



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (65) 2014

NR 1

2014

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

aktualnie obowiązujący Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 kładzie nacisk na prowadzenie profilaktyki i działań leczniczych, które opierają się na metodach i podejściach o zweryfikowanej w badaniach naukowych skuteczności. Zależy nam na tym, żeby działania antynarkotykowe miały jak najwyższą jakość i opierały się na programach, które przeszły ewaluację dokumentującą pozytywne zmiany pod wpływem oddziaływań. Z tego względu zachęcam organizacje pozarządowe działające w obszarze profilaktyki uzależnień do skorzystania z publikowanego na 48 stronie Serwisu zaproszenia do udziału w projekcie, który między innymi pomoże im w ewaluacji prowadzonych działań. Jesteśmy zainteresowani wzrostem liczby programów profilaktycznych w bazie programów rekomendowanych. O bazie i znajdujących się w niej aktualnie programach możecie Państwo przeczytać w artykule Anny Radomskiej.

Zachęcam też do zapoznania się z artykułami relacjonującymi ewaluację dwóch programów: jeden z nich, opisany przez Maję Łoś, był kierowany do uczniów gimnazjów i miał na celu zmniejszenie zachowań agresywnych poprzez działania nastawione na wzrost empatii uczniów oraz podniesienie ich samokontroli emocjonalnej. Ewaluacja programu pokazała, że na udziale w programie skorzystali uczniowie szkół o najniższych wynikach w nauce, ulokowanych w środowiskach o podwyższonym poziomie czynników ryzyka. W tej grupie wzrosła empatia i zmniejszył się poziom agresji. Jednocześnie okazało się, że wśród uczestników programu, uczących się w szkołach o przeciętnych i wyższych wynikach w nauce, zarejestrowano wzrost agresji i zmniejszenie poziomu empatii. Komentarz do tych wyników oraz systematyczny opis założeń teoretycznych i procedury są prezentowane w artykule. Drugi program ewaluacyjny – przedstawiony przez Tomasza Kowalewicza – testował skuteczność szkolenia studentów medycyny i innych kierunków kształcących do pracy z ludźmi w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych. Uczestników poddano testowi wiadomości mierzącemu wiedzę na temat uzależnień behawioralnych, badano ocenę zmian pod wpływem programu oraz ocenę wybranych elementów programu (m.in. proporcję czasu przeznaczanego na blok teoretyczny i warsztatowy, użyteczność programu, kompetencje prowadzących, poziom trudności, czas trwania). Uzyskane wyniki uprawniają do stwierdzenia, że program jest wartościową propozycją doskonalenia studentów kierunków kształcących do pracy z ludźmi w zakresie uzależnień behawioralnych. Program będzie kontynuowany w roku szkolnym 2014/2015. Osoby zainteresowane udziałem w nim, spełniające kryteria kwalifikowalności, mogą zgłaszać się za pośrednictwem strony internetowej www.praesterno.pl/warsztaty.

O wykorzystaniu dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych pisze Jadwiga Jaraczewska. Dialog motywujący, jako metoda terapii, powstał w trakcie pracy jego twórcy – Williama Millera – z pacjentami uzależnionymi od środków psychoaktywnych. Obecnie ma szerokie zastosowanie w pomocy osobom mającym różnego rodzaju problemy zdrowotne i społeczne. Autorka artykułu pokazuje, cytując fragmenty sesji terapeutycznych, jak można zastosować tę metodę w terapii osób uzależnionych behawioralnie.

O zmianach w poglądach na cele leczenia osób uzależnionych od alkoholu pisze Jadwiga Fudała. W USA i w większości krajów Europy Zachodniej pacjenci mają możliwość wejścia w programy pomocowe, których celem nie jest abstynencja, lecz ograniczenie picia alkoholu. W Polsce tego typu oferta nie jest powszechna, choć, jak pisze autorka, widać pierwsze symptomy zmian. Czy sensowne jest ograniczanie celu terapii do zmniejszenia intensywności picia alkoholu? Jacy pacjenci mają większe szanse na osiągnięcie sukcesu w terapii z tak postawionym celem? Odpowiedzi na te pytania znajdziecie Państwo w artykule.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński*

SPIS TREŚCI

Profilaktyka

REKOMENDOWANE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Anna Radomska 2

EWALUACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH „POZYTYWNIENIE NAKRĘCENI. MYŚLĘ-CZUJĘ-DZIAŁAM!”

Maja Łoś..... 4

Prawo

ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska..... 10

Leczenie, redukcja szkód

ABSTYNENCJA I REDUKCJA SZKÓD JAKO CELE LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jadwiga Fudała..... 15

ZBIERANIE DANYCH Z LECZENIA

Marta Struzik..... 21

Badania, raporty

RAPORT KRAJOWY 2013 – NAJNOWSZE DANE O SKALI ZJAWISKA NARKOMANII

Artur Malczewski 24

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE I W POLSCE

Artur Malczewski 30

Uzależnienia behawioralne

DIALOG MOTYWUJĄCY W TERAPII UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

Jadwiga Maria Jaraczewska..... 34

KALENDARIUM..... 39

EWALUACJA PROGRAMU SZKOLENIOWEGO „PROFILAKTYKA I TERAPIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH”

Tomasz Kowalewicz..... 40

Akcje społeczne

WYLOGUJ SIĘ DO ŻYCIA... CZYLI OGÓLNOPOLSKI PROJEKT SPOŁECZNY O UZALEŻNIENIU OD SIECI I KOMPUTERA

..... 46

Komunikat

OFERTA DLA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH PROWADZĄCYCH PROFILAKTYKĘ UZALEŻNIEŃ OD ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

..... 48

Recenzja

TERAPIE OPARTE NA DOWODACH NAUKOWYCH..... IV okładka

W przeciwdziałaniu narkomanii uzyskanie oczekiwanych efektów w postaci zmiany zachowań, ograniczenia czynników ryzyka i wzmocnienia czynników chroniących przed narkomanią umożliwia wdrażanie programów profilaktycznych opartych na naukowych podstawach, o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności.

REKOMENDOWANE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Anna Radomska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W latach 2006–2010 w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii opracowano standardy jakości programów oraz założenia systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, a także przeprowadzono pilotażowe wdrożenie systemu. Zadanie to zostało zrealizowane we współpracy czterech instytucji – Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W aktualnie obowiązującym Programie na lata 2011–2016 zbieranie informacji o skutecznych programach oraz ich upowszechnianie pozostaje nadal jednym z priorytetowych działań strategii antynarkotykowej zarówno dla instytucji centralnych, jak i samorządów.

Ocena jakości projektów jest zadaniem wykonywanym przez międzyinstytucjonalny Zespół do spraw oceny i rekomendacji programów, działający przy Krajowym Biurze. W przypadku uzyskania pozytywnej opinii, program może uzyskać rekomendację na jednym z trzech poziomów jakości:

- **Poziom 1 – Program obiecujący** – rekomendację na tym poziomie może otrzymać program o poprawnej konstrukcji, oparty na podstawach naukowych i sprawdzonych strategiach profilaktycznych oraz dysponujący wynikami ewaluacji procesu uprawniającymi do wnioskowania o możliwości uzyskania oczekiwanych rezultatów w efekcie jego realizacji.

- **Poziom 2 – Dobra praktyka** – rekomendację na tym poziomie może otrzymać program o poprawnej konstrukcji, oparty na podstawach naukowych i sprawdzonych strategiach profilaktycznych, dysponujący ponadto wynikami ewaluacji potwierdzającymi skuteczność w zakresie wpływu na czynniki pośredniczące w osiągnięciu zmian w zachowaniu.
- **Poziom 3 – Program modelowy** – rekomendację na tym poziomie może otrzymać program o poprawnej konstrukcji, oparty na podstawach naukowych i sprawdzonych strategiach profilaktycznych, posiadający potwierdzoną w badaniach ewaluacyjnych skuteczność w zakresie wpływu na zachowania problemowe.

Rekomendacja jest przyznawana na okres 5 lat łącznie przez cztery instytucje: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Instytut Psychiatrii i Neurologii. Organizacje, instytucje i osoby zainteresowane oceną własnych programów i ewentualnym uzyskaniem rekomendacji powinny złożyć odpowiedni wniosek do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Informacje na temat obowiązujących procedur są zamieszczone na stronie Biura www.kbpn.gov.pl na podstronie Profilaktyka>standardy i system rekomendacji.

Informacja na temat programów rekomendowanych jest udostępniona w bazie programów na stronie Krajowego Biura pod adresem <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207575>.

WYKAZ PROGRAMÓW REKOMENDOWANYCH

Programy promocji zdrowia psychicznego

Program Przyjaciele Zippiego

jest adresowany do dzieci w wieku 5-9 lat i ma na celu poprawę ich funkcjonowania emocjonalnego oraz rozwijanie ich umiejętności osobistych i społecznych. Program jest realizowany przez nauczyciela w wymiarze 24 godzin zajęć warsztatowych w grupie przedszkolnej lub klasie szkolnej. Instytucją odpowiedzialną za koordynowanie realizacji programu jest Centrum Pozytywnej Edukacji z Warszawy.

WYKAZ PROGRAMÓW REKOMENDOWANYCH cd.

Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon

jest ukierunkowany na rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych dzieci oraz poprawę ich psychospołecznego funkcjonowania. Adresowany jest do dzieci w wieku 7-9 lat oraz ich wychowawców i rodziców. Program jest realizowany w klasie szkolnej przez zewnętrznych specjalistów w współpracy z nauczycielem-wychowawcą. Zajęcia dla dzieci w wymiarze 24 godzin prowadzone są metodami warsztatowymi, z wykorzystaniem metod dramy; oferta dla rodziców i wychowawców obejmuje 36 godzin zajęć warsztatowych. Program jest koordynowany przez Stowarzyszenie Epsilon z Bielska-Białej.

Programy profilaktyki uniwersalnej

Program Domowych Detektywów

stanowi adaptację amerykańskiego programu Slick Tracy Home Team Program. Jego celem jest zapobieganie picia alkoholu przez dzieci i młodzież, a adresatem są osoby w wieku 10-12 lat. Program składa się z pięciu zajęć warsztatowych prowadzonych w klasie przez nauczyciela przy udziale liderów oraz z zadań wykonywanych przez dzieci wspólnie z rodzicami w domu. Instytucją odpowiedzialną za koordynację programu jest Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii z Warszawy.

Program Fantastyczne Możliwości

jest ukierunkowany na opóźnianie inicjacji alkoholowej oraz zmniejszanie problemów alkoholowych wśród nastolatków wchodzących w okres dojrzewania. Program składa się z sześciu zajęć warsztatowych dla młodzieży, prowadzonych przez nauczyciela przy udziale liderów rówieśniczych oraz zadań realizowanych w domu, wspólnie przez rodzinę. Program stanowi kontynuację Programu Domowych Detektywów, realizacja obu programów w tej samej grupie umożliwi wzmocnienie efektów oddziaływań profilaktycznych. Koordynatorem programu jest Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii z Warszawy.

Program Archipelag Skarbów

ma na celu przeciwdziałanie zachowaniom problemowym młodzieży – ograniczenie przemocy, wczesnych kontaktów seksualnych, używania substancji psychoaktywnych. Jest adresowany do młodzieży gimnazjalnej w wieku 13-16 lat i realizowany w formie zajęć w dużych grupach (mityngi w wymiarze 9 godzin) oraz dodatkowo zajęć dla nauczycieli i rodziców. Koordynacją programu zajmuje się Fundacja Homo Homini im. Karola de Foucault.

Program Wzmacniania Rodziny 10-14

jest adaptacją amerykańskiego programu Strengthening Families Programme 10-14. Jest to program ukierunkowany na ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz zapobieganie innym zachowaniom problemowym młodzieży. Program wykorzystuje głównie strategię rozwijania umiejętności społecznych nastolatków i umiejętności wychowawczych rodziców, jest adresowany do rodzin posiadających dzieci w wieku od 10 do 14 lat. Program jest realizowany w formie siedmiu dwugodzinnych zajęć – równolegle prowadzonych sesji dla młodzieży i rodziców oraz wspólnej sesji rodzinnej; ponadto przewidziane są 4 sesje przypominające. Koordynatorem programu jest Fundacja Maraton z Warszawy.

Program Szkoła dla Rodziców i Wychowawców

jest ukierunkowany na przeciwdziałanie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży; jego adresatem są rodzice oraz wychowawcy i nauczyciele. Udział w programie umożliwia zwiększenie kompetencji wychowawczych dorosłych. Program ma formę zajęć warsztatowych w wymiarze 40 godzin. Koordynatorem programu jest Ośrodek Rozwoju Edukacji, ogólnopolska placówka doskonalenia nauczycieli prowadzona przez ministra edukacji narodowej.

Programy profilaktyki selektywnej

Szkolna Interwencja Profilaktyczna

posiada formę krótkiej interwencji podejmowanej przez nauczyciela lub pedagoga szkolnego wobec uczniów używających substancji psychoaktywnych. Głównymi elementami interwencji są: diagnoza, porada, praca z uczniem w oparciu o metodę kontraktu. Instytucją odpowiedzialną za koordynację programu jest Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Program Fred goes net

jest programem wczesnej interwencji, adresowanym do osób w wieku 15-21 lat, które używają substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków). Program ma formę krótkiej interwencji, składającej się z rozmowy indywidualnej i 8 godzin zajęć warsztatowych prowadzonych w małych grupach z wykorzystaniem metod dialogu motywującego. Program jest realizowany poza szkołą, m.in. w poradniach profilaktyki i leczenia uzależnień, we współpracy ze szkołą, policją, sądem. Jest koordynowany i upowszechniany w Polsce przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Przeciwdziałanie Młodzieżowej Patologii Społecznej

jest pozaszkolnym programem adresowanym do młodzieży zagrożonej narkomanią i wykluczeniem społecznym, ukierunkowanym na poprawę funkcjonowania młodzieży i ograniczenie używania substancji psychoaktywnych. Program trwa 10 miesięcy i obejmuje psychokorekcyjne grupy wsparcia, sesje indywidualne, poradnictwo rodzinne, zajęcia klubowe. Program jest realizowany w kilku miastach w Polsce przez Fundację Praesterno.

Środowiskowa profilaktyka uzależnień

to program profilaktyki zachowań problemowych młodzieży; jego adresatem są osoby w wieku 10-18 lat zagrożone narkomanią i patologią społeczną. Program trwa 12 miesięcy i obejmuje poradnictwo, zajęcia psychoedukacyjne, socjoterapeutyczne oraz wychowawczo-rozwojowe. Program jest realizowany w województwie lubelskim w klubach młodzieżowych prowadzonych przez Towarzystwo Nowa Kuźnia.

U 92% uczniów z klas o niższych wynikach w nauce objętych programem „Pozytywnie nakręcenie...” zaobserwowano poprawę pod względem tendencji do reagowania w trudnych sytuacjach szkolnych w sposób uwzględniający cudze potrzeby (w grupie kontrolnej poprawę tego wskaźnika obserwowano u 70% uczniów). Skuteczność programu „Pozytywnie nakręcenie...” w szkołach o najniższych wynikach, które można by określić „szkołami ryzyka”, jest być może związana z tym, że są one tak dalece „pozostawione same sobie”, że jakiegokolwiek wsparcie, nawet jeśli nie jest realizowane w pełni profesjonalnie – przynosi wymierne, pozytywne efekty.

EWALUACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH „POZYTYWNIENAKRĘCENI. MYŚLĘ-CZUJĘ-DZIAŁAM!”

Maja Łoś

Psycholog, doktorantka Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Rozpoczęcie nauki w gimnazjum splata się z wkroczeniem w okres rozwoju zwany adolescencją, co – od łacińskiego słowa *adolescera* – oznacza wzrastanie ku dojrzałości. Nakładają się więc na siebie dwa trudne dla młodych ludzi zadania: adaptacja do nowej szkoły i nowych wymagań edukacyjnych oraz poradzenie sobie z gwałtownymi zmianami we własnym organizmie i psychice. Taka sytuacja powoduje, że to uczniowie gimnazjum najczęściej podejmują zachowania ryzykowne (na co wskazują wyniki badań cytowane przez: S.M. Swearer, D.L. Espelage, S.A. Napolitano, 2010, s. 43; K. Ostrowską, 2007, ss. 16, 43, 44; *Raport roczny programu społecznego „Szkoła bez przemocy”*, 2009, s. 59; K. Ostaszewskiego, A. Rustecką-Krawczyk, M. Wójcik, 2011, ss. 40 i 45). Skala problemu i niedostatki jego rozwiązań stały się praktycznymi przyczynami podjęcia pracy badawczej, której głównym celem było opracowanie programu oddziaływań profilaktycznych (ukierunkowanych na zachowania agresywne gimnazjalistów) i jego empiryczna weryfikacja.

Założenia

Przeciwnym biegunem zachowań społecznych względem agresji wydaje się być empatia (por. Vetulani, 2011). Ta prosta refleksja była inspiracją do zogniskowania

Zupełnie nieoczekiwanie dla autorki projektu badawczego najbardziej na udziale w programie „Pozytywnie nakręcenie...” skorzystali uczniowie szkół o najniższych wynikach w nauce. Właśnie w tych klasach istotnie statystycznie wzrosła empatia: istotnie statystycznie wzrosły zdolności w zakresie empatii emocjonalnej, nieznacznie, nieistotnie statystycznie, w zakresie empatii poznawczej i empatii behawioralnej (w tym w zakresie gotowości do niesienia pomocy wzrost na granicy błędu statystycznego).

