycznych, które znajdują się w Bazie programów rekomendowanych. W 2016 roku w 43 płockich placówkach oświatowo-wychowawczych zrealizowano dziewięć tego rodzaju programów; uczestniczyło w nich ponad 4 tys. uczniów, blisko 3 tys. rodziców oraz ponad 200 nauczycieli. Realizacja trzech programów koordynowana była przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka.

Profilaktyka uniwersalna i promocja zdrowia

We wszystkich szkołach podstawowych dzieci uczestniczyły w „Programie Domowych Detektywów – Jaś i Małgosia na tropie”, który realizowany jest corocznie od 2002 roku w klasach IV. W ciągu tych czternastu lat przeszkolono też ponad 260 nauczycieli (szkolenia przygotowujące do realizacji programu są organizowane każdego roku). We wszystkich szkołach podstawowych w klasach VI od 2008 roku prowadzony jest program „Fantastyczne możliwości”. Do ich realizacji przeszkolono ponad 180 nauczycieli (szkolenia organizowane są również corocznie). Programy te są pozytywnie oceniane przez realizatorów, angażują jednocześnie dużą grupę uczniów, jak też ich rodziców. W celu zachowania ciągłości realizacji rekomendowanych programów profilaktyki uzależnień, od 2013 roku w klasach II płockich szkół gimnazjalnych realizowany jest program „Archipelag skarbów”, oparty na modelu profilaktyki zintegrowanej. W Płocku realizowane są ponadto inne rekomendowane programy profilaktyczne: „Debata”, „Spójrz inaczej”, „Szkoła dla rodziców i wychowawców”, „Przyjaciele Zippiego”, „Trzy koła”. Programy te prowadzone są z inicjatywy poszczególnych placówek, którym Urząd Miasta Płocka przekazuje na ten cel środki finansowe.

Profilaktyka selektywna i wskazująca

Realizujemy również rekomendowane programy profilaktyczne z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej. W latach 2005–2007 pracownicy wszystkich szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych brali udział w szkoleniu przygotowującym do stosowania

metody szkolnej interwencji profilaktycznej. W pierwszym etapie szkolenia uczestniczyło prawie 840 osób: dyrektorzy szkół, nauczyciele, pedagodzy, psychologzy, natomiast w drugim etapie udział wzięło ponad 100 osób. Szkolenia odbyły się we wszystkich szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Zależało nam na tym, aby wyposażyć dużą grupę nauczycieli w wiedzę i umiejętności związane z prawidłowym podejmowaniem interwencji oraz udzielaniem uczniom oraz ich rodzicom wsparcia i pomocy w sytuacji zaistnienia problemu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Poradnia Profilaktyczno-Konsultacyjna MONAR w Płocku od 2012 roku realizuje ponadto program „Fred goes net”, adresowany do osób w wieku 14-21 lat, które używają alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny bądź szkodliwy.

Pozostałe działania profilaktyczne

W naszym mieście główny nacisk położyliśmy na wdrażanie programów rekomendowanych, ale kontynuujemy też inne programy profilaktyczne, takie jak: „Cukierki”, „Tak czy nie”, „Noe” oraz „Korekta”, które są realizowane od wielu lat (programy te były wskazywane jako rekomendowane w latach wcześniejszych). W Płocku realizowane są ponadto programy profilaktyczne opracowane przez płockich realizatorów. W placówkach oświatowo-wychowawczych prowadzone są również programy skierowane na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środo-

wiskową są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych. Wspieramy również inne projekty stanowiące uzupełnienie realizowanych programów profilaktycznych: konkursy, pikniki, festyny, imprezy sportowe. Warto wspomnieć, że od kilku lat działania profilaktyczne podejmowane są systematycznie również przez przedszkola, które są coraz aktywniejsze i przedstawiają coraz ciekawsze propozycje z zakresu wczesniej edukacji profilaktycznej, angażujące zarówno dzieci, jak i rodziców. Wszystkie programy realizowane są przez osoby przeszkolone w zakresie działań profilaktycznych (nauczycieli, pedagogów, psychologów i profilaktyków uzależnień – wieloletnich realizatorów programów profilaktycznych). Bardzo ważne jest dla nas, aby w działaniach profilaktycznych brali udział również rodzice, ponieważ stanowi to w naszej ocenie pozytywny element oddziaływań profilaktycznych – rodzina jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym.