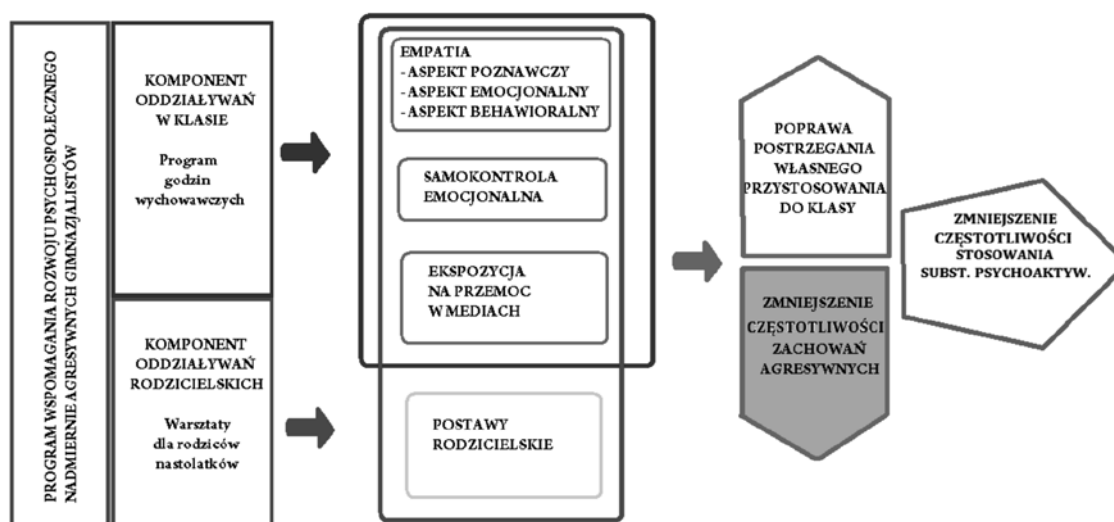
eksploracji badawczych na związku między zdolnościami młodzieży do empatii a natężeniem prezentowanych przez nią zachowań agresywnych. Na podstawie krytycznej analizy literatury przedmiotu zdecydowano się wprowadzić do procedury badawczej kolejne zmienne, prawdopodobnie niezbędne – w świetle obecnego stanu wiedzy – do uzyskania oczekiwanego efektu, jakim ma być opracowanie skutecznych sposobów zmniejszania zachowań agresywnych uczniów gimnazjum. Empiryczna i teoretyczna analiza potwierdzająca hamujący wpływ empatii na agresję (por. badania N.D. Feshbach

lub K.J. Rotenberga bądź M.J. Chandler opisane przez Davisa, 2001; oraz polskie badania J. Danilewskiej, 2002 lub Z. Bartkowicza, 2001) ukazała jednocześnie, że wpływ ten bywa znoszony przez silne pobudze-

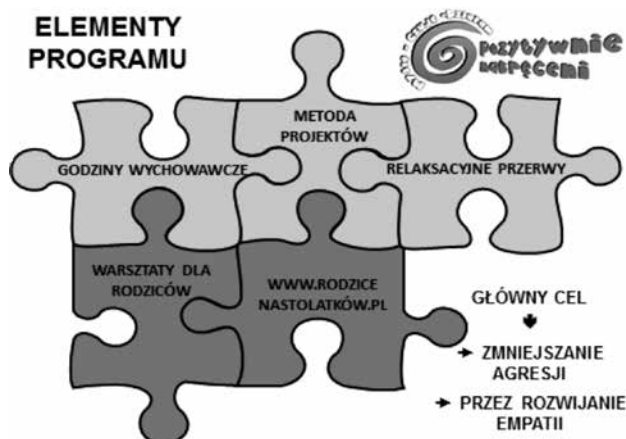
nie emocjonalne (por. Davis, 2001). Stąd założono, że wzmocnienie prawidłowej samokontroli emocjonalnej będzie sprzyjało zmniejszeniu pobudzenia, a tym samym będzie sprzyjało skuteczności oddziaływania empatii na agresję. Przyjęta perspektywa poznawczo-behawioralna, w tym perspektywa teorii społecznego uczenia się A. Bandury, przyczyniła się do uwzględnienia w opisywanym eksperymencie siły oddziaływania na rozwój psychospołeczny dziecka najważniejszych dla niego środowisk: rodzinnego, rówieśniczego i medialnego. To założenie zostało wsparte analizą przedstawionych w literaturze przedmiotu przyczyn powstawania utrwalonych zachowań agresywnych związanych z deficytami w zakresie empatii i samokontroli emocjonalnej. Jednym z najważniejszych wniosków z tej analizy jest zalecenie uwzględnienia wpływu każdego z wymienionych środowisk. Tak więc podjęto próbę (niestety nie w pełni udaną) ewaluacji oddziaływań skierowanych na dziecko poprzez stworzenie jego rodzicom warunków do zmiany postaw rodzicielskich, modelowania prawidłowych zachowań w grupie rówieśniczej oraz zmniejszenia ekspozycji na przemoc w mediach. Ponieważ autorkę projektu interesuje nie tylko deklarowana gotowość dzieci do reakcji empatycznych, ale głównym celem praktycznym jest rzeczywiste postępowanie dzieci motywowane dobrem innych, dlatego poza pomiarem zachowań agresywnych dokonano pomiaru podjętych przez dziecko zachowań prospołecznych, które stanowią (według trzyspektowej koncepcji empatii przyjętej w relacjonowanej tu pracy badawczej) behawioralny wymiar empatii.

Jednocześnie założono, że udział w autorskim programie wspomaganego rozwoju psychospołecznego uczniów pierwszej klasy gimnazjum zmniejszając zachowania agresywne, przyczyni się również do poprawy przystosowania uczniów w tym wieku do klasy szkolnej jako grupy społecznej oraz zmniejszenia częstotliwości sięgania po środki psychoaktywne. M. Kulesza w raporcie z części polskich badań porównawczych z lat 1997–2007 na temat „Zachowania agresywne uczniów” przedstawia wyniki potwierdzające istotną statystycznie korelację ujemną między różnymi formami agresji a poczuciem wyobcowania w szkole, poziomem integracji w klasie, więziami społecznymi w szkole, poczuciem wspólnoty (kohezją) w klasie (Kulesza, 2007, s. 52-56). Trzy z wprowadzonych do projektu badawczego zmiennych wykazują powiązanie z częstotliwością używania substancji psychoaktywnych przez młodzież: postawy rodzicielskie (por. Wills, Resko, 2008; McWhirter i in., 2008; Tabak, 2008), utrwalone wzorce zachowań agresywnych (por. Lochman, Barry, Pardini, 2006; Dzielska, Mazur, 2008) oraz samokontrola emocjonalna (por. Wills, Walker, Mendoza, Ainette, 2006). Na rycinie 1. przedstawiono układ zmiennych uwzględnianych w tym eksperymencie. Teoretyczne podstawy konstrukcji eksperymentu – dostarczające wiedzy wyjaśniającej mechanizmy oczekiwanych zmian – stanowią wybrane koncepcje wywodzące się z nurtu terapii poznawczo-behawioralnej: elementy behawioralnych koncepcji J.B. Watsona, B.F. Skinnera, E.L. Thorndike’a, teoria społecznego uczenia się A. Bandury, racjonalno-emotywna terapia A. Ellisa, poznawcza terapia depresji A. Becka, kon-

Rycina 1. Układ zmiennych mierzonych w eksperymencie (opracowanie własne).



Rycina 2. Ogólny schemat elementów programu (opracowanie własne).



cepcja wewnętrznych dialogów D. Meichenbauma, funkcjonalna koncepcja emocji N. Frijdy oraz model przetwarzania informacji społecznej K.A. Dodge'a.

Konstrukcja programu

W celu stworzenia uczniom pierwszej klasy gimnazjum warunków sprzyjających rozwojowi psychospołecznego, opracowano oddziaływania składające się z dwóch komponentów: „w klasie” i „w rodzinie”. Pierwszy komponent obejmuje trzy elementy: scenariusze go-

dzin wychowawczych (17 tematów), pracę zespołów uczniowskich metodą projektów w trakcie godzin wychowawczych i po lekcjach oraz przerwy relaksacyjne. Drugi komponent to warsztaty dla rodziców nastolatków (9 tematów) oraz internetowa platforma edukacyjna (www.rodzicenastolatkow.pl, pełen dostęp po wpisaniu odpowiedniego loginu i hasła).

Plan badawczy

W badaniach zastosowano trwający od października 2011 roku do czerwca 2012 roku eksperyment pedagogiczny z pretestem i posttestem w grupie eksperymentalnej (do której wylosowano 12 klas pierwszych z bydgoskich gimnazjów, N=283 uczniów) i kontrolnej (do której wylosowano 7 klas pierwszych z bydgoskich gimnazjów, N=165 uczniów). Gimnazja przed losowaniem podzielono na trzy grupy: szkoły o najniższych wynikach, szkoły o przeciętnych wynikach oraz szkoły o wyższych wynikach w testach gimnazjalnych. Realizatorami oddziaływań w klasach szkolnych (godzin wychowawczych według scenariuszy programu „Pozytywnie nakręceni...”) byli przeszkoleni wychowawcy. Podjęto również próbę ewaluacji rozszerzonej wersji programu: zintegrowania uczestnictwa nastolatków

Tabela 1. Tematy godzin wychowawczych „Pozytywnie nakręceni. Myślę–czuję–działam!” oraz tematy warsztatów dla rodziców nastolatków.

Tematy godzin wychowawczych	Tematy warsztatów dla rodziców nastolatków
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zespół a nie zgraja (integracja). 2. Kontrakt i współpraca. 3. Empatia – co to takiego? 4. Język naszych emocji. 5. Empatyczne rozmowy – język serca. 6. Widzę, co czujesz i reaguję. 7. Jestem panem samego siebie (samokontrola). 8. Pomaganie jest trendy. 9. Kontroluj się! 10. Świat wirtualny a realny. 11. Kiedy złość daje w kość. 12. Game over. 13. Rozwiązać węzeł – metoda „czterech zet” sposobem na konflikt. 14. Twoja perspektywa. 15. Czasopożeracze czy czasoumilacze (o miejscu mediów w naszym życiu codziennym). 16. Różni=Równi. 17. Dojrzały do odpowiedzialności. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dojrzewanie – trudny okres dla naszego dziecka i dla całej naszej rodziny. 2. Jak dogadać się z nastolatkiem? O komunikacji. 3. Zachęcić gimnazjalistę do współpracy – przy domowych obowiązkach i odrabianiu lekcji. 4. Wymagam i jestem konsekwentny – pozytywna dyscyplina zamiast kar. 5. Trudne emocje moje i dziecka – co zrobić, kiedy złość daje w kość? 6. Dzieci potrzebują korzeni i skrzydeł – przygotowuję dziecko do samodzielności. 7. Zagrożenia okresu dojrzewania – jak pomóc dziecku ich uniknąć? 8. Wychować dziecko do empatii i odpowiedzialności. 9. Rodzice ważniejsi od Kuby Wojewódzkiego – wspieramy dziecko w odróżnianiu świata wirtualnego/telewizyjnego od realnego.

Opracowanie własne.

Tabela 2. Narzędzia pomiaru.

Zmienna	Narzędzie
Zachowania agresywne	„Technika nominacyjna do badania strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach (TN RTSS)” D. Boreckiej-Biernat
Postrzeżenie przystosowania do klasy	Kwestionariusze „Klasa wobec mnie”, „Ja wobec klasy” E. Zwierzyńskiej, A. Matuszewskiego
Empatia	Kwestionariusz Empatii „Post Olka” M. Łoś oraz wskaźnik tendencji do reagowania w sposób uwzględniający cudze potrzeby opracowany na podstawie wyniku TN RTSS
Samokontrola emocjonalna	Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej J. Brzezińskiego w adaptacji M. Łoś
Ekspozycja na przemoc w mediach	Skala Postaw Rodzicielskich M. Plopy
Postawy rodzicielskie	Ankieta „Media” oprac. M. Łoś
Używanie substancji psychoaktywnych	Ankieta „Używki” (na podstawie ankiet „NAN” i „SLICK 98”)

Tabela 3. Wyniki ewaluacji programu „Pozytywnie nakręćni. Myślę-czuję-działam!”.

	gimnazja o niższych wynikach w testach		gimnazja o przeciętnych wynikach w testach		gimnazja o wyższych wynikach w testach		systemowe oddziaływanie (godziny wychowawcze + warsztaty dla rodziców)
	GE	GK	GE	GK	GE	GK	
agresja	–*	–*	–*	+	–	–	–*
przystosowanie do klasy	+	–	+	–*	+	–	+
spożywanie substancji psychoaktywnych	–	bz	–*	–	–	–	X
empatia	+*	+	–	–	–*	–	–
- emocjonalna	+*	+	–	–*	+	+	–
- poznawcza	+	+	–	–*	–	–	–
- behawioralna	+	+	–*	+	–*	+	–
empatia behawioralna mierzona wskaźnikiem zachowań prospołecznych	+*	+*	+*	–*	+*	+*	+*
samokontrola emocjonalna	ze względu na konstrukcję narzędzia (podział na niesumujące się podskale oraz ze względu na niejednoznaczne wyniki pominięto w tym miejscu analizę wpływu udziału w zajęciach na samokontrolę)						
ekspozycja na przemoc w mediach	–*	–*	–*	–*	–*	–	–

Legenda: + poprawa, – pogorszenie, bz bez zmian, * istotne statystycznie

GE – grupa eksperymentalna, GK – grupa kontrolna

w godzinach wychowawczych z uczestnictwem ich rodziców w warsztatach umiejętności rodzicielskich połączonych z udostępnieniem internetowej platformy edukacyjnej (www.rodzicenastolatkow.pl). Systemowa wersja programu (łącznie godziny wychowawcze z warsztatami dla rodziców) zakończyła się niepowodzeniem ze względu na brak zainteresowania ze strony rodziców (w warsztatach uczestniczyło 16 rodziców). Narzędzia badawcze zastosowane do pomiaru badanych zmiennych przedstawiono w tabeli 2.

Wyniki i wnioski

Statystyczna analiza wyników przeprowadzonego eksperymentu oraz refleksja nad zebranymi materiałami i sposobem wdrożenia zaplanowanej wcześniej procedury badawczej prowadzi do szeregu implikacji o znaczeniu naukowym oraz praktycznym. W tym artykule zostaną przedstawione tylko niektóre z nich¹. Tabela 3. przedstawia wyniki w znacznie uproszczonej wersji, bez uwzględnienia wielu kategorii podskal.

Program „Pozytywnie nakręcenii...” może być polecany jako profilaktyczny w zakresie zmniejszenia ryzyka złej adaptacji w klasie szkolnej, szczególnie w aspekcie wzmacniania poczucia doceniania przez kolegów i koleżanki z klasy. Kolejnym obszarem istotnie korzystnych zmian związanych z udziałem w autorskich godzinach wychowawczych był wzrost umiejętności rozpoznawania i nazywania emocji (jeden z aspektów empatii emocjonalnej). W klasach uczestniczących w ewaluowanym programie zaobserwowano większy wzrost pod względem tendencji do reagowania w trudnych sytuacjach szkolnych w sposób uwzględniający cudzą perspektywę. Uczniowie tych klas częściej zauważali wzrost tego typu zachowań u swoich kolegów w ciągu pierwszej klasy gimnazjum – 89% z nich zostało ocenionych jako częściej reagujący prospołecznie na końcu roku szkolnego niż na początku, podczas gdy w klasach nieobjętych oddziaływaniami odsetek osób, u których zaobserwowano poprawę pod tym względem wyniósł 62%. Udział w godzinach wychowawczych zapobiega również podejmowaniu cyberprzemocy przez uczniów I klasy gimnazjum oraz zniechęca do wybierania filmów o tematyce agresywnej.

Niespodziewany sukces – skuteczność programu w szkołach o najniższych wynikach w nauce

Zupełnie nieoczekiwanie dla autorki projektu badawczego najbardziej na udziale w programie „Pozytywnie nakręcenii...” skorzystali uczniowie szkół o najniższych wynikach w nauce, ulokowanych w środowiskach o podwyższonym poziomie czynników ryzyka. Właśnie w tych klasach istotnie statystycznie wzrosła empatia: istotnie statystycznie wzrosły zdolności w zakresie empatii emocjonalnej, nieznacznie, nieistotnie statystycznie, w zakresie empatii poznawczej i empatii behawioralnej (w tym w zakresie gotowości do niesienia pomocy wzrost na granicy błędu statystycznego).

U prawie wszystkich (92%) uczniów z klas o niższych wynikach w nauce objętych programem „Pozytywnie nakręcenii...” zaobserwowano poprawę pod względem tendencji do reagowania w trudnych sytuacjach szkolnych w sposób uwzględniający cudze potrzeby (w grupie kontrolnej poprawę tego wskaźnika obserwowano u 70% uczniów).

Jedynie u młodzieży uczęszczającej do tego typu szkół nastąpiła większa poprawa (niż w grupie kontrolnej) pod względem poziomu agresji u uczniów rozpoznanych jako nadmiernie agresywni na podstawie wskazań przez kolegów i koleżanki z klasy w technice nominacyjnej dotyczącej radzenia sobie w sytuacjach trudnych zdarzających się w klasie. 35% badanych o ponadnormatywnym poziomie agresji z klas o najniższych wynikach w nauce zostało ocenionych jako mniej agresywni pod koniec roku szkolnego niż na jego początku, podczas gdy w grupie kontrolnej poprawę obserwowano jedynie u 19% takich badanych.