Czas wolny oraz wypoczynek dzieci i młodzieży

Ważne jest, aby działań profilaktycznych nie ograniczać jedynie do terenu szkoły, dlatego staramy się rozszerzać profilaktykę na działania środowiskowe. Mają one na celu oferowanie alternatywnych form spędzania wolnego czasu, promocję zdrowego stylu życia oraz wyrównywanie szans rozwojowych dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Możliwe jest to dzięki współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz parafiami, które m.in. prowadzą kluby profilaktyki środowiskowej i świetlice dla dzieci oraz młodzieży i dzięki którym udało

Ryc. 3. Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień na różnych szczeblach edukacji.



się np. stworzyć sieć klubów. W Płocku funkcjonuje obecnie 21 placówek wsparcia dziennego: 8 klubów profilaktyki środowiskowej i 13 świetlic. W placówkach organizowany jest czas wolny, realizowane są programy socjoterapeutyczne, profilaktyczne, udzielana jest pomoc w nauce, kryzysach szkolnych, rówieśniczych, osobistych oraz prowadzone jest dożywianie. W zajęciach prowadzonych w placówkach wsparcia dziennego w 2016

roku brało udział 527 dzieci, w 2015 roku – 534 dzieci, natomiast w 2014 roku – 520 dzieci. Od wielu lat Urząd Miasta Płocka organizuje wypoczynek letni i zimowy dla dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych. W 2016 roku uczestniczyło w nim 305 osób.

Przyjazne podwórko i działania artystyczne

Realizujemy również projekty profilaktyczne z zakresu profilaktyki środowiskowej w formie streetworkingu (pracy podwórkowej), skierowane do dzieci i młodzieży z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym. Celem projektów jest ograniczenie skali dysfunkcyjnych zachowań płockich „dzieci ulicy” oraz poprawa ich społecznego funkcjonowania, a także wsparcie ich rodziców w procesie wychowania i opieki. W ramach projektów prowadzone są działania w formie zajęć podwórkowych i warsztatowych, skoncentrowane na organizacji czasu wolnego, promowaniu zdrowego stylu życia, kształtowaniu świadomości na temat szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych, wzmacnianiu poczucia własnej wartości, aktywizowaniu rodziców do wspólnych działań, rozwijaniu pasji i zainteresowań, nabywaniu umiejętności społecznych, budowaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami, wzmacnianiu samooceny oraz więzi rodzinnych. W trakcie prowadzonych zajęć podwórkowych organizowane są gry i zabawy w plenerze, pokazujące, jak można atrakcyjnie spędzić wolny czas. Kolejną formą profilaktyki środowiskowej są projekty związane z własną twórczością dzieci i młodzieży i podejmowaniem działań artystycznych, jako odpowiedź na nudę i szarą codzienność, a tym samym alternatywa dla alkoholu i narkotyków. Tego rodzaju projekty są realizowane przez instytucje kultury.

Świadomi dorośli

Obok profilaktyki adresowanej do dzieci i młodzieży prowadzone są działania edukacyjno-informacyjne skierowane do osób dorosłych. Rodzicom mają one pomóc podnieść ich kompetencje wychowawcze, pokazać możliwości wspierania abstynencji dziecka oraz przygotowania go do podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Tego rodzaju działania realizowane są głównie w placówkach oświatowo-wychowawczych.

Działania skierowane do osób pracujących z dziećmi – nauczycieli, pedagogów, psychologów, wychowawców placówek wsparcia dziennego dotyczą głównie przekazywania wiedzy z zakresu problematyki uzależnień oraz poznawania efektywnych sposobów pracy z dziećmi i młodzieżą w zakresie realizacji działań profilaktycznych. Nauczyciele uczestniczą w spotkaniach szkoleniowych realizowanych w placówkach oświatowo-wychowawczych. Wszystkie rady pedagogiczne szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, o czym wspomniano wcześniej, zostały przeszkolone w zakresie stosowania metody szkolnej interwencji profilaktycznej. Reagujemy także na nowe zagrożenia. Kiedy pojawił się problem dopalaczy, zorganizowaliśmy cykl szkoleń z tego zakresu. Corocznie organizowana jest też konferencja mająca na celu przedstawienie rozmiaru lokalnych problemów wynikających z uzależnień oraz zmian występujących w powyższym zakresie, w której udział biorą przedstawiciele podmiotów realizujących zadania z obszaru profilaktyki i uzależnień.