Skuteczność programu „Pozytywnie nakręcenii...” w szkołach o najniższych wynikach, które można by określić „szkołami ryzyka”, jest być może związana z tym, że są one tak dalece „pozostawione same sobie”, że jakiegokolwiek wsparcie – takie jak oferta ewaluowanego programu profilaktycznego – nawet jeśli nie jest realizowane w pełni profesjonalnie – przynosi wymierne, pozytywne efekty. Obserwacje te zachęcają do rekomendowania programu „Pozytywnie nakręcenii. Myślę – czuję – działam!” w szkołach o najniższych wynikach w nauce.

Diagnoza przyczyn niepowodzenia programu

Blisko 1/3 raportów z ewaluacji programów interwencyjnych skupionych na zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży donosi o negatywnych efektach założonych oddziaływań (Dision, McCord, Poulin, 1999). Pewne niekorzystne zmiany zaobserwowano również wśród nadmiernie agresywnych uczestników programu „Pozytywnie nakręcenii...” (wzrost poziomu agresji) oraz wśród uczestników programu uczących się w szkołach o przeciętnych i wyższych wynikach w nauce (wzrost poziomu agresji i zmniejszenie się empatii prawie we wszystkich wymiarach). Ponadto program „Pozytywnie nakręcenii...” nie spełnia kryteriów programu zniechęcającego młodzież do spożywania substancji psychoaktywnych.

Możliwe przyczyny tych niepożądanych zmian mogą być związane z włączaniem do małych grupek nadmiernie agresywnych uczniów bez uprzedniego ich przygotowania do nowej sytuacji (ze względu na naśladowanie, nagradzanie agresji przez rówieśników jako przejaw niezależności²; utrwalanie etykiety osoby agresywnej, rozhamowanie zachowań agresywnych u uczniów dotąd nieprzejawiających takich zachowań).

Inne właściwości programu, które mogły przyczynić się do jatrogennych efektów to przeznaczenie na jego realizację prawie wszystkich godzin wychowawczych w I klasie gimnazjum. W rezultacie wychowawca i klasa nie mieli czasu na rozwiązywanie bieżących problemów, w tym konfliktów klasowych.

Nietrafne okazało się też założenie (będące przesłanką do włączenia do programu metody projektu polegającej na opracowaniu i realizacji przez uczniów działań prospołecznych), że w typowo szkolnej sytuacji (w klasie szkolnej, w salach lekcyjnych, podczas zajęć prowadzonych przez nauczycieli) wystarczy stworzyć okazję do działań prospołecznych, aby wyzwolić w uczniach gotowość do podejmowania wewnętrznie umotywowanych działań na rzecz innych. Autorka badań ma nadzieję, że ten cel jest możliwy do osiągnięcia, ale wymagałby innej organizacji i innego przygotowania realizatorów oddziaływać oraz samej klasy. Czynienia dobra nie można tak po prostu zaplanować, ani w typowo szkolny sposób kontrolować, żeby było prawdziwe, musi być autonomiczną decyzją, polegającą na przykład na przyłączeniu się do wolontariatu.

Podwyższony poziom zachowań agresywnych jest uwarunkowany wieloczynnikowo (por. Krahe, 2005). Oddziaływania polegające na udziale raz w tygodniu z całą klasą w godzinach wychowawczych okazały się za mało intensywne i być może z tego powodu niewystarczające. Osoby z podwyższonym poziomem agresji potrzebują złożonego wsparcia: oddziaływań indywidualnych, systemowych (obejmujących rodzinę ucznia) i dopiero potem oddziaływań w środowisku naturalnym, jakim jest klasa.

Program profilaktyki zachowań agresywnych „Pozytywnie nakręcen. Myślę – czuję – działam!” zrealizowano dzięki wsparciu finansowemu uzyskanemu z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Konkursu Badawczego 2011. Tytuł badań realizowanych na zlecenie KBPN brzmiał: „Badanie skuteczności autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego nadmiernie agresywnej młodzieży”. Badania podjęto w ramach przygotowywania rozprawy doktorskiej, pisanej w Zakładzie Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną, pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Deptuły.

Bibliografia

Bartkowicz Z., „Pomoc terapeutyczna nieletnim agresorom w zakładach resocjalizacyjnych”, AWH Antoni Dudek, Lublin 2001.
 Danilewska J., „Agresja u dzieci – szkoła porozumienia”, WSiP, Warszawa 2002.
 Davis M.H., „Empatia. O umiejętności współodczuwania”, GWP, Gdańsk 2001.
 Dision T.J., McCord J., Poulin F., „When Interventions Harm Peer Groups and Problem Behavior”, *American Psychologist*, vo. 54, No 9, 1999.

Dzielska A., Mazur J., „Definicja zespołu zachowań ryzykownych” (w:) Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
 Hoffman M.L., „Empatia i rozwój moralny”, GWP, Gdańsk 2006.
 Krahe B., „Agresja”, GWP, Gdańsk 2005.
 Kulesza M., „Agresja i przemoc uczniowska a klimat szkoły. Analiza porównawcza 2003–2007 Warszawa”, uzyskano w dn. 15.09.2011 r. http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=56:badania-nad-agresji-i-przemoc-w-szkole&Itemid=1148.
 Lochman J.E., Barry T.D., Pardini D.A., „Trening kontroli gniewu dla agresywnej młodzieży” (w:) A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.) *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
 McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H., „Zagrożona młodzież. Ujęcie kompleksowe”, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2008.
 Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów klasy I-III”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
 Ostrowska K., „Rozmiary, nasilenie i rodzaje zachowań agresywnych w szkole w latach 1997, 2003, 2007, uzyskano w dn. 15.04.2010 r. z <http://www.cmppp.edu.pl/files/raport%20KO2007.pdf>.
 Przemoc w szkole. Raport z badań. (2006). Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej. Uzyskano w dn. 15.04.2010 r. z <http://www.szkolabezprzemocy.pl/doki/badania/cbos-przemoc-w-szkole.pdf>.
 Raport roczny programu społecznego „Szkoła bez przemocy” (2009), Warszawa. Uzyskano w dn. 15.01.2013 r. <http://www.szkolabezprzemocy.pl/pliki/221-176-raport-roczny-2009.pdf>.
 Reykowski J., „Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986.
 Swearer S.M., Espelage D.L., Napolitano S.A., „Przemoc rówieśnicza. Zapobieganie i interwencja. Skuteczne strategie dla szkół”, Wydawnictwo PARPAMEDIA, Warszawa 2010.
 Tabak I., „Dobre relacje w rodzinie jako czynnik chroniący w grupie uwarunkowań związanych ze środowiskiem rodzinnym” (w:) Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
 Vetulani J., „Empatia i agresja – dziwne pomieszanie”, Piękno neurobiologii – blog Jerzego Vetulaniego, <http://vetulani.wordpress.com/2011/02/17/empatia-i-agresja-dziwne-pomieszenie/> (artykuł opublikowany również w czasopiśmie „Wszelchświat” (styczeń – luty — marzec 2011)).
 Wills T.A., Walker C., Mendoza D., Ainette M. G., „Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students”, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 20(3), 2006.
 Wills T.A., Resko J.A., „Społeczne wsparcie a zachowania wobec innych. Niektóre paradoksy i niektóre tendencje” (w:) A.G. Miller (red.), *Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2008.

Przypisy

- Autorka chętnie udostępni więcej informacji na temat programu i wyników jego ewaluacji (kontakt: losmajka@wp.pl, tel. 502 997 814).
- Por. Swearer, Espelage, Napolitano, 2010.

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego ma fundamentalne znaczenie w obszarze ochrony zdrowia. Uzależnienie dopuszczalności interwencji medycznej od uzyskania stosownej zgody jest gwarancją poszanowania autonomii pacjenta, a w szerszym ujęciu – poszanowania godności człowieka, o której mowa w art. 30 Konstytucji¹.

ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Wprowadzenie

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub do odmowy takiej zgody zostało wyrażone w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² (dalej: upp) oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³ (dalej: uzl). Ponadto, zgodnie z Deklaracją Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia z 1994 roku i Europejską Kartą Praw Pacjenta, świadoma zgoda pacjenta jest podstawą przeprowadzania jakichkolwiek działań medycznych. Unormowanie zawarte w Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny⁴ stanowi, że należy uwzględniać wcześniej wyrażone życzenia pacjenta w zakresie interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana powinna uzyskać odpowiednie informacje na temat celu i natury interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku.

Pojęcie zgody pacjenta

Zgodę można określić jako swobodnie podjęty i wyrażony według reguł znaczeniowych dostępnych dla innych uczestników procesu medycznego akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty na podstawie informacji na temat wszelkich stadiów postępowania medycznego⁵. W ocenie doktryny⁶, aby zgoda pacjenta była ważna i skutecznie wyrażona, powinny kumulatywnie zostać spełnione następujące warunki:

1. Zgoda powinna zostać wyrażona przez osobę do tego uprawnioną.
2. Przedmiotem zgody może być tylko takie dobro, które objęte jest niezależną dyspozycją stron⁷.
3. Czynność stanowiąca przedmiot zgody nie powinna sprzeciwiać się ustawie lub zasadom współżycia społecznego.
4. Zgoda powinna zostać wyrażona w formie przewidzianej przez ustawodawcę dla określonej kategorii czynności.
5. Zgoda pacjenta powinna zostać poprzedzona odpowiednimi informacjami, tzw. *informed consent*.
6. Zgoda powinna zostać wyrażona w sposób świadomy i dobrowolny.
7. Zgoda powinna zostać wyrażona w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości.

Zgoda ma być zatem aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr osobistych⁸ człowieka⁹. Nie może zostać wyrażona pod wpływem przymusu, błędu lub w stanie psychicznym, który uniemożliwia świadome podejmowanie decyzji. Przepisy prawa nie określają w sposób jednoznaczny formy, w jakiej pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy powinni wyrazić zgodę, przy czym ze względów dowodowych bezpieczniejsza jest forma pisemna. Ponadto w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę również wyraża się w formie pisemnej. Treść zgody powinna być jednoznaczna i nie może dotyczyć wszelkich czynności medycznych (metoda *in blanco*) – z treści zgody musi wynikać komu i na co pacjent jej udziela¹⁰.

Zgoda poinformowana

Zgoda pacjenta powinna zostać poprzedzona odpowiednimi informacjami, których pacjent ma prawo się domagać. Zgodnie z treścią art. 9 ust. 2 upp, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Podobne obowiązki nakłada na lekarza art. 31 ust. 1 uzl. W przypadku prawa do informacji chodzi nie tylko o urzeczywistnienie swobodnego i świadomego podejmowania decyzji o planowanych zabiegach medycznych, ale wprost o ochronę wartości, jaką jest wiedza o samym sobie, stanowiąca przesłankę konieczną dla podejmowania różnych ważnych decyzji w życiu osobistym, niekoniecznie związanych z leczeniem¹¹. W ocenie Sądu Apelacyjnego zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, przy czym zakres ten najdalej sięga w przypadku zabiegów, za którymi nie przemawiają bezwzględne wskazania, a są przeprowadzane głównie dla celów estetycznych¹². Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu prawnym wyroku z dnia 18 stycznia 2013 roku¹³ słusznie zauważył, że z obowiązkami lekarza dotyczącymi samego procesu leczenia wiąże się integralnie obowiązek udzielenia odpowiedniej informacji. Prawidłowe wypełnienie obowiązku poinformowania jest konieczną przesłanką wyrażenia przez pacjenta prawnie wiążącej zgody na ustalone leczenie (określanej mianem zgody objaśnionej, poinformowanej lub uświadomionej), a bezskuteczność zgody spowodowana nieudzieleniem właściwej informacji przesądza o bezprawności działania lekarza¹⁴. Obowiązek informacji uregulowany w uzl obejmuje normalne, przewidywalne, choćby nawet występujące rzadko, ale niedające się wykluczyć, następstwa zabiegu operacyjnego, zwłaszcza gdy mają one niebezpieczny dla życia lub zdrowia charakter; nie oznacza to, by informacja miała zawierać wszystkie możliwe następstwa zabiegu, nawet nietypowe i nieobjęte normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić w szczególnych wypadkach powikłań¹⁵.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę także na wyrok Sądu Najwyższego z 2004 roku, w którym podniesiono, iż

ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu¹⁶. Wspomniane orzeczenie zwalania zatem pacjenta z obowiązku dowodzenia, że nie uzyskał od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zgodnie z ogólnymi regułami dowodowymi (art. 6 kodeksu cywilnego) poszkodowany pacjent musi udowodnić wszystkie przesłanki swojego żądania, a więc nie tylko szkodę, lecz także winę lekarza (zakładu leczniczego), polegającą na działaniu lub zaniechaniu, niedołożeniu należytej staranności, braku wiedzy lub kwalifikacji, nieprzeprowadzeniu koniecznych badań wstępnych, błędzie sztuki lekarskiej itp. oraz związek przyczynowy między postępowaniem lekarza a szkodą¹⁷. Przedmiotem dowodu są, w myśl art. 227 kodeksu postępowania cywilnego, fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Pacjent jest zwykle laikiem w dziedzinie wiedzy medycznej, nie ma w tym zakresie żadnego przygotowania, dlatego bardzo często nie jest w stanie takiego dowodu przeprowadzić ani wskazać. Omawiane orzeczenie zmienia jednak rozkład ciężaru dowodu i to lekarz jest zobowiązany wykazać, że pacjent uzyskał od niego informację.

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego

W Polsce prawo pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną wywodzi się z unormowań konstytucyjnych, traktujących o prawie jednostki do samostanowienia oraz ochrony jej integralności. Zgodnie z art. 16 upp, pacjent¹⁸ ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych¹⁹ lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu od lekarza przystępnej informacji. Ze względu na wiek lub stan psychiczny nie ze wszystkich praw pacjent może jednak korzystać samodzielnie.

Jeżeli pacjent jest osobą małoletnią, lekarz na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń zdrowotnych musi uzyskać tzw. zgodę zastępczą od przedstawiciela ustawowego takiego pacjenta²⁰. Przedstawicielem ustawowym osoby małoletniej mogą być rodzice, kurator lub opiekun, o czym stanowią przepisy art. 92, 99 i 145 kro. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, o ile nie pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, sami nie są osobami małoletnimi

(chyba że są małżeństwem) albo ubezwłasnowolnionymi. Jeżeli rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, wówczas każde z nich może działać samodzielnie. O istotnych sprawach dziecka, do których należy w szczególności wyrażanie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, rodzice rozstrzygają wspólnie, a w razie braku porozumienia rozstrzyga sąd opiekuńczy. Lekarz, wahając się, czy zgoda jednego z rodziców w danym przypadku jest wystarczająca, powinien jednak zwrócić uwagę na stosunki panujące w rodzinie i sytuację faktyczną²¹. Oprócz rodziców przedstawicielem osoby niepełnoletniej może być – zgodnie z treścią art. 121 kro – przysposabiający. Do czynności przysposabiającego stosuje się takie same zasady jak do czynności rodziców. W sytuacji gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo są nieznani, ustanawia się opiekuna, który powinien uzyskiwać zgodę sądu we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniego. Jeżeli opiekun doznaje przemijającej przeszkody w sprawowaniu opieki, sąd opiekuńczy może ustanowić kuratora i wówczas w postanowieniu określa jego uprawnienia.

W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. W przypadku braku²² przedstawiciela ustawowego opiekun faktyczny ma prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego²³.

Przyznanie prawa do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi, który ukończył 16 lat, jest zgodne z art. 6 ust. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka oraz Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny oraz art. 12 Konwencji Praw Dziecka. Ustalenie sztywnej granicy wieku jest często krytykowane, ponieważ osoba, która nie ukończyła 16 lat, może być zdolna do świadomego uczestnictwa w postępowaniu leczniczym. Zwrócił na to uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich we wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego²⁴, którego zdaniem decyzja o poddaniu się czynności medycznej jest przejawem realizacji prawa podmiotowego jednostki do dysponowania swoją osobą gwarantowanego konstytucyjnie. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich zasady wyrażania zgody na leczenie przez osoby małoletnie nie respektują autonomii pacjenta, który nie ukończył jeszcze 16 lat, ignorując jego rzeczywiste rozeznanie co do swego stanu zdrowia i procesu leczenia. Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził przekonanie, że dzieci powinny współdecydować – wcześniej i w stopniu odpowiednim do wieku – o realizacji przysługujących im jako pacjentom praw. Na poparcie swej tezy odwołał się do przepisów prawa cywilnego, przyznających małoletnim powyżej lat 13 ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 15 i 17 kc). Jednocześnie jednak opowiedział się za koncepcją zgody pacjenta jako aktu woli odmiennego od klasycznego oświadczenia woli. Rzecznik Praw Obywatelskich podniósł, że w systemie prawa ustawodawca posługuje się kryterium wieku w odniesieniu do osób niepełnoletnich w sposób niekonsekwentny. W konkluzji Rzecznik Praw Obywatelskich zakwestionował we wniosku skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego zastosowanie w dyspozycji zaskarżonych przepisów sztywnego kryterium wieku do określenia granic autonomii woli małoletnich pacjentów, postulując uwzględnianie stopnia rozwoju dziecka i zdolności kształtowania przez nie własnych poglądów.