Każdego roku prowadzona jest też akcja informacyjna – materiały edukacyjno-informacyjne (ulotki, plakaty, broszury i książki) są przekazywane m.in. podmiotom zajmującym się profilaktyką uzależnień.

Podsumowanie

System działań profilaktycznych realizowanych w Płocku to wieloaspektowe działania, wynikające ze zdiagnozowanych lokalnych problemów, oparte na współpracy różnych podmiotów oraz wykorzystujące lokalne zasoby. Działania profilaktyczne są corocznie i systematycznie finansowane z budżetu miasta. System, stworzony na podstawie diagnozy lokalnych problemów i potrzeb, zakłada realizację rekomendowanych programów profilaktyki uzależnień, systematyczne, kompleksowe działania szkolne i środowiskowe, prowadzenie projektów profilaktycznych na wszystkich szczeblach edukacji – w szkołach podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych oraz w przedszkolach. Jednocześnie prowadzone są działania adresowane do osób dorosłych. Projekty realizowane są przez osoby przeszkolone – nauczycieli, psychologów, pedagogów oraz zewnętrznych realizatorów przygotowanych do realizacji konkretnych programów. A najważniejsze w tym wszystkim jest to, aby podejmowane działania były maksymalnie skuteczne!

NAŁOGI BEHAWIORALNE

Pojęcia i problem uzależnień czy nałogów behawioralnych są zjawiskiem nowym, zarówno w nauce, jak i w obiegu powszechnym.

Jest to widoczne zwłaszcza w bibliografiach do poszczególnych części prezentowanej publikacji, w których zdecydowanie dominują pozycje z lat dwutysięcznych, nierzadko po 2010 roku. Bibliografie cechuje też niezwykle objętość, od kilkudziesięciu do stu kilkudziesięciu pozycji dla każdego z rozdziałów, z wyjątkiem hazardu, w którym liczba przekroczyła 350.

Ilość publikacji ukazujących się w tak krótkim czasie daje pojęcie o ogromie pracy podejmowanej przez świat nauki, ale też, przy znikomym wytycznych i standardach badań, musi prowadzić do powstania niejednoznaczności widocznych np. w zróżnicowaniu stosowanej terminologii.

Większość omawianych problemów zyskała w literaturze po kilkanaście określeń, odnoszących się do różnych aspektów tego, co nazywamy „nałogami behawioralnymi”, jak i odzwierciedlających odmienne do nich podejścia. Jak pisze we wstępie do książki Bogusław Habrat: „celem autorów jest wykazanie złożoności i niejednoznaczności zjawisk opisywanych tym wspólnym terminem”.

Wspomina przy tym m.in. o nie zawsze uzasadnionej medykalizacji „nałogów behawioralnych” i ujmowaniu ich w kategoriach patologii, pomimo braku na to dowodów, co z jednej strony stwarza grunt dla rozwinięcia błędnych interwencji, z drugiej może wywoływać obawy przed elementami zwykłego funkcjonowania.

Należy też zwrócić uwagę na samo stosowanie języka „addyktywnego”, w którym najczęściej nałogi (*nomen omen*) behawioralne są omawiane, choć nie jest wykluczone, że część z nich może lub powinna być rozpatrywana w innych kategoriach – o czym informują autorzy kolejnych rozdziałów.

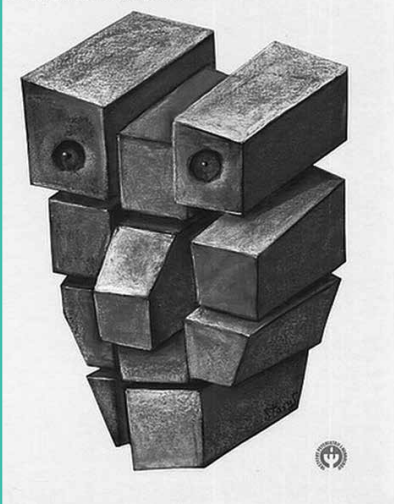
Niejednoznaczności dotyczą również taksonomii opisywanych zjawisk: np. czy istnieje uzależnienie od internetu, czy tylko różne inne nałogi, związane z aplikacjami i czynnościami, do których sieć jest potrzebna. Bądź, z drugiej strony, pojawia się wątpliwość, czy nadmierne granie w gry internetowe to odrębny „nałóg”, czy tylko element uzależnienia od internetu.