Trybunał Konstytucyjny, odnosząc się do stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich, podniósł, że poza argumentami płynącymi z analizy norm konstytucyjnych przy ocenie zasadności zarzutu sformułowanego przez wnioskodawcę, nie można abstrahować od faktycznych możliwości realizacji postulatu stanowiącego istotę wniosku. Zdaniem Trybunału wydaje się oczywiste, że generalne uzależnienie wymagania osobistej zgody małoletniego pacjenta od poziomu jego rozwoju wiązałoby się z koniecznością stworzenia instytucjonalnej kontroli tego poziomu w każdym indywidualnym wypadku. Oznaczałoby to z kolei

konieczność zapewnienia profesjonalnej służby w każdym niemal zakładzie opieki zdrowotnej. Opóźniałoby także udzielenie pomocy lekarskiej. Inna możliwość, tj. pozostawienie decyzji w kwestii rozeznania pacjenta swobodzie personelu medycznego powołanego do przeprowadzenia zasadniczych czynności leczniczych (przyjęcie do szpitala, zabieg, badanie), w ocenie Trybunału mogłaby prowadzić do znacznie poważniejszych naruszeń praw pacjentów niż te, które – zdaniem wnioskodawcy – mają miejsce na gruncie obowiązujących przepisów.

W przypadku osób małoletnich (powyżej 16. roku życia) lub ubezwłasnowolnionych całkowicie czynności lecznicze są podejmowane po uzyskaniu zgody podwójnej pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego, a w razie niezdolności pacjenta do świadomego wyrażenia swojej woli, zgodę na podjęcie interwencji wyraża wyłącznie przedstawiciel ustawowy pacjenta. Osoby ubezwłasnowolnione częściowo, które nie są zdolne do świadomego wyrażenia zgody, samodzielnie wyrażają zgodę na poddanie się działaniom leczniczym – bez względu na charakter czynności i zakres uprawnień ustanowionego dla nich kuratora²⁵. Zgodnie z art. 181 kro, kurator staje się uprawniony do wyrażenia zgody i reprezentacji osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, gdy sąd opiekuńczy tak postanowi. W razie uchylecia ubezwłasnowolnienia kuratela ustaje z mocy prawa.

Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli. Jak już wspomniano, w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, zgoda powinna mieć formę pisemną.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1 uzl). W takiej sytuacji lekarz ma obowiązek, w miarę możliwości, skonsultowania się z drugim lekarzem oraz odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej²⁶. Drugą sytuacją, w której lekarz może działać *ex lege*, jest, zgodnie z art. 34 ust. 7 uzl, wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody wła-

ściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Należy podkreślić, że zabieg medyczny bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany został zgodnie z zasadami wiedzy²⁷. Prawo nie nakazuje jednak pacjentowi poddawać się interwencji medycznej, a lekarzowi pokonywać oporu pacjenta albo przez wykonywanie czynności, na które zgody nie wyraził lub którym się sprzeciwił, albo przez postępowanie do sądu, aby taki sprzeciw pozbawił mocy²⁸.

Artykuł 192 kodeksu karnego

Wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta stanowi jedno z przestępstw przeciwko wolności. Kodeks karny z 1997 roku wprowadził w art. 192 nowy typ przestępstwa, polegający na wykonywaniu zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Jak słusznie zauważył L. Kubicki, w perspektywie historycznej ta decyzja ustawodawcza stanowi istotny etap w długiej ewolucji kształtowania się regulacji prawnej dotyczącej stosunku między lekarzem a pacjentem, zamykając – miejmy nadzieję – ostatecznie dominację paternalistycznego charakteru tej relacji²⁹.

Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. Przedmiotem ochrony indywidualnej w art. 192 kodeksu karnego jest wolność człowieka od wszelkich ograniczeń integralności jego woli co do przyzwolenia na przeprowadzenie wobec niego zabiegów leczniczych³⁰. W prawie polskim brak ustawowej definicji zabiegu leczniczego. Przez analogię do art. 2 ust. 1 uzl oraz uchylonego już art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej³¹ można stwierdzić, iż zabiegiem leczniczym jest postępowanie służące – zgodnie z zamysłem podejmującej je osoby – zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia innej osoby przez podejmowanie wobec niej działań diagnostycznych, terapeutycznych, a także profilaktycznych i rehabilitacyjnych, łączących się z naruszeniem jej integralności cielesnej³². Naruszenie to może przybierać zarówno postać naruszenia tkanki cielesnej (np. zabieg

operacyjny, iniekcja, pobieranie płynu rdzeniowego), jak i fizycznych ingerencji związanych z wnikaniem w ciało ludzkie bez naruszenia tkanki (np. sonda żołądkowa, penetracja mózgu za pomocą elektrowstrząsów)³³. Czyn określony w art. 192 kodeksu karnego stanowi występki polegający na działaniu i jest przestępstwem formalnym i wnioskowym.

Podsumowanie

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest w mojej ocenie jednym z kluczowych praw pacjenta, którego ochrona zasługuje na szczególną uwagę. Jego ochrona jest możliwa zarówno na drodze procesu cywilnego, jak również karnego.

Ocena sytuacji, w której pacjent nie wyraża zgody, nie jest jednoznaczna dla środowiska prawniczego i medycznego. Prowadzona dyskusja w tym zakresie inspirowana jest nie tylko treścią zapatrywań judykatury, ale również ideą poszukiwania rozwiązań, które mogłyby pogodzić urzędywistnienie autonomii woli pacjenta z bezpieczeństwem sytuacji prawnej lekarza³⁴. Spory dotyczące legalności zabiegów leczniczych stale czynią aktualnym pytanie, czy decydującym kryterium tej oceny powinno być dobro chorego, czy zgoda na interwencję medyczną³⁵.

Przypisy

- 1 B. Janiszewska, „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe”, Warszawa 2013, s. 2.
- 2 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012.159 j.t. z późn. zm.).
- 3 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634 j.t. z późn. zm.).
- 4 Konwencja jest jednym z podstawowych aktów o zasięgu międzynarodowym, który reguluje tematykę prawa, etyki i medycyny. Została podpisana przez Polskę w 1999 r., ale do dnia dzisiejszego jej nie ratyfikowano. Sąd Najwyższy traktuje jednak przepisy Konwencji jako istotną wskazówkę interpretacyjną, czego przykładem jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27.10.2005 roku, sygn. akt III CK 155/05, w którym podkreślono prymat zasady autonomii pacjenta właśnie w oparciu o treść art. 9 Konwencji Bioetycznej, który stanowi, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”.
- 5 M. Świdarska, „Zgoda pacjenta na zabieg medyczny”, Toruń 2007, s. 19.
- 6 B. Janiszewska, „Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny” (uwagi o odmowie zgody na leczenia oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro), Prawo i Medycyna 2/2007, s. 33-45; J. Ignaczewski, „Zgoda pacjenta na leczenie”, Warszawa 2003, s. 19 i n.; M. Świdarska, „Zgoda pacjenta na zabieg medyczny”, Toruń 2007.
- 7 A. Szpunar, „Zgoda uprawnionego, w zakresie ochrony dóbr osobistych”, RPEIS 1/1990, s. 46
- 8 Polskie prawo nie zawiera definicji ani zamkniętego katalogu dóbr osobistych. Ogranicza się do stwierdzenia, że dobrami osobistymi człowieka, w szczególności, są: zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespon-

dencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska (art. 23 kodeksu cywilnego). Zatem należy zauważyć, że to doktryna i orzecznictwo kształtują ten katalog, przy czym poszczególne dobra osobiste pojawiają się i znikają w miarę przemian w sferze pojęć danego społeczeństwa. Pozostają one pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach, zatem objęte są wszechstronną ochroną. Podmiot, którego dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonania naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie cywilnym istnieje także możliwość dochodzenia z tego tytułu zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Ponadto, w sytuacji w której wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych.

- 9 M. Safjan, „Prawo i medycyna”, Warszawa 1998, s. 35.
- 10 R. Kędziora, „Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego”, Prokuratura i Prawo 2003, nr 7-8, s. 54.
- 11 M. Safjan, „Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom”, Prawo i Medycyna 2005, nr 1, s. 19.
- 12 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29 września 2005 r. I ACA 236/05, Prawo i Medycyna 1/2008, s. 127.
- 13 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.
- 14 Ibidem.
- 15 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/98, niepublikowany, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07.
- 16 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r. II CK 303/2004, Przegląd Sądowy 2006/6 s. 138.
- 17 Ibidem.
- 18 Pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 upp).
- 19 Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
- 20 E. Zielińska (red.), „Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz”, Warszawa 2008, s. 469.
- 21 E. Zielińska (red.), „Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty...”, s. 470.
- 22 Brak przedstawiciela ustawowego zachodzi wówczas, gdy pacjent małoletni, ubezwłasnowolniony całkowicie lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody nie ma z przyczyn faktycznych lub prawnych przedstawiciela ustawowego lub ma przedstawiciela, ale nie istnieje możliwość porozumienia się z nim w czasie, w którym zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania i związana z tym konieczność uzyskania stosownej zgody.
- 23 Udzielenie świadczenia zdrowotnego może być wykonane na podstawie postanowienia sądu.
- 24 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r. K 16/10, Dz.U. 2011 r., Nr 240, poz.1436 .
- 25 B. Janiszewska, „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe”, Warszawa 2013, s. 715.
- 26 R. Kędziora, „Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego”, s. 45.
- 27 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 31.III.2006 r., I A Ca 973/05, LEX nr 252877.
- 28 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSN 2006, nr 7-8, poz. 137, PS 2008, nr 3, s. 116.
- 29 L. Kubicki, „Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 k.k.)”, Prawo i Medycyna 8/2000, s. 30.
- 30 M. Filar (red.), „Kodeks karny. Komentarz”, Warszawa 2010, s. 1148.
- 31 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89 z późn. zm.).
- 32 M. Filar (red.), „Kodeks karny. Komentarz”, s. 1148.
- 33 Ibidem.
- 34 B. Janiszewska, „Odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 7 listopada 2008 roku, II CSK 259/08)”, Studia Iuridica L/2009, s. 51 i n.
- 35 E. Zielińska, „Powinności lekarza w przypadku braku zgody w stanie terminalnym”, Prawo i Medycyna 5/2000, s. 73.

Podejście harm reduction zakłada ograniczanie barier, stygmatyzacji i wyjście do pacjentów, aby zaopiekować się nimi w miejscu, gdzie się aktualnie znajdują, a nie tam, gdzie chcielibyśmy, aby byli. Nie rezygnując z wizji celów optymalnych, pomagamy osobom pijącym problemowo w sposób dostosowany do ich potrzeb i aktualnej kondycji.

ABSTYNENCJA I REDUKCJA SZKÓD JAKO CELE LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Jadwiga Fudała

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA
specjalista psychoterapii uzależnień

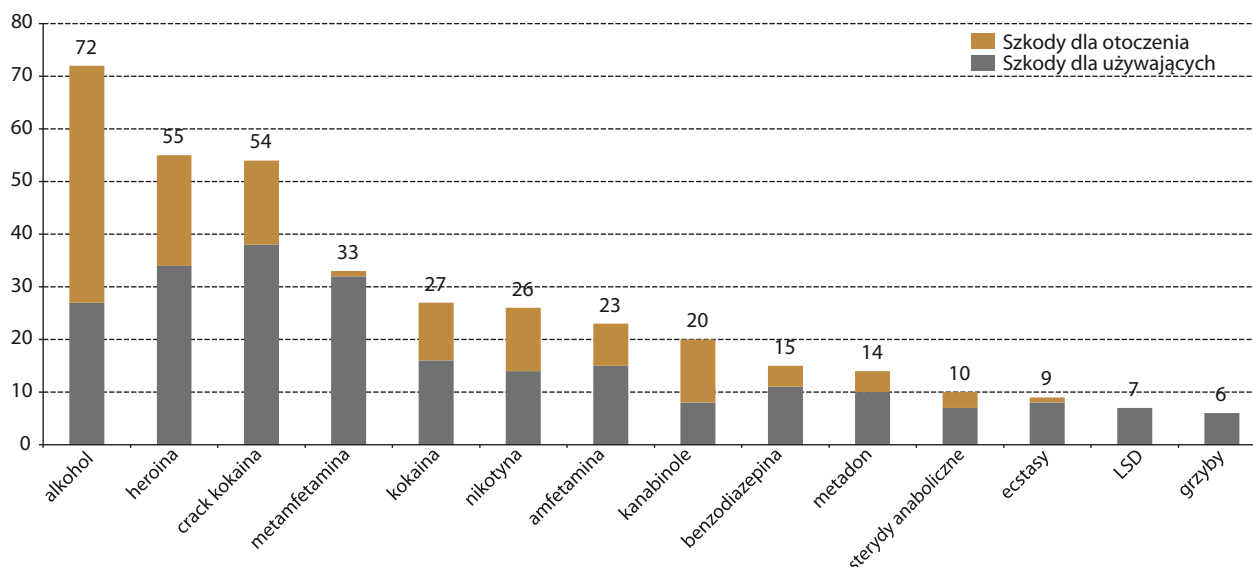
Zagrożenia wynikające z używania alkoholu: wyniki badań

W ostatnich latach w polskiej przestrzeni publicznej można zaobserwować tendencję do bagatelizowania zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu. W świadomości większości Polaków, w tym również polityków, narkotyki są coraz powszechniej używane i są one zdecydowanie bardziej destrukcyjne niż alkohol. Takie przekonania skłaniają polityków do częstych, zdumiewająco szybkich zmian legislacyjnych oraz do dużej gotowości finansowania programów profilaktycznych i leczniczych w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Jednocześnie w obszarze polityki alkoholowej obserwujemy marazm legislacyjny, rosnącą ekonomiczną dostępność alkoholu

(niewystarczające podwyżki akcyzy), zaś w działaniach samorządów lokalnych niepokój budzi zwiększająca się liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz nieefektywne strategie wydatkowania środków w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Czy rzeczywiście alkohol można lekceważyć? W 2010 roku Niezależny Komitet Naukowy ds. Narkotyków w Wielkiej Brytanii dokonał oszacowania szkód spowodowanych używaniem różnych substancji psychoaktywnych¹. Oceniano, jakie szkody pociąga za sobą używanie substancji psychoaktywnych dla osób używających i dla ich otoczenia. W przypadku użytkowników oceniano konsekwencje fizyczne (szkody

Wykres 1. Szkody dla otoczenia i osób używających wyrządzone przez poszczególne substancje psychoaktywne (%).



zdrowotne oraz śmiertelność spowodowaną pośrednio lub bezpośrednio używaniem środka), psychologiczne (siłę uzależnienia, upośledzenie funkcjonowania umysłu spowodowane bezpośrednio lub pośrednio używaniem) i społeczne (straty materialne, utratę związków z innymi). W przypadku otoczenia oceniano szkody fizyczne, psychologiczne (zranienia) i społeczne (przestępczość, niszczenie środowiska naturalnego, problemy rodziny, koszty ekonomiczne, szkody międzynarodowe i lokalne). Okazało się, że kokaina w postaci crack, heroina, metamfetamina i alkohol są najbardziej szkodliwymi środkami odurzającymi dla użytkowników. Środki te osiągnęły w skali od 0 do 100 wyniki odpowiednio 37, 34, 32, 26 punktów. Alkohol, heroina i kokaina w postaci crack były najbardziej szkodliwe dla otoczenia używających (wyniki odpowiednio 46, 21 i 17 punktów). Alkohol okazał się łącznie najbardziej szkodliwym środkiem psychoaktywnym spośród wszystkich badanych (72 punkty ogółem za wyrządzane szkody), a heroina (55) i kokaina w postaci crack (54) znalazły się na drugim i trzecim miejscu.

Intencją ekspertów nie było z całą pewnością pomniejszanie destrukcyjnego działania narkotyków czy zachęcanie do ich używania. Jednak wyniki badania dowodzą, że powszechnie spożywany i legalny alkohol jest groźną substancją psychoaktywną. To, że jest zwyczajowo i kulturowo oswojony, nie zmniejsza realnych zagrożeń, jakie stwarza on w wymiarze jednostkowym i społecznym. Ryzyko wystąpienia wszystkich rodzajów szkód poalkoholowych można zmniejszyć lub nawet zniwelować, ograniczając spożycie alkoholu zarówno całkowite, jak i ilości wypijane przez konsumentów podczas jednej okazji².

Epidemiologia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu: potrzeby i możliwości ich zaspokojenia przez leczenie odwykowe

Około 82% dorosłych spożywa napoje alkoholowe. Rejestrowane spożycie alkoholu na jednego mieszkańca Polski to od kilku lat nieco ponad 9 litrów 100-procentowego alkoholu, zaś po dodaniu alkoholu nierejestrowanego – ok. 13 litrów³. Kryteria szkodliwego spożywania alkoholu spełnia blisko 10% dorosłych mieszkańców naszego kraju, zaś uzależnienia – 2,4%. Próba ekstrapolacji wyników badań epidemiologicznych na populację

ludności Polski w wieku 18-65 lat daje liczbę ponad 2,4 mln osób pijących szkodliwie i ponad 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu⁴.