Wszystko to składa się na pytanie: czy w kontekście zachowań w ogóle można mówić o nałogach, tym bardziej o uzależnieniach (ang. *dependance*), które w międzynarodowych klasyfikacjach stanowią odrębny problem o wysokim nasileniu? W ostatniej klasyfikacji DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego utworzono nową kategorię,

nazwaną „zaburzeniami nałogowymi” (ang. *addiction* – nałóg), łączącą uzależnienia od substancji i niechemiczne, do której z „nałogów behawioralnych” zaliczono tylko hazard.

Zarówno jednak ten fakt, jak problemy definicyjne nie powinny skłaniać do bagatelizacji przedstawianych w publikacji zagadnień. Znaczna ich część (hazard, pracoholizm, zbieractwo i in.) była zauważona już wcześniej, zanim zaczęto ujmować je w kategoriach nałogu – kategoriach społecznie nośnych. Z kolei zjawiska nowe, związane np. z grami on-line czy serwisami społecznościowymi, choć nie mają miejsca w klasyfikacjach, stanowią poważne wyzwanie dla niektórych społeczeństw, zwłaszcza w państwach azjatyckich.

Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne
Redakcja naukowa: Bogusław Habrat



Można powiedzieć, że każdy z omawianych nałogów ma swoje niewiadome, ale i przypadki poważnych konsekwencji zdrowotnych czy psychospołecznych, dotyczących nawet kilku procent populacji.

Na publikację złożyły się omówienia zaburzeń powstałych na tle uprawiania hazardu, korzystania z nowych mediów (w tym serwisy społecznościowe i gry on-line), hiperseksualności, pracoholizmu, zakupoholizmu, uprawiania ćwiczeń fizycznych, opalania się i patologicznego zbieractwa.

W pierwszym rozdziale omówiono dodatkowo neurobiologiczne podstawy powstawania nałogów behawioralnych, które nierzadko zbliżone są do tych związanych z uzależnieniem od substancji.

W każdej części znalazły się przekrojowe omówienia dostępnych badań i dane epidemiologiczne. Przytaczane są także narzędzia diagnostyczne, koncepcje teoretyczne powstawania „nałogów” oraz stosowane terapie z omówieniem udokumentowanej – co nie oznacza udowodnionej – skuteczności. W tym kontekście nierzadko pojawia się terapia behawioralno-poznawcza i psychoterapia oraz pozytywne efekty leczenia farmakologicznego.


Na niekorzyść wydania przemawiają stosunkowo liczne potknięcia edytorskie, stwarzające wrażenie pośpiechu. Są miejsca, gdzie brakuje fragmentów tekstu (ss. 288/289) bądź w których treść akapitów – choć nie słowo w słowo – powtarza się. Te techniczne usterki nie podważają jednak wartości merytorycznej publikacji.

Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne

Redakcja naukowa Bogusław Habrat

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016

ROZBUDOWA PLATFORMY E-LEARNINGOWEJ – NARKOMANIA.EDU.PL



Stymulanty

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem substancji o działaniu stymulującym (amfetaminy, kokainy itp.)

czas trwania wykładu: 07:38 minut

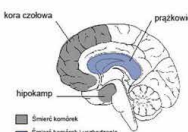
← Poprzedni wykład Następny wykład →

→ Powrót do listy wykładów

☑ Przejdź do testu

Stymulanty – objawy intoksykacji

Obszary mózgu uszkodzane przez stymulanty



Somatyczne :

- Obkurczenie łozyska naczyniowego i wzrost ciśnienia tętniczego
- Wzrost częstości skurczów serca
- Rozkurcz oskrzeli
- Przyspieszenie czynności oddechowej
- Wzrost zużycia tlenu
- Wzrost ciepłoty ciała
- Rozszerzenie źrenic

1. Carabon, J.L., Olesinski, D.V., and Olesinski, J.P. Methamphetamine induces apoptosis in hippocampal CA1 pyramidal cells. *Neurotoxicology and Teratology* 20: 176-184, 1993.


2. Dong, W., Labarethe, D., Chen, L.L., and Danks, L.L. Self-medication of methamphetamine-induced neuronal excitotoxicity. *Journal of Neurochemistry* 102: 1273-1281, 2002.

3. Saito, M. Effects of methamphetamine-induced long-term nigrostriatal dopaminergic denervation on striatal dopamine levels. *Brain Research* 579: 1-10, 1992.

4. Berman, S.L., Wang, D.F., Wang, F., Hwang, Y., Garcia, M.F., and Hwang, C.C. Neurotoxic effects of amphetamine on striatal dopamine neurons with D1/D5 receptor agonist SKF-38393. *Journal of Neurochemistry* 102: 1811-1822, 2002.

O programie Wykłady Scenki Eksperti Materiały do pobrania


Zapraszamy do obejrzenia scenek sytuacyjnych:



1. Rozmowa pedagoga z uczniem

Przykład skutecznej rozmowy motywującej z oporującym uczniem


czas: 12:14 minut [Zobacz scenkę](#)



2. Rozmowa pedagoga z uczennicą

Przykład skutecznej rozmowy motywującej z uczennicą używającą marihuany

czas: 16:46 minut [Zobacz scenkę](#)



3. Rozmowa pedagoga z mamą uczennicy

Przykład skutecznej rozmowy wspierającej z matką uczennicy problemowo używającej marihuany

czas: 09:06 minut [Zobacz scenkę](#)

O programie Wykłady Scenki Eksperti Materiały do pobrania

Zapraszamy do obejrzenia wykładów:


Cechy predysponujące do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych

1. Czynniki ryzyka

Pacjenci wysokiego ryzyka – czynniki sprzyjające uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Objawy, na jakie warto zwrócić uwagę

czas: 15:07 minut [Zobacz wykład](#)

Stymulanty




2. Stymulanty

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem substancji o działaniu stymulującym (amfetaminy, kokainy itp.)

czas: 7:38 minut [Zobacz wykład](#)

Przetwory konopi indyjskich




3. THC


Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem przetworów konopi

czas: 4:57 minut [Zobacz wykład](#)


Halucynogeny



Leki uspokajające i nasenne



Opioidy



Szkolenia internetowe Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii skierowane są do lekarzy oraz nauczycieli i pedagogów szkolnych. Jak dowiadujemy się z opisu na stronie, osoby używające substancji psychoaktywnych często „nie dostrzegają związku między używaniem a swoimi dolegliwościami czy problemami” oraz „nie są świadome zagrożeń wynikających ze swojego używania i bagatelizują problem”.

W związku z tym dobrze, aby lekarz lub nauczyciel/pedagog potrafili samodzielnie rozpoznać objawy używania substancji i ocenić problemy z tym związane, by w konsekwencji wiedzieli, jak pomóc danej osobie.

Na szkolenia składają się wykłady i scenki, w których zaprezentowano przykłady postępowania w praktyce.