Osoby pijące szkodliwie są potencjalnie zagrożone rozwojem uzależnienia. Wymagają one pomocy w zmianie wzoru picia, najczęściej w kierunku ograniczenia ilości i częstotliwości spożywania alkoholu. „Koszyk świadczeń gwarantowanych” w lecznictwie uzależnień umożliwia udzielanie im świadczeń, jednak liczba ok. 8 tys. pacjentów pijących szkodliwie, którzy w ciągu roku są rejestrowani w placówkach odwykowych jest rażąco niska w stosunku do szacowanych potrzeb. Wygląda na to, że osoby, które ponoszą z powodu picia straty, ale nie są uzależnione, niezbyt chętnie zgłaszają się po pomoc do specjalistów zajmujących się uzależnieniami. Powodów jest wiele, jednym z nich jest to, że korzystanie z pomocy lecznictwa uzależnień nadal stygmatyzuje⁵. Zresztą leczenie odwykowe, od lat skoncentrowane na leczeniu osób uzależnionych, wcale nie dysponuje powszechną ofertą pomocy dla osób pijących szkodliwie. Z danych PARPA wynika, że tylko 48% poradni odwykowych i 15% oddziałów dziennych deklaroowało w 2012 roku możliwość realizacji w swojej placówce oferty krótkoterminowych programów korekcyjnych ukierunkowanych na zmianę wzoru picia na mniej destrukcyjny.

W sumie w systemie opieki psychiatrycznej (w tym w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu) w 2011 roku zarejestrowano 253 397 osób z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. Stanowiły one 12% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, 29% pacjentów oddziałów dziennych oraz 37% osób leczonych w psychiatrycznej opiece całodobowej. Zdecydowana większość (ponad 90%) osób z zaburzeniami „poalkoholowymi” (F10) leczona jest w placówkach odwykowych, gdzie dominują pacjenci przyjmowani z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu lub alkoholowego zespołu abstynencyjnego (ponad 90%)⁶. Zestawienie szacunków epidemiologicznych i danych dotyczących pacjentów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu pokazuje, że nie tylko osoby pijące szkodliwie, ale również większość uzależnionych nie szuka pomocy specjalistycznej. Do placówek odwykowych docierają osoby najczęściej uzależnione i do tej grupy pacjentów dostosowane są programy leczenia.

Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu z roku na rok wzrasta. W 2012 roku do Państwowej Agencji

Rozwiązywania Problemów Alkoholowych sprawozdało swoje funkcjonowanie: 513 poradni, 103 oddziały dzienne, 90 terapeutycznych oddziałów całodobowych i 61 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych⁷. Rosnąca liczba miejsc udzielania świadczeń nie jest niestety gwarancją różnorodności i wysokiej jakości ofert terapeutycznych. Podaż i popyt na świadczenia w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu ogranicza zarówno niewystarczająca wysokość środków pozyskiwanych przez placówki z NFZ, jak również funkcjonujący od lat, monolityczny model leczenia.

Czy pomaganie osobom uzależnionym od alkoholu jest skuteczne?

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie ich życia w abstynencji. W obliczu aktualnej wiedzy cel ten należy uznać za optymalny, czyli najlepszy dla pacjentów. Jest on dość prosty w realizacji i w monitorowaniu, ale wysokoprogowy: znaczna część osób uzależnionych nie akceptuje tego celu na początku terapii, dla większości pacjentów jest on trudny do osiągnięcia.

Pokutuje przekonanie, że leczenie uzależnienia jest mało skuteczne. Badania chorób chronicznych dowodzą, że osoby uzależnione w ciągu roku od podjęcia leczenia przestrzegają zaleceń w podobnym stopniu jak cukrzycy, osoby chore na astmę i nadciśnienie, co skutkuje niemal identyczną częstotliwością nawrotów starych zachowań we wszystkich tych grupach. I choć wyniki leczenia uzależnienia są porównywalne do wyników leczenia uzyskiwanych w przypadku leczenia innych chorób chronicznych, to tylko w stosunku do osób uzależnionych interpretuje się je w kategoriach niskiej efektywności⁸. Powodem są przyjęte wskaźniki efektu. Skuteczność leczenia chorób o charakterze chronicznym weryfikowana jest najczęściej miarą długości przeżycia pacjentów, stopniem łagodzenia objawów chorobowych oraz poprawą (choćby czasową) jakości ich życia. Tylko w uzależnieniach sukces terapeutyczny warunkuje się całkowitym ustąpieniem wszystkich objawów. Badania amerykańskie dowodzą, że nawet jeśli w rok po leczeniu ukierunkowanym na abstynencję do picia nie wraca ok. 1/4 pacjentów to w grupie pozostałych odnotowuje się znaczny spadek spożycia alkoholu w porównaniu do okresu sprzed leczenia i wysoką redukcję nasilenia problemów związanych z piciem alkoholu⁹. Taką zmianę

warto spostrzegać w kategoriach sukcesu, nawet jeśli pacjenci nie podjęliby dalszej pracy nad abstynencją.

Ograniczanie spożywania alkoholu jako cel leczenia osób uzależnionych

Część osób uzależnionych nie godzi się na leczenie, którego celem i warunkiem jest utrzymanie abstynencji. Wyniki badań amerykańskich dowodzą, że dla osób uzależnionych w mniejszym stopniu (charakteryzujących się krótszym okresem trwania uzależnienia, mniej nasilonymi zespołami abstynencyjnymi, realnym wsparciem społecznym, aktywnością zawodową, mniejszymi stratami z powodu picia) korzystnym celem leczenia może być ograniczanie picia, zaś dla osób znacznie uzależnionych korzystniejszym celem jest abstynencja¹⁰. Zarówno w USA, gdzie tylko ok. 20% terapeutów uznaje możliwość przyjęcia ograniczenia picia jako celu leczenia osób uzależnionych, jak i w Wielkiej Brytanii, gdzie ponad 3/4 terapeutów prowadzących programy leczenia akceptuje poprawę wzoru picia jako cel terapii, zaleca się je około 25% pacjentom¹¹.

W Polsce, inaczej niż w USA i w większości krajów Europy Zachodniej, nie ma jeszcze powszechnej oferty pomocy dla osób uzależnionych, które chcą ograniczyć swoje picie, jednak widać już pierwsze symptomy zmian. W badaniach ankietowych kierownicy blisko połowy placówek ambulatoryjnych wyrażają akceptację dla takiej strategii pracy, co świadczy o rosnącej świadomości konieczności poszerzania celów i metod pomagania uzależnionym pacjentom. Wydaje się, że temu procesowi sprzyja zmiana nomenklatury (zamiast o kontrolowaniu picia przez osoby uzależnione mówi się o ograniczaniu spożywania alkoholu i wynikających z tego szkód), popularyzacja wyników badań zachęcających do szerszego rozumienia uzależnienia oraz zmęczenie pracą w dominującym w polskim systemie lecznictwa odwykowego modelu integracyjnej psychoterapii uzależnień. Zwiększa się zrozumienie dla trudności pacjentów z utrzymaniem abstynencji, co skutkuje mniej restrykcyjnymi wymaganiami warunkującymi uczestnictwo w programach terapeutycznych. Pojawiają się już eksperymentalne programy terapeutyczne dla pacjentów, którzy chcą zredukować swoje picie.

Realizowane za granicą programy pomocy w zmianie wzoru picia osób uzależnionych opierają się na zasadach i metodach, jakie stosuje się wobec pacjentów

pijących alkohol szkodliwie¹². Są to najczęściej programy krótkoterminowe (od 4 do 12 sesji realizowanych indywidualnie i/lub grupowo), oparte są na empatii, uznaniu autonomii pacjenta, wzmacnianiu jego zasobów wewnętrznych i społecznych. Jako efektywne oceniono w realizacji tych programów umiejętności posługiwania się przez terapeutów dialogiem motywującym i technikami behawioralno-poznawczymi wzmacniającymi motywację pacjentów i uczącymi ich lepszemu zarządzaniu swoim piciem (poznania rzeczywistego wzoru spożywania alkoholu, zaplanowania zmiany, monitorowania postępów, nagradzania się za sukcesy, zapobiegania nawrotom niechcianego stylu picia). Wysiłki osób uzależnionych zmierzające do ograniczenia poziomu spożywania alkoholu mogą być wsparte lekami: naltreksonem i nalmefenem. Do leczenia zaleca się włączanie, zawsze gdy jest to możliwe, osób ważnych dla pacjenta. Jest to istotne, bowiem bliscy oczekują najczęściej od osób leczących się utrzymania abstynencji i gdy jej nie obserwują – mogą torpedować zmianę nakierowaną na poprawę wzoru picia. Poza tym wsparcie środowiskowe ma kluczowe znaczenie dla powodzenia zmiany.

Celem leczenia jest poprawa funkcjonowania pacjenta oraz redukcja szkód wynikających ze spożywania alkoholu. Jest to możliwe poprzez zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu przy jednej okazji i/lub łącznie w ciągu określonego czasu, a także poprzez zmniejszenie częstotliwości okazji picia, a zwłaszcza epizodów upijania się. Wbrew obawom specjalistów, w sytuacji, gdy pacjenci mogą wybrać sami cel leczenia, wcale nie wszyscy rezygnują z abstynencji. Ponad 40% uzależnionych rozpoczynających leczenie decyduje się na rozstanie z alkoholem i są to częściej osoby cechujące się ciężkim przebiegiem uzależnienia, mające małe oparcie społeczne, a więc ci, którzy mają statystycznie najmniej szans na sukces w programach redukcji picia. Doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem spożywania alkoholu przez osoby uzależnione dowodzą, że część pacjentów, chcących na początku leczenia ograniczyć picie alkoholu, zdecyduje się po pewnym czasie na abstynencję¹³. Ich terapia jest wówczas znacznie bardziej efektywna niż w sytuacji, gdy uczestniczą w leczeniu, którego cel został im narzucony. W takiej sytuacji ograniczenie picia staje się celem pośrednim. Badania dowodzą, że na abstynencję po próbie ograniczenia decydują się ci, dla których redukcja picia była zbyt trudna (mają duży dyskomfort wynikający

z konieczności dyscyplinowania się), osoby, dla których spożywanie mniejszych dawek alkoholu okazało się mało atrakcyjne oraz ci, którzy, mimo starań, nie odnieśli w redukcji picia żadnych sukcesów. Kto zatem ma szansę na ograniczenie picia z sukcesem? Ci, którzy mieli sporo problemów wynikających ze spożywania alkoholu, ale picie nie spowodowało jeszcze poważnej destrukcji, osoby mające problemy z nadużywaniem alkoholu nie dłużej niż 10 lat, nie diagnozowane wcześniej jako uzależnione oraz osoby lepiej osadzone w rzeczywistości społecznej¹⁴. Sukcesy części pacjentów uzależnionych w ograniczaniu picia przeczą przyjętej wizji uzależnienia od alkoholu jako choroby pierwotnej, postępującej i chronicznej. Duże amerykańskie badania epidemiologiczne NESARC¹⁵ dowiodły, że tylko 1/4 osób zdiagnozowanych jako uzależnione po 12 miesiącach obserwacji nie zmieniła, a nawet nasiliła swoje picie. Pozostali albo przestali pić (18%), albo osiągnęli poprawę wzoru picia. W ponad połowie przypadków u osób uzyskujących remisję w ciągu dwóch lat od diagnozy uzależnienia nie obserwowano powtarzających się nawrotów picia. W grupie tej tylko co czwarta osoba korzystała z leczenia lub wsparcia grup samopomocowych. Pozostali dokonali zmiany o własnych siłach. Zjawisko samoistnych remisji, czyli przezwycięzania uzależnienia bez pomocy leczenia, jest ciągle jeszcze słabo rozpoznane i brzmi jak herezja¹⁶. Typowe doświadczenia specjalistów leczących osoby uzależnione nie potwierdzają ani wysokich zdolności klientów do skutecznego limitowania picia, ani do wyzdrowienia. Ale uzależnienie wygląda inaczej w populacji generalnej niż w populacji klinicznej, gdzie trafiają najczęściej osoby z ciężkim przebiegiem i długą historią uzależnienia. Wyniki badań populacyjnych, pozytywne efekty programów redukcji picia, a także doświadczenia samoistnych remisji dowodzą, że uzależnienie jest zjawiskiem heterogennym i że grupa osób trafiających do leczenia odwykowego to tylko wierzchołek góry lodowej. Pod powierzchnią kryje się bardziej różnorodny obraz obejmujący różne typy alkoholizmu (Cloningera, Lesh), różny przebieg i nasilenie tego zaburzenia, różny potencjał samouzdrawiający osób uzależnionych. Ta różnorodność wymaga zróżnicowanej oferty pomagania. Programy nakierowane na ograniczanie picia i wzmacniające zdolności osób uzależnionych do samowyleczenia odpowiadają na to zapotrzebowanie. Standardy leczenia uzależnienia od alkoholu sformułowane przez wiodące zagraniczne instytucje, jak National

Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (USA) i National Institute for Health and Clinical Excellence (Wielka Brytania) zalecają abstynencję jako optymalny, najbardziej pożądaną cel terapii osób uzależnionych od alkoholu, ale formułują też inny cel – redukcję picia – i rekomendują go jako cel leczenia dla osób z łagodniejszą formą uzależnienia, dla osób nieakceptujących abstynencji jako celu terapii oraz dla tych, którzy nie potrafią utrzymać abstynencji. Może być ona również celem pośrednim w dochodzeniu do abstynencji. Abstynencję zawsze zaleca się pacjentom nieletnim, kobietom w ciąży, osobom ciężko chorym somatycznie i psychicznie oraz zażywającym leki wchodzące w interakcję z alkoholem. Standardy NIAAA doprecyzowują, że jeśli pacjent zdecydował się na ograniczanie picia i odniósł sukces, należy go nadal wspierać w tak ukierunkowanej zmianie, chyba, że za abstynencją przemawiają ważne względy zdrowotne lub społeczne.

PARPA rozpoczyna pracę nad opracowaniem zaleceń dla programów leczenia uzależnienia nakierowanych na ograniczenie spożywania alkoholu. Jej celem jest poszerzenie dotychczasowej oferty terapeutycznej o cel akceptowalny przez większą liczbę osób potrzebujących pomocy z powodu doświadczanych problemów alkoholowych oraz upowszechnienie w praktyce terapeutycznej interwencji leczniczych mających udokumentowaną skuteczność, jak dialog motywujący, praca z parą, krótkie interwencje¹⁷.

Picie pod kontrolą

W odróżnieniu od programów redukcji picia, definiowanych jako „zdyscyplinowane, planowane i limitowane spożywanie alkoholu”¹⁸, opartych na świadomej decyzji i aktywności osób pijących problemowo, programy „picia pod kontrolą” aranżują sytuacje sprzyjające ograniczaniu spożywania alkoholu, a osoby, które biorą w nich udział, doświadczają poprawy poprzez dostosowanie się do wymogów uczestnictwa. Są to przede wszystkim programy mające zwiększać bezpieczeństwo i porządek w środowiskach lokalnych (poprzez zmniejszenie widoczności alkoholików w miejscach publicznych i minimalizację ryzyka ich nieakceptowanych zachowań), jak również zapewnić opiekę osobom ciężko uzależnionym poprzez tworzenie dla nich bezpiecznych miejsc spotkań, gdzie mogą (ale nie muszą) spożywać alkohol w ustalonych granicach (ilość i rodzaj), umyć się, odpocząć oraz liczyć

na otrzymanie niskoprogowej pomocy terapeutycznej, medycznej i socjalnej¹⁹. Takie propozycje mogą być pomocne w przypadku osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję, osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych (np. mających uszkodzenia organiczne mózgu, upośledzonych umysłowo), osób mających zbyt małe zasoby osobiste i społeczne, aby utrzymać abstynencję. Na przykład w USA, Czechach, Holandii, krajach niemieckojęzycznych uzależnionych klientów pomocy społecznej niezainteresowanych abstynencją lub niepotrafiących utrzymać abstynencji zachęca się do systematycznego, trzeźwego uczestnictwa w grupach spotkaniowych nakierowanych na wsparcie i naukę ważnych dla nich umiejętności życiowych, jak: gospodarowanie środkami finansowymi, czasem, poszukiwanie pracy, rozwiązywanie problemów, dbanie o higienę, zdrowie, leczenie itp. Warunkiem uczestnictwa jest trzeźwość lub ograniczenie spożywania alkoholu w dniach spotkań, zaś nagrodą punkty mające wymierną, materialną wartość. Okazuje się, że klienci uczestniczący w takich programach, mimo że nie wymaga się od nich utrzymywania stałej trzeźwości, ograniczają ogólne spożycie substancji psychoaktywnych, mają mniej problemów zdrowotnych i społecznych oraz lepiej sobie radzą w codziennym funkcjonowaniu. Dodatkową zaletą tak zorganizowanych programów jest stały, dość wszechstronny monitoring klientów najbardziej zagrożonych wykluczeniem. Ostatnio wiele poruszenia wywołała przekazana przez media informacja o realizowanym w Amsterdamie programie picia pod kontrolą „Praca za piwo”. Osobom uzależnionym, zmarginalizowanym, uprzykrzającym życie mieszkańcom Amsterdamu zaproponowano pracę przez 3 dni w tygodniu w godz. 9.00-15.30 w dziesięcioosobowych grupach. Otrzymywały za to zapłatę w wysokości: 10 euro, pół paczki tytoniu, śniadanie, lunch oraz 5-6 puszek piwa, których nie mogły wypić w godzinach pracy. Program oceniany jest jako efektywny. Uczestnicy programu stali się mniej widoczni w przestrzeni publicznej, mniej pili, więcej jedli i mieli jakieś użyteczne zadanie do wykonania (nie byli beczynni). Aktualnie wielu uzależnionych od alkoholu czeka w kolejce do wejścia w ten program.

We wszystkich programach „picia pod kontrolą” emocje budzi fakt akceptacji przez instytucje pomocowe spożywania alkoholu przez uzależnionych podopiecznych, a zwłaszcza podawanie im alkoholu. Mówi się, że programy

te są przejawem bezsilności systemu pomagania, że są niehumanitarne i sprzeczne z interesem uzależnionych klientów. Wydaje się, że można je spostrzegać inaczej, jako przejaw realizmu i kreatywności w poszukiwaniu wszelkich możliwych sposobów minimalizowania szkód, jakie pijący wyrządzają sobie i otoczeniu. W Polsce od wielu lat domy pomocy społecznej borykają się z nadużywaniem alkoholu przez swoich podopiecznych, balansując od restrykcyjnej polityki zakazu spożywania alkoholu przez mieszkańców do liberalnej akceptacji ich prawa do realizacji wszystkich potrzeb życiowych (w tym picia). Powszechność problemu i jego duże nasilenie zmusiło Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej do przyznania, że problem istnieje i coś z nim należy zrobić. Tymczasem ograniczono się do zmian legislacyjnych pozwalających tworzyć specjalne typy DPS-ów dla osób uzależnionych. To oczywiście tylko element strategii rozwiązywania problemów alkoholowych w DPS-ach, której na razie nie ma. Problem nadużywania alkoholu występuje we wszystkich instytucjach opiekuńczych, nie tylko w Polsce i różnie jest rozwiązywany. Na przykład mieszkańcom domów pomocy społecznej w Niemczech i Szwajcarii zdecydowano się wydawać niskoprocentowy alkohol (zakupiony z ich kieszonkowego) według indywidualnie określonego przez lekarzy poziomu konsumpcji celem minimalizacji szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z niekontrolowanego, ukradkowego picia przez nich alkoholu. Jednocześnie oferta taka nie była jedyną strategią pomagania osobom uzależnionym i ograniczono ją tylko do osób zdecydowanie odmawiających utrzymania abstynencji, które były uprzednio leczone w tradycyjnych programach nastawionych na abstynencję lub które z powodów somatycznych bądź psychicznych nie mogły uczestniczyć w tych programach²⁰.

Podsumowanie: redukcja szkód w odniesieniu do używania alkoholu

Podejście harm reduction zakłada ograniczanie barier, stygmatyzacji i wyjście do pacjentów, aby zaopiekować się nimi w miejscu, gdzie się aktualnie znajdują, a nie tam, gdzie chcielibyśmy, aby byli²¹. Nie rezygnując z wizji celów optymalnych, pomagamy osobom pijącym problemowo w sposób dostosowany do ich potrzeb i aktualnej kondycji.

Strategie redukcji szkód wynikających ze spożywania alkoholu nie ograniczają się wyłącznie do programów zmniejszania ilości wypijanego alkoholu. Inne działania

to wzbogacanie piwa tiaminą (witaminą B1), zastępowanie szklanych opakowań plastikowymi, działanie nocnego transportu publicznego, organizowanie izb wytrzeźwień, kontrole trzeźwości kierowców, eliminowanie z handlu alkoholu niewiadomego pochodzenia itp. One również mają na celu minimalizowanie konsekwencji picia alkoholu dla konsumentów i dla ich otoczenia.

Przypisy

- 1 www.thelancet.com November 1, 2010.
- 2 Aderson P, Baumberg B., „Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego”, Wydawnictwo Parpamedia, 2007.
- 3 „Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches”, WHO Regional Office for Europe, 2012.
- 4 Moskalewicz, J, Kiejna A., Wojtyniak B. (red), „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski”, IPiN, 2012.
- 5 Zulewska-Sak J., Dąbrowska K., „Percepcja społeczna czynników udaremniających samodzielne przezwyciężenie uzależnienia – jakościowa analiza poznawcza”, Alkoholizm i Narkomania, nr 3/2005.
- 6 Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii za 2011 rok.
- 7 Dane z listy adresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu prowadzonej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia za rok 2012.
- 8 Erickson C. K., „Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia”, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2010.
- 9 Wojnar M., materiały z konferencji szkoleniowej organizowanej przez PARPA w Warszawie, czerwiec 2013 roku za: Miller W.R., Bennett M.E., „How effective is alcohol treatment in the United States?”, J. Stud. Alcohol., 62 (2), 2001.
- 10 Teesson M., Degenhardt L., Hall W., „Uzależnienia: modele kliniczne i techniki terapeutyczne”, GWP, 2005.
- 11 „IX Raport Specjalny dla Kongresu USA”, PARPA, 2002.
- 12 Sobell M. i L., „Picie kontrolowane – zagadnienia kliniczne”, Alkoholizm i Narkomania nr 2/2007;
- 13 Fudała J., „Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie”, Wydawnictwo Parpamedia, 2008.
- 14 Jakubczyk A., Wojnar M., „Całkowita abstynencja czy redukcja szkód”. Różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń”, Psychiatria Polska, tom XLVI, nr 3/2012.
- 15 Miller W.R., Munoz R.F., „Picie kontrolowane”, Wydawnictwo Parpamedia, 2006.
- 16 Jakubczyk A., „Redukcja szkód w leczeniu uzależnienia od alkoholu”, materiały z konferencji szkoleniowej organizowanej przez PARPA w Toruniu, czerwiec 2013.
- 17 Zulewska J., „Potencjał samouzdrawiający osób doświadczających problemów z alkoholem. Przegląd badań nad zjawiskiem samowyleczenia”, Alkoholizm i Narkomania, nr 4/2005;
- 18 Sobell L., „Samoleczenie. Wyniki i konsekwencje dla leczenia uzależnień”, materiały z konferencji szkoleniowej organizowanej przez IPiN w Warszawie, 2006.
- 19 Miller P. (red.), „Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach”, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2013.
- 20 Klingemann J., „Programy nauki picia kontrolowanego – kontekst, percepcja, przykład”, Świat Problemów” nr 8/2013.
- 21 Klingemann H., „Picie kontrolowane i picie pod kontrolą jako cele terapeutyczne – doświadczenia praktyczne”, materiały z seminarium zorganizowanym przez PARPA w Warszawie 4 lutego 2014 roku.
- 22 Klingemann H., „Picie kontrolowane. Badania naukowe, doświadczenia płynące z praktyki oraz debata publiczna w Szwajcarii i Niemczech”, Alkoholizm i Narkomania nr 3/2006.
- 23 Jakubczyk A., Wojnar M., „Całkowita abstynencja czy redukcja szkód”. Różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń”, Psychiatria Polska, tom XLVI, nr 3/2012, za: Marlatt G.A., „Harm reduction: come as you are”, Addict. Behav., 21 (6)/1996.

Zbieranie danych na poziomie krajowym o leczeniu i rehabilitacji osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych umożliwia prowadzenie analiz porównawczych dotyczących trendów w zakresie wzorów problemowego używania narkotyków, społeczno-demograficznych oraz terytorialnych korelatów problemu, a także niektórych jego konsekwencji społecznych i zdrowotnych. Wnioski z monitorowania pozwalają z kolei na wsparcie informacyjne dla prowadzenia polityki zdrowotnej i społecznej na poziomie lokalnym i krajowym.

ZBIERANIE DANYCH Z LECZENIA

Marta Struzik

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

19 stycznia 2014 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹. Stanowi ono akt wykonawczy do art. 24 b ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii², zgodnie z którym podmioty lecznicze prowadzące leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych są zobowiązane do współpracy z Krajowym Biurem. Współpraca ta ma polegać na gromadzeniu i przekazywaniu Krajowemu Biuru informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Ustawa ogólnie określa zakresy tematyczne zbieranych danych, którymi są: 1) identyfikator osoby zgłaszającej się na leczenie, składający się z dwóch pierwszych liter imienia, dwóch pierwszych liter nazwiska, daty urodzenia oraz zakodowanej informacji o płci pacjenta; 2) charakterystyka sytuacji społeczno-demograficznej pacjenta zawierająca dane dotyczące miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz obywatelstwa; 3) wzór używania substancji psychoaktywnych zawierający rodzaj i status używanego środka odurzającego lub substancji psychotropowej, częstotliwość ich używania oraz sposób ich przyjmowania; 4) historia używania środków odurzających lub substancji psychotropowych zawierająca wiek inicjacji używania poszczególnych substancji oraz wiek rozpoczęcia używania problemowego; 5) informacja o zachowaniach ryzykownych mogących przyczynić się do zakażenia HIV, HCV oraz status serologiczny HIV, HCV; 6) historia leczenia, w tym informacja o kontynuacji i zakończeniu danego epizodu leczniczego; 7) rozpoznanie medyczne według

aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD oraz 8) inne informacje wymagane przez protokół Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii niebędące danymi osobowymi, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Wzór indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych stanowi załącznik do przedmiotowego rozporządzenia ministra zdrowia. Warto nadmienić, że zbieranie danych na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków jest ściśle związane z ideą współdziałania społeczności międzynarodowej i związaną z nią skoordynowaną bazą informacyjną. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), które koordynuje sieć krajowych centrów monitoringu (Reitox National Focal Points) wyznaczonych we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej, opracowało rekomendacje dotyczące spójnego sposobu monitorowania problemu narkotykowego przez wszystkie kraje członkowskie UE. Zbieranie danych na poziomie krajowym pozwala zatem na wypełnienie obowiązku sprawozdawczego wobec Europejskiego Centrum oraz umożliwia prowadzenie analiz porównawczych dotyczących trendów w zakresie wzorów problemowego używania narkotyków, społeczno-demograficznych oraz terytorialnych korelatów problemu, a także niektórych jego konsekwencji społecznych i zdrowotnych. Wnioski z monitorowania pozwalają z kolei na wsparcie informacyjne dla prowadzenia polityki zdrowotnej i społecznej na poziomie lokalnym, krajowym i międ-

dzynarodowym. W Polsce rolę krajowego centrum monitoringu pełni Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków (Treatment Demand Indicator – TDI) to jeden z pięciu kluczowych wskaźników monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w Europie. Metodologia monitorowania zgłaszalności do leczenia w Polsce opiera się na standardach wypracowanych przez EMCDDA oraz sieć Reitox opublikowanych w „TDI Standard Protocol 2.0” oraz „TDI Standard Protocol 3.0”.

Źródło informacji

Rozporządzenie ministra zdrowia określa zakres i tryb współpracy podmiotów leczniczych z Krajowym Biurem, tj. sposób gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków, a także tryb ich przekazywania. Rozporządzeniem objęte są podmioty lecznicze prowadzące leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych. W praktyce są to zatem zarówno ambulatoryjne, jak i stacjonarne placówki leczenia uzależnienia od narkotyków, np. wyspecjalizowane ośrodki leczenia uzależnień, poradnie leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego, oddziały leczenia psychiatrycznego czy też oddziały detoksykacyjne. Kwestionariusze sprawozdawcze należy wypełniać w przypadku, gdy na leczenie do placówki pacjent zgłasza się z powodu używania narkotyków i narkotyki stanowią substancje najbardziej problemowe oraz podstawowe we wzorze używania. Wypełnianie kwestionariuszy sprawozdawczych dotyczy zatem osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w rozumieniu substancji wskazanych w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Oczywiście

wiele osób, które zgłaszają się po pomoc do placówki, może także używać alkoholu, jednakże kwestionariuszy nie przesyła się do Krajowego Biura w przypadku, gdy pacjent zgłasza się na leczenie głównie z powodu problemu alkoholowego. Drugim niejako warunkiem wypełnienia i przekazania kwestionariusza do Krajowego Biura jest fakt, że pacjent musi być w danym podmiocie leczniczym poddany świadczeniom zdrowotnym z zakresu leczenia uzależnień w rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386 ze zm.). Odnosząc się do kwestii rozpoznania medycznego, zgodnie z którym pacjent jest leczony w danej placówce, należy wspomnieć, że osoby z rozpoznaniem F19 wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 również powinny być objęte spr-

awozdawczością, jeśli zgłosiły się do leczenia z powodu używania narkotyków i to narkotyk jest substancją najbardziej problemową (nie alkohol).

Rozporządzenie określa ponadto tryb przesyłania kwestionariuszy, a mianowicie kwestionariusze zebrane w danym kwartale należy przekazać do Krajowego Biura w terminie do końca miesiąca następującego po zakończeniu kwartału. Mając jednak na względzie efektywność sprawozdawczości i różny system prowadzenia działalności przez poszczególne podmioty lecznicze, Krajowe Biuro dopuszcza możliwość ustalenia

Zgodnie z treścią rozporządzenia zbieranie danych na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków odbywa się przez wypełnianie indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego w momencie zgłoszenia się pacjenta do leczenia. Zaznaczono jednak, że możliwe jest wypełnienie kwestionariusza w trakcie nie więcej niż trzech kolejnych wizyt.

z placówką indywidualnego trybu przesyłania danych. Każdorazowo wymaga to jednak bezpośredniego kontaktu pomiędzy Krajowym Biurem a podmiotem leczniczym.

Rozpoczęcie zbierania danych z leczenia wiąże się z wyznaczeniem przez kierowników podmiotów leczniczych osoby odpowiedzialnej za bieżący kontakt z Krajowym Biurem w ramach systemu zbierania danych oraz przesłaniem oficjalnego pisma na ten temat skierowanego do dyrektora Krajowego Biura. W praktyce Krajowe Biuro nadaje podmiotom leczniczym indywidualny

kod placówki, który zostanie wprowadzony do systemu i będzie stosowany w dalszym kontakcie z placówką w ramach monitorowania.

Zgodnie z treścią rozporządzenia zbieranie danych na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków odbywa się przez wypełnianie indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego w momencie zgłoszenia się pacjenta do leczenia. Położono nacisk, aby w ramach zbierania danych w jak największym stopniu zapewnić pacjentowi ochronę jego dóbr osobistych, a osoba wypełniająca kwestionariusz ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza, o ile udzielenie odpowiedzi naruszałoby w ocenie pacjenta jego poczucie intymności lub godności. Rozporządzenie określa, że kwestionariusz wypełniany jest przez osobę, która w podmiocie leczniczym udziela świadczeń zdrowotnych i została wyznaczona do tego przez kierownika podmiotu leczniczego. Dane gromadzone są w drodze wywiadu przeprowadzanego z pacjentem w czasie jego pierwszej wizyty w podmiocie leczniczym. Zaznaczono jednak, że możliwe jest wypełnienie kwestionariusza w trakcie nie więcej niż trzech kolejnych wizyt. Okazać się bowiem może, że podczas pierwszego spotkania z pacjentem nie będzie możliwe pozyskanie pełnych informacji ważnych z punktu widzenia systemu monitorowania. Rozporządzenie określa też dwie formy kwestionariusza sprawozdawczego, tj. wersję papierową oraz aplikację elektroniczną.

Rozporządzenie opisuje także zasady przesyłania informacji o fakcie zakończenia przez pacjenta danego epizodu leczenia. System zbierania danych z leczenia w Polsce bazuje na definicji przypadku zgodnej z protokołem standardowym Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Monitorowaniem obejmuje się zatem osobę, która z powodu używania narkotyków podejmuje leczenie (rozpoczyna epizod leczniczy) w podmiocie leczniczym w roku kalendarzowym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia. Definicja ta wiąże się zatem z określeniem momentu zakończenia leczenia. Należy bowiem przypomnieć, że w danym roku należy wypełnić tyle kwestionariuszy dla danej osoby, ile razy rozpoczęła ona leczenie (epizod leczenia) w danym podmiocie leczniczym lub zgłaszała się z intencją podjęcia leczenia. W placówkach stacjonarnych (podmiotach leczniczych udzielających

stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych) zakończenie leczenia definiowane jest bowiem poprzez wypis pacjenta z placówki. W praktyce podobna zasada obejmuje też oddziały dzienne i programy leczenia substytucyjnego. W przypadku placówek ambulatoryjnych, oprócz planowanego jak też nieplanowanego zakończenia leczenia, dookreślono jeszcze jedną okoliczność, a mianowicie za zakończenie leczenia uznaje się także przypadki, gdy pacjent nie zgłasza się na wizyty do placówki przez okres co najmniej 6 miesięcy. W rozporządzeniu zawarto zapis mówiący o tym, że w odniesieniu do podmiotów leczniczych udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych kwestionariusz należy wypełnić ponownie także w sytuacji, gdy pacjent zgłasza się na wizytę po co najmniej sześciomiesięcznej nieobecności. Wszystkie zatem przerwy w kontaktach pacjenta z placówką trwające krócej niż 6 miesięcy, traktuje się jako kontynuację wcześniej rozpoczętego leczenia.

Rozporządzenie zawiera także wskazania na temat przesyłania przez podmioty lecznicze informacji o pacjentach kontynuujących leczenie na przełomie lat.

Dokumenty i materiały zawierające szczegółowe informacje na temat zbierania danych z leczenia dostępne są na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=105617>.

Znaleźć tam można:

1. wzór kwestionariusza sprawozdawczego osoby zgłaszającej się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych,
2. instrukcję wypełniania kwestionariusza sprawozdawczego,
3. akty prawne związane ze zbieraniem danych z leczenia,
4. odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania dotyczące systemu zbierania danych z leczenia.

Przypisy

¹ Dz.U. z 2013 r., poz. 1332.

² Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 stycznia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124).

Pod koniec 2013 roku został wydany w języku angielskim raport krajowy na temat sytuacji narkotykowej w Polsce, opracowany przez polski Focal Point w ramach współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Najnowsza publikacja przedstawia ostatnie dane dotyczące problemu narkotykowego i podjętych w Polsce działań. Opracowanie zawiera streszczenie w języku polskim.

RAPORT KRAJOWY 2013 – NAJNOWSZE DANE O SKALI ZJAWISKA NARKOMANII

Artur Malczewski

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

Sytuacja epidemiologiczna

W 2012 roku CBOS przeprowadziło badanie na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie dorosłych osób dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Wyniki badania w grupie osób w wieku 15-64 lata pokazały, że jakkolwiek nielegalną substancję psychoaktywną używało kiedykolwiek w życiu 13,7% badanych. Wskaźniki dla używania aktualnego (ostatnie 12 miesięcy) oraz bieżącego (ostatnie 30 dni) wyniosły odpowiednio: 4,8% oraz 2,5%. Najbardziej popularną substancją wśród badanych są przetwory konopi indyjskich (12,2% respondentów używało konopi kiedykolwiek w życiu). Ponad czterokrotnie niższe wskaźniki odnotowano w przypadku osób deklarujących kontakt z amfetaminą (2,9%). Niewiele ponad 1% respondentów przyznało, że próbowało ecstasy. Podobne odsetki obserwuje się w przypadku środków halucynogennych (zarówno grzybów halucynogennych – 1,0%, jak i LSD – 0,8%). W obszarze używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 4% respondentów używało przetworów konopi, a 0,6% badanych przyznało się do używania amfetaminy. W przypadku pozostałych substancji wskaźniki używania były niższe niż 0,5%. Odsetki osób deklarujących używanie marihuany i haszyszu oraz amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem wynoszą odpowiednio: 1,8% oraz 0,3%. W ramach monitorowania sytuacji epidemiologicznej jednym z wykorzystywanych wskaźników są informacje na temat wirusa HIV. Analiza liczby zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2000–2012 wskazuje na ogólny trend spadkowy i jego stabilizację w ostatnich latach. W 2012 roku odnotowano 39 nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (dane

Narodowego Instytut Zdrowia). Według informacji z sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych przyjmowanie narkotyków w iniekcji jako droga zakażenia z roku na rok ulega zmniejszeniu i w 2012 roku w ten sposób zakażyło się jedynie 1% badanych. Ważną informacją o problemie narkotykowym są liczby śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków Głównego Urzędu Statystycznego. Analiza najnowszych danych za rok 2011 wskazuje na nieznaczny wzrost zgonów z 261 w 2010 roku do 285 przypadków. W 2011 roku średni wiek osoby zmarłej wskutek przedawkowania narkotyków wynosił 37 lat. Spośród 285 przypadków śmiertelnych większość (70%) stanowili mężczyźni. Kolejnym źródłem informacji służącym pokazaniu rozmiarów problemowego używania narkotyków są dane z lecznictwa. Ostatnie dostępne dane z Instytutu Psychiatrii i Neurologii wskazują, że w 2011 roku do placówek stacjonarnych przyjęto 14 150 osób z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków. Świadczy to o nieznacznym wzroście w stosunku do 2010 roku (14 444 osoby). Innym źródłem danych o osobach leczonych są informacje zbierane w ramach ogólnoeuropejskiego monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków. Wśród osób zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia najwięcej trafiło do niego z powodu marihuany (połowa wszystkich zgłoszeń), co czwarta osoba z powodu amfetaminy, a co dziesiąta z powodu opiatów w 2012 roku. Ogólnopolskie badania ankietowe zrealizowane w 2010 roku oraz dane z lecznictwa stacjonarnego stanowiły podstawę do szacowania liczby problemowych użytkowników opioidów metodą multiplier. Instytut Psychiatrii i Neurologii oszacował, że ogólna liczba użytkowników opioidów wyniosła od 10 444 do 19 794 (dane dla 2009 roku), środkowa wartość 15 119.

Oszacowanie dokonane na podstawie badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek oraz danych z lecznictwa metodą multiplier przez Centrum Informacji wskazują, że liczba iniekcyjnych użytkowników w Polsce waha się od 4307 do 10 304 przy średniej ok. 7170 (dane za 2012 rok).

Prawo narkotykowe

W Polsce podstawowym aktem prawnym z zakresu prawa narkotykowego jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa reguluje następujące kwestie: 1) kompetencje poszczególnych służb, instytucji centralnych oraz samorządów lokalnych w obszarze przeciwdziałania narkomanii, 2) działania edukacyjne i upowszechnianie informacji, 3) postępowanie wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 4) zasady i tryb postępowania w obrocie prekursorami, środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, 5) zasady i tryb postępowania w obrocie słomą makową i konopiami włóknistymi, 6) przepisy karne oraz 7) substancje kontrolowane. Kluczowym ciałem koordynująco-doradczym w zakresie polityki antynarkotykowej jest powołana w 2001 roku Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Aktem wykonawczym, który stanowi zarówno Plan Działania, jak i Krajową Strategię Antynarkotykową jest Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN), obecnie uchwalony na lata 2011–2016. Warto nadmienić, że Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii od 2006 roku ma status rozporządzenia. Program promuje zrównoważone podejście do problemu narkotyków i narkomanii poprzez zbilansowane rozłożenie nacisku na działania z zakresu redukcji popytu i podaży. Ogólnym celem Programu jest ograniczenie używania narkotyków oraz związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Corocznie Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowuje projekt Informacji o realizacji zadań wynikających z KPPN. Dane zebrane za rok 2012 wskazują, że ministerstwa i podmioty zobligowane do wdrażania KPPN wykonywały działania w jego wszystkich obszarach. W roku 2012 nie wprowadzono znaczących zmian prawnych dotyczących problemu narkotyków i narkomanii. Trwały jednak prace nad kilkoma istotnymi aktami prawnymi w tym zakresie. Przygotowywano projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odu-

rzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rozporządzenie zawiera zasady współpracy w zakresie zbierania danych na potrzeby wskaźnika liczby osób zgłaszających się do leczenia. Opracowywano dwie nowelizacje związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Jedna ma na celu objęcie kontrolą ponad 60 nowych substancji psychoaktywnych. Druga nowelizacja przewiduje wprowadzenie mechanizmu oceny ryzyka oraz elementów prawa generycznego. Zmieniona zostaje definicja środka zastępczego poprzez dodanie do definicji pojęcia nowych substancji psychoaktywnych. Ponadto w 2012 roku Ministerstwo Sprawiedliwości podjęło się wstępnej oceny stosowania w praktyce wprowadzonego w 2011 roku przepisu 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dotyczącego liberalizacji przepisów związanych z penalizacją posiadania narkotyków. W ocenie Ministerstwa Sprawiedliwości po niewiele ponad rocznym okresie stosowania regulacji art. 62a zakres wykorzystania tego przepisu przez ograny prokuratury jest dość szeroki. W pierwszym roku obowiązywania przepisu prokuratorzy umorzyli łącznie 2145 postępowań na podstawie artykułu 62a.

Współpraca z samorządem

W 2012 roku podjęto szereg aktywności mających na celu rozwój i konsolidację monitoringów wojewódzkich i lokalnych. Krajowe Biuro wraz z Urzędem Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego zorganizowało coroczną XXII Konferencję Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Ponadto zorganizowano, we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej (MCPS), konferencję pt. „Monitoring na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym – wyzwania i osiągnięcia”. W konferencji wzięło udział blisko 60 osób zajmujących się problemem narkomanii z ramienia jednostek samorządu terytorialnego, w tym Ekspersi Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Ekspersi Wojewódzcy jak co roku opracowali raporty na temat zagrożenia narkomanią w poszczególnych województwach. W raportach zaprezentowano bieżącą sytuację epidemiologiczną oraz charakterystykę zjawiska narkomanii na poziomie regionalnym. Oszacowano także zasoby, jakimi dysponują poszczególne województwa w ramach przeciwdziałania narkomanii oraz stopień zaspokojenia potrzeb w obszarze profilaktyki i leczenia narkomanii. CINN KBPN zebrało

i przekazało Ekspertom Wojewódzkim dostępne dane statystyczne dotyczące zjawiska narkotyków i narkomanii oraz reakcji instytucjonalnych w tym obszarze, które zostały wykorzystane przez Ekspertów Wojewódzkich do analiz regionalnych. Ponadto CINN prowadził działania mające na celu popularyzację i rozwój monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym poprzez wspieranie i uczestnictwo jego przedstawicieli w seminariach i szkoleniach z zakresu monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii organizowanych przez samorządy województwa wielkopolskiego, małopolskiego oraz mazowieckiego

Badania naukowe

W celu wspierania badań w obszarze uzależnień Krajowe Biuro od 2008 roku organizuje konkursy. Projekty wybierane są przez specjalnie powołaną komisję. W ciągu ostatnich kilku lat sfinansowanych zostało kilkanaście badań dotyczących problematyki uzależnień od narkotyków, począwszy od badań ewaluacyjnych, poprzez epidemiologiczne, po badania ścieków na obecność metabolitów narkotyków. Część z nich jest nadal kontynuowana i finansowana z innych środków, np. analiza ścieków na obecność metabolitów narkotyków ze środków Wielkopolskiego Urzędu Marszałkowskiego. W celu wspierania badań nad problemem uzależnień dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii powołał w 2011 roku Radę ds. Badań Naukowych. Jest to organ, który pełni funkcje doradcze oraz opiniodawcze. Do zadań Rady należy przede wszystkim inicjowanie badań, określanie potrzeb i priorytetów w obszarze uzależnień oraz prace związane z procedurą konkursu badawczego (recenzowanie wniosków badawczych, opiniowanie nadesłanych projektów, ocena realizacji projektu oraz jego wyników).

Profilaktyka

W 2012 roku w ramach realizacji działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji wdrażały realizowane w szkołach działania ukierunkowane na kształtowanie przekonań normatywnych i umiejętności psychospołecznych chroniących dzieci i młodzież przed używaniem substancji psychoaktywnych. Rok szkolny 2012/13 został „Rokiem Bezpiecznej Szkoły”. W ramach projektu utwo-

rzono Koalicję, w skład której weszły organy, instytucje administracji rządowej oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz szeroko rozumianego bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii kontynuowało implementację programu uniwersalnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych „Unplugged” i „Fred goes net”. Ponadto dofinansowało realizację i ewaluację szkoleń dla realizatorów Programu Wzmacniania Rodziny. Jedną z form pomocy jest ogólnopolska poradnia, która działa pod adresem www.narkomania.org.pl. Celem poradni internetowej było udzielanie pomocy i dostarczanie rzetelnej wiedzy osobom z problemem narkotykowym i współzależnym na temat narkomanii, narkotyków oraz istniejących form pomocy. Podobnie jak w latach ubiegłych KBPN wspierało realizację programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej w ramach konkursu KBPN. Edukacja prawna na temat nowych przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii była prowadzona za pośrednictwem gry edukacyjnej zamieszczonej w internecie. KBPN od wielu lat realizuje ogólnopolskie kampanie antynarkotykowe. W 2012 roku kontynuowano kampanię „Narkotyki? Na co mi to”. Jej celem było promowanie postaw prozdrowotnych oraz przekonania na temat rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodzieży. Kampania była wdrażana przede wszystkim za pośrednictwem internetu. W szeroki zakres działań podejmowanych przez instytucje centralne wpisuje się projekt prowadzony przez Główną Inspekcję Sanitarną w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i ministra zdrowia. Program ma na celu ograniczenie używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu i narkotyków) przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach działań profilaktycznych ważną rolę odgrywały jednostki samorządu terytorialnego.

W 2012 roku sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przesłało 2255 gmin, co stanowi 91% wszystkich gmin w Polsce (2479). Program przeciwdziałania narkomanii opracowało i wdrażało w 2012 roku 1201 gmin, a 936 opracowało program przeciwdziałania uzależnieniom, z uwzględnieniem tematyki narkotykowej. 117 samorządów gminnych nie opracowało żadnego programu przeciwdziałania narkomanii. Na realizację zadań z zakresu profilaktyki narkomanii gminy i miasta wydały w 2012 roku blisko 60 mln złotych. Większość środków została przeznaczona na działania z zakresu profilaktyki

uniwersalnej. W 2012 roku 1497 gmin (66%) wdrożyło 6050 programów profilaktyki uniwersalnej. Realizowane były one w 14 740 placówkach i objęły swoimi działaniami 1 153 278 osób. Programy rekomendowane przez Krajowe Biuro realizowało w 2012 roku: 46 gmin – Archipelag Skarbów, 17 gmin – program Fantastyczne Możliwości, 45 gmin – Program Domych Detektywów, 32 gminy – Program Wzmacniania Rodziny, 34 gminy – Program Unplugged. Szkołę dla Rodziców i Wychowawców wsparły 84 gminy. Łącznie programami rekomendowanymi objęto 40 345 osób.

Działania z zakresu leczenia

Leczenie uzależnienia od narkotyków, rehabilitacja i readaptacja są świadczone nieodpłatnie bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Zgodnie z art. 26 ust. 1 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie osób uzależnionych prowadzić mogą placówki posiadające status publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarze wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków prowadzone jest w oparciu o rozbudowany system placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, tj. poradnie leczenia uzależnień, oddziały detoksykacyjne, oddziały dzienne, oddziały leczenia uzależnień w strukturach szpitala, ośrodki rehabilitacji średnio- i długoterminowej oraz oddziały dla osób uzależnionych w zakładach karnych i programy postrehabilitacyjne. W przypadku braku ww. placówki na danym terenie istnieje możliwość skorzystania ze świadczeń w poradni zdrowia psychicznego lub poradni/oddziale leczenia uzależnienia od alkoholu w związku z ich znacznie większą dostępnością w porównaniu z placówkami leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Ponadto osoby uzależnione od opiatów mogą się leczyć w ramach programów leczenia substytucyjnego. W Polsce najbardziej powszechnym modelem leczenia uzależnień jest terapia stacjonarna oparta na całkowitej abstynencji, prowadzona najczęściej metodą społeczności terapeutycznej. Realizatorami powyższych działań są podmioty prowadzone przede wszystkim przez organizacje pozarządowe (towarzystwa, stowarzyszenia, fundacje). W ramach systemu udzielane są różne świadczenia dla osób uzależnionych od narkotyków: porada diagnostyczna i terapeutyczna, psychoterapia indywidualna,

grupowa i rodzinna, sesje psychoedukacyjne, leczenie zespołów abstynencyjnych, terapia podtrzymująca (zapobieganie nawrotom), leczenie substytucyjne. Świadczenia te są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie kontraktów zawieranych z podmiotami leczniczymi. W ostatnich latach obserwujemy wzrost nakładów na leczenie uzależnień ze strony NFZ, ale także wzrost wymogów stawianych świadczeniodawcom. W 2012 roku na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych NFZ wydał 123 849 000 zł, co oznacza wzrost w porównaniu do 2011 roku o około 9 mln. Według informatora „Narkomania – gdzie szukać pomocy” w Polsce pomocy udziela 213 placówek ambulatoryjnych i 79 ośrodków stacjonarnych. W roku 2011 w Polsce działało tylko 15 dziennych oddziałów dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (wyłączając alkohol). Dysponowały one łącznie 315 miejscami. Według danych IPiN w 2011 roku w poradniach leczyło się 31 277 pacjentów, w tym 1415 osób w placówkach/oddziałach pobytu dziennego. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na wzrastające używanie marihuany i zwiększającą się liczbę osób zgłaszających się do leczenia z powodu przetworów konopi. Dlatego też w 2012 roku Krajowe Biuro rozpoczęło wdrażanie nowego programu terapeutycznego CANDIS. Jest to opracowany w Niemczech krótkoterminowy, modułowy program terapii, zaadoptowany do polskich warunków. CANDIS skierowany jest do osób problemowo używających marihuany. Obecnie jest on realizowany w 43 miastach Polski, w ok. 50 placówkach, przez łącznie 60 przeszkolonych realizatorów. Według Rocznika Statystycznego IPiN w Polsce działało 19 oddziałów detoksykacyjnych przyjmujących osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, które dysponowały 198 łózkami. Oddziały te nakierowane były głównie na leczenie opioidowych zespołów abstynencyjnych. W 2011 w naszym kraju działało 25 programów leczenia substytucyjnego i 7 programów prowadzonych przez Służbę Więzienną, które świadczyły pomoc 1583 osobom.

Redukcja szkód

Potrzeba zwiększenia dostępności programów redukcji ryzyka kierowanych do okazjonalnych użytkowników narkotyków, programów redukcji szkód zdrowotnych kierowanych do osób uzależnionych, niezmotywowanych do zmiany zachowania, jak i programów leczenia

chorób zakaźnych została określona w najnowszym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. W Polsce programy redukcji szkód od samego początku realizowane były przede wszystkim przez organizacje pozarządowe na terenie dużych miast, na ulicach, w noclegowniach dla bezdomnych, w miejscach spotkań osób uzależnionych oraz w miejscach sprzedaży usług seksualnych. W 2012 roku Krajowe Biuro dofinansowało na terenie całego kraju łącznie 12 programów redukcji szkód zdrowotnych i społecznych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, niezmotywowanych do leczenia, w tym również w zakładach karnych i aresztach śledczych a także w szpitalu zakaźnym – w oddziale przeznaczonym dla osób uzależnionych od narkotyków i żyjących z HIV/AIDS. Programami tymi objęto łącznie 2778 osób. W ramach 12 programów wymiany igieł i strzykawek funkcjonujących w 2012 roku ok. 1500 klientów otrzymało 145 466 igieł i 99 289 strzykawek. Zebrano łącznie 87 435 igieł i 63 363 strzykawki. Analizując działania z zakresu redukcji szkód i poziom ich wspierania przez jednostki samorządu terytorialnego, należy odnotować zmniejszenie się zjawiska używania narkotyków w iniekcjach, w tym używania opiatów, jak również zanik otwartych scen narkotykowych, które są obszarem działania dla programów ulicznej wymiany igieł i strzykawek. Dlatego też niewielka liczba gmin i województw wspierających programy redukcji szkód może wynikać między innymi ze zmniejszania się liczby grup odbiorców dla tego typu programów. Inną formą działań mających na celu zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym związanym z używaniem substancji psychoaktywnych są programy ograniczania ryzyka szkód zdrowotnych realizowane zazwyczaj w formie tzw. partyworkingu. Jednym z celów powyższych działań realizowanych w pubach, klubach, na dyskotekach czy imprezach masowych jest zapobieganie przedawkowaniom spowodowanym narkotykami oraz innym ryzykownym zachowaniom (np. przygodny seks bez zabezpieczenia). W 2012 roku realizowano siedem tego typu programów. W Polsce wszyscy obywatele, także osoby uzależnione od narkotyków i jednocześnie nieubezpieczone, mają możliwość wykonania bezpłatnego testu w kierunku zakażenia HIV. Placówki testujące mają obowiązek udzielania poradnictwa przed i po wykonaniu powyższych testów. W 2012 roku NFZ finansował działania

mające na celu zwiększenie dostępności programów zapobiegania chorobom zakaźnym wśród osób używających narkotyków. Obejmowały one kontraktowanie świadczeń w specjalistycznych placówkach testowania w kierunku HIV i HCV oraz szczepienia przeciw HBV. W finansowanie programów testowania w kierunku wirusa HIV włączają się także urzędy marszałkowskie. W 2012 roku program leczenia ARV był realizowany w 21 szpitalach, na bazie których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce. Programem objęte były również kobiety ciężarne zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami. Leczenie antyretrowirusowe dostępne było również w zakładach penitencjarnych jako kontynuacja leczenia pacjentów przed umieszczeniem ich w zakładzie penitencjarnym lub pacjentów wymagających włączenia do terapii w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności.

Pomoc w systemie penitencjarnym

Uwzględniając ogromne potrzeby w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień osób przebywających w izolacji więziennej, Biuro Penitencjarne przygotowało i wdrożyło do polskiego więziennictwa program krótkiej interwencji wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych. W 2012 roku programem krótkich interwencji objęto ogółem 4556 osadzonych, w tym 455 to osoby z problemem narkotykowym, w 132 spośród 156 polskich jednostek penitencjarnych. Ponadto w ramach systemu penitencjarnego realizowano programy psychokorekcyjne dla skazanych z art. 178a kodeksu karnego, tj. za prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji psychoaktywnych. W 2012 roku zrealizowano łącznie 571 grup dla 6972 osadzonych. Ponadto na terenie jednostek penitencjarnych działało także 25 grup samopomocowych AN, z których skorzystało ok. 500 osadzonych. Terapię nastawioną na abstynencję realizowano w 15 oddziałach terapeutycznych dla 1493 osób. W 2012 roku w 22 oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo leczyło się 279 pacjentów z podwójnym rozpoznaniem. W 2012 roku prowadzono także 7 programów substytucji przy użyciu metadonu w 23 jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej dla 143 pacjentów. W polskich zakładach

karnych nie prowadzi się typowych programów redukcji szkód zdrowotnych z wymianą igieł i strzykawek. Ponadto w polskich zakładach karnych wszyscy osadzeni wymagający leczenia chorób zakaźnych objęci są terapią antyretrowirusową, bez względu na to, czy używali narkotyków, czy nie. W jednostkach penitencjarnych w 2012 roku leczeniem ARV objęto 236 osób.

Postrehabilitacja i readaptacja społeczna

Corocznie zbierane są dane dotyczące wykluczenia społecznego z powodu używania narkotyków. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2012 roku na terenie całego kraju ośrodki pomocy społecznej udzieliły pomocy z powodu narkomanii 3373 rodzinom, w tym 404 żyjącym na wsi. W ramach tych świadczeń dotarto do 5208 osób, w tym współuzależnionych. W celu pomocy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dofinansowało cztery programy redukcji ryzyka i szkód zdrowotnych wśród osób używających narkotyków i jednocześnie świadczących usługi seksualne. Ponadto dofinansowano dwie noclegownie dla osób uzależnionych od narkotyków w Krakowie i Warszawie Stowarzyszenia Monar, z których skorzystało blisko 300 osób. Wspierano również programy hostelowe oraz realizowane w mieszkaniach readaptacyjnych (łącznie 15 organizacji pozarządowych). Powyższe działania były realizowane także przez urzędy marszałkowskie, które wspierały finansowo 9 hosteli i mieszkań readaptacyjnych. Hostele i mieszkania readaptacyjne były dofinansowane ze środków gminnych. Według danych z realizacji KPPN 25 gmin dofinansowało tego typu placówki. Jednym z rodzajów pomocy osobom, które zakończyły leczenie, jest oferowanie programów profilaktyki nawrotów. W roku 2012 Krajowe Biuro dofinansowało programy wspierające abstynencję realizowane przez 20 podmiotów.

Nielegalny rynek oraz przestępczość narkotykowa

W 2012 roku policja zatrzymała największą liczbę osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – 29 340 osób. Liczba podejrzanych wzrosła o 0,6% w porównaniu do 2011 roku. Najwięcej podejrzanych odnotowano z: artykułu 62 (posiadanie narkotyku) – 71%

wszystkich osób, z artykułu 58 (udzielanie narkotyku) – 7,5% podejrzanych, a z artykułu 59 (udzielanie w celu korzyści) – 10%. W 2012 roku odnotowano również rekordową liczbę przestępstw stwierdzonych – 76 358. Najwięcej czynów karalnych odnotowano z artykułu 62, dotyczącego posiadania narkotyków – 37 540. W porównaniu do roku poprzedniego nastąpił wzrost o 2%. Drugim w kolejności artykułem, z którego stwierdzono najwięcej przestępstw, jest udzielanie narkotyków w celu korzyści (art. 59), są to czyny karalne dotyczące handlu narkotykami. W 2012 roku policja stwierdziła 18 706 przestępstw. Co czwarte przestępstwo odnotowano z artykułu 59. Przez terytorium Polski przebiegają główne szlaki przemytu narkotyków. Nielegalne substancje przemycane są przez Polskę w tranzycie albo bezpośrednio docierają na rynki zachodnioeuropejskie. Polska jest również miejscem produkcji narkotyków. W 2012 roku policja wykryła 15 laboratoriów służących do produkcji amfetaminy lub prekursorów: 11 amfetaminy, dwa metamfetaminy oraz dwa BMK. W ostatnich latach odnotowuje się wzrost krajowych upraw konopi organizowanych przez grupy przestępcze. Ponadto marihuana uprawiana jest także coraz częściej przez użytkowników narkotyków na własne potrzeby. Ze względu na bardzo duże wahania ilości konfiskowanych jednorazowo narkotyków oraz dużą rolę czynnika losowego, analiza trendu jest bardzo utrudniona. Jedna duża konfiskata może spowodować duży wzrost ujawnień w danym roku. W 2012 roku rejestrujemy wzrost ujawnionej ilości marihuany z 1265 kg w 2011 do 1489 kg, kokainy z 78 kg do 213 kg, amfetaminy z 395 kg do 614 kg, metamfetaminy z 0,5 kg do 4 kg oraz LSD brak zabezpieczeń w 2011 roku do 29 tys. listków w 2012 roku. Zmniejszyły się ilości zabezpieczonego haszyszu z 59 kg do 39 kg oraz tabletek ekstazy z 75 tys. do 31 tys. Dane z konfiskat wskazują na występowanie na polskim rynku narkotykowym metamfetaminy, której zabezpieczenia w 2012 roku były największe w ciągu ostatnich trzech lat – ponad 4 kg. W 2012 roku policja zlikwidowała 1314 upraw konopi indyjskich (1293 wewnętrzne oraz 627 zewnętrzne). Duża ilość zabezpieczonej marihuany, a niewielka haszyszu, wskazuje na coraz większą rolę krajowych upraw jako źródła zaopatrzenia krajowego rynku.

Pełną wersję raportu można znaleźć na stronie www.cinn.gov.pl

Niniejszy artykuł przedstawia informacje z najnowszego raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) na temat problemu narkotyków i narkomanii w Europie. Dodatkowo informacje te zostały uzupełnione o dane pochodzące z polskiego Focal Pointa¹.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W EUROPIE I W POLSCE

Artur Malczewski

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

Konopie indyjskie – najbardziej popularny narkotyk w Europie

Raport EMCDDA podaje, że kontakt z marihuaną lub haszyszem kiedykolwiek w życiu miało 77 mln dorosłych Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat); w ciągu roku było to około 20 mln osób. Pomimo różnic widocznych w poszczególnych krajach, dane z przeprowadzonych ostatnio badań ankietowych wskazują na stałą lub spadkową tendencję w odniesieniu do używania tej substancji. W raporcie stwierdzono jednak, że używanie konopi indyjskich jest nadal wysokie i istnieje duża podaż tego narkotyku na rynku europejskim. Najnowsze dane pokazują, że marihuana jest używką coraz bardziej rozpowszechnioną w Europie. Niemal wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej potwierdzają przypadki wykrycia u siebie upraw konopi indyjskich. W ciągu ostatnich 10 lat liczba konfiskat marihuany w Europie przewyższyła liczbę konfiskat haszyszu i obecnie stanowi ona ponad połowę wszystkich przypadków konfiskat konopi indyjskich. W 2011 roku liczba konfiskat marihuany stanowiła 41% wszystkich konfiskat, natomiast liczba konfiskat haszyszu – 36%. Dane EMCDDA mówią o około 3 mln Europejczyków (w wieku od 15 do 64 lat), którzy używają tej substancji codziennie lub prawie codziennie (około 1% wszystkich dorosłych mieszkańców Europy). Liczba osób zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia z powodu problemów związanych z używaniem konopi indyjskich wzrosła w ostatnich latach w Europie o około jedną trzecią – z 45 tys. przypadków w 2006 roku do 60 tys. w 2011 roku, co sprawia, że konopie indyjskie wymienia się obecnie jako narkotyk, po który najczęściej sięgają osoby używające narkotyków po raz pierwszy.

W Polsce wzrasta liczba przestępstw narkotykowych dotyczących konopi indyjskich; w 2012 roku odnotowano 59 879 czynów karalnych z ustawy narkotykowej, co stanowi 80% wszystkich przestępstw w ubiegłym roku. Wzrosła również ilość zabezpieczonej marihuany przez Policję i Straż Graniczną (z 1265 kg w 2011 roku do 1489 kg w 2012 roku), ale spadła liczba ujawnionego haszyszu z 59 kg (2011 rok) do 39 kg (2012 rok). Jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę ujawnionych nielegalnych plantacji marihuany, których wielkość osiągnęła rekordową liczbę 1314 plantacji w 2012 roku, to widać coraz bardziej widoczne znaczenie lokalnej produkcji jako źródła zaopatrzenia w marihuanę w Polsce. W produkcję marihuany zaangażowane są zorganizowane grupy przestępcze i część użytkowników narkotyków, którzy uprawiają ją na własny użytek. Blisko połowa wykrytych upraw to plantacje wewnętrzne, które wymagają odpowiedniego naświetlenia, nawożenia i nawodnienia.

Dane z badań ankietowych przeprowadzonych w 2011 roku wskazują, że co czwarty uczeń w wieku 15-16 lat miał kontakt z marihuaną (23%). Najwyższe odsetki odnotowano w Czechach, które są krajem z najwyższymi wskaźnikami używania przetworów konopi (42%). Mniej młodych osób miało kontakt z marihuaną we Francji (39%) i w Słowenii (27%). Polska ma podobny odsetek osób eksperymentujących z marihuaną jak Estonia, Litwa, Łotwa, Belgia oraz Bułgaria (24%). Pod koniec 2010 roku w naszym kraju zostało przeprowadzone badanie w populacji generalnej na reprezentatywnej próbie mieszkańców w wieku 15-64 lata. W tym badaniu używanie marihuany w ciągu ostatniego roku zadeklarowało 9% respondentów, co lokowało Polskę w czołówce europejskiej. Naj-

nowsze dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii wskazują na spadek używania konopi w populacji generalnej. Sytuacja ta dotyczy również Włoch. W przypadku obydwu badań należy być ostrożnym, ponieważ zmiany metodologii pomiaru mogły mieć wpływ na wyniki. W polskim pomiarze tematyka używania narkotyków została ujęta w badaniu dotyczącym uzależnień behawioralnych², co może mieć wpływ na uzyskane wyniki. Najwyższy poziom używania konopi indyjskich w ciągu roku w populacji generalnej (15-64 lata) odnotowano w Hiszpanii (9,6%), Czechach (8,9%) i we Francji (8,4%). Polskie badanie z 2012 roku odnotowało o ponad połowę niższe odsetki osób deklarujących używanie marihuany i haszyszu. Wynik 3,8% oznacza rozpowszechnienie poniżej średniej europejskiej – na podobnym poziomie jak na Łotwie (4%) i takim samym jak w Norwegii (3,8%). Najniższe odsetki były w Rumunii i Turcji (0,3%). Dane z Polski za rok 2012 mogą wskazywać na zahamowanie tempa wzrostu używania przetworów konopi występującego w latach 2006–2010.

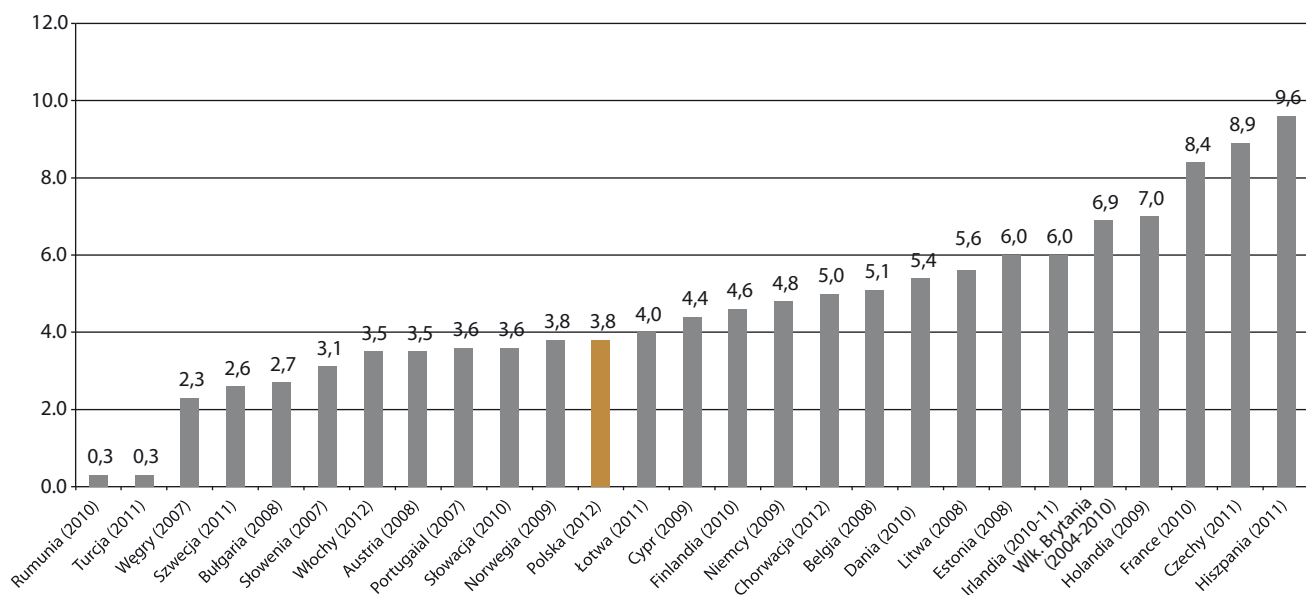
Rok 2010 był szczególnie, ponieważ w tym czasie działało najwięcej sklepów z „dopalaczami”, które oferowały syntetyczne kanabinoidy. Zamknięcie tych sklepów mogło skutkować sięgnięciem po inne substancje psychoaktywne, w tym przede wszystkim po marihuanę.

Heroina – spadek popularności

Najnowsze dane EMCDDA wskazują na spadek popularności heroiny w Europie. Liczba osób zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia z powodu problemów związanych z używaniem heroiny zmniejszyła się z 59 tys. w 2007 roku do 41 tys. w 2011 roku. Spadek ten był najbardziej widoczny w państwach Europy Zachodniej. Dane z lecznictwa wskazują ponadto na zmniejszenie się odsetka osób używających narkotyków w iniekcji. Te zmiany na scenie narkotykowej mogą wynikać ze wzrostu dostępności leczenia substytucyjnego. Warto również zauważyć, że wraz ze spadkiem liczby osób przyjmujących narkotyki w drodze iniekcji, zmniejszyła się w Europie liczba nowych zakażeń HIV związanych z używaniem