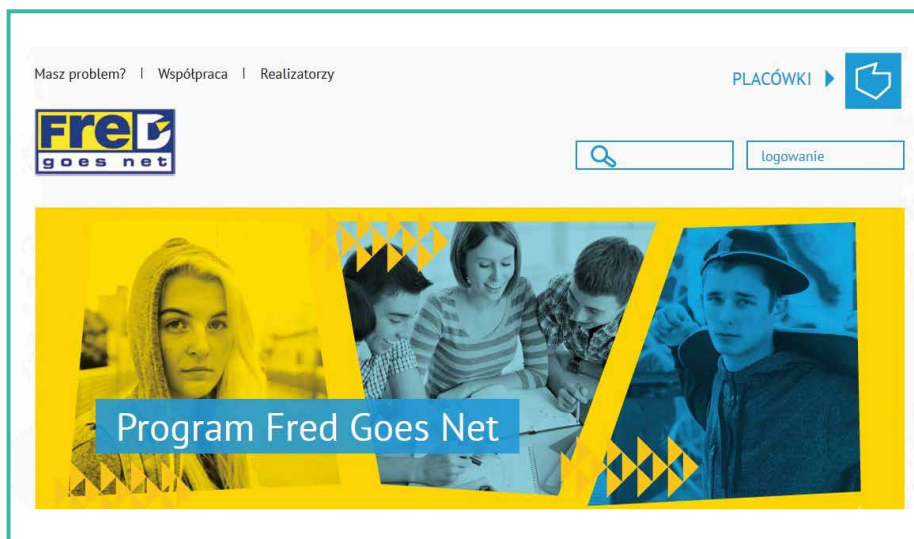
Wykłady prezentowane są w formie filmów, którym towarzyszą prezentacje. Po każdym wykładzie można sprawdzić swoją wiedzę w teście. Wykłady są podzielone na dwie grupy: dla lekarzy i dla nauczycieli, przy czym część wykładów dla lekarzy może być interesująca dla znacznie szerszego grona, ponieważ zawiera omówienia poszczególnych rodzajów substancji psychoaktywnych. Oprócz tego do lekarzy skierowano wykłady na temat czynników ryzyka rozwinięcia uzależnień oraz o interwencjach w przypadku rozpoznania problemu.

Szkolenie dla nauczycieli/pedagogów obejmuje również omówienie czynników ryzyka i czynników chroniących w profilaktyce nadużywania substancji przez młodzież oraz przykłady interwencji na wypadek pojawienia się problemu.

Bardzo ciekawym rozwiązaniem są scenki, w których oglądamy typowe zachowania młodzieży/rodziców podczas rozmowy z pedagogiem lub osób nadużywających wybranych substancji zgłaszających się do lekarza z innym problemem.

Oglądamy typowe zachowania i sposoby radzenia sobie z nimi. Scenki opatrzone są komentarzami, pojawiającymi się w czasie rozmów, w których objaśnione zostały strategie postępowania.

NOWA ODSŁONA FRED GOES NET – PROGRAMFRED.PL



„Fred goes net” jest międzynarodowym programem profilaktycznym klasyfikowanym jako wczesna interwencja skierowana do młodych użytkowników substancji psychoaktywnych. Grupą docelową programu są osoby używające substancji w sposób ryzykowny lub szkodliwy, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków wejścia w konflikt z prawem lub wystąpienia innych problemów związanych z używaniem substancji – z wyjątkiem uzależnień.

Nowa strona składa się z trzech działów: **Masz Problem?** – dla młodzieży, **Współpraca** – dla osób, które mogą skierować kogoś do programu, oraz **Realizatorzy**. Oprócz tego w prawym górnym rogu znajduje się link do interaktywnej mapy placówek prowadzących program w kraju.

W każdym z działów zamieszczono odrębny opis programu, dostosowany do potrzeb odbiorcy, i dodatkowe informacje ważne z jego perspektywy.

Dla młodzieży są to informacje dotyczące przepisów i konsekwencji wejścia w konflikt z prawem oraz **testy samooceny** ryzyka nadużywania marihuany lub narkotyków (PUM i PUN). W opisie programu zamieszczono też animacje informacyjne o substancjach i promującą program.

W dziale tym warto przyrzeć się **opiniom uczestników** – są to skany pisanych ręcznie listów uczestników, zawierających zachęty i bezpośrednie wrażenia z udziału w programie. Brzmiały autentycznie.



W działach **Współpraca** i **Realizatorzy** informacje dotyczące programu są podobne: zawierają omówienie metodologii, na której bazuje „Fred”, oraz podejścia wczesnej interwencji. W obu działach znajdziemy również spis **zasad i korzyści** z realizacji programu oraz **aktualności**. Ponadto we **Współpracy** zostały także przedstawione techniki dialogu motywującego oraz wskazówki dotyczące **promocji programu** z odnośnikami do materiałów promocyjnych i bazy realizatorów.

Z kolei w dziale dla **realizatorów** zamieszczono informacje o przebiegu programu oraz o **szkoleniach** dla osób zainteresowanych prowadzeniem zajęć. Jak głosi informacja, „szkolenia odbywają się przeważnie w kwietniu/maju, a także we wrześniu”.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

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

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

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

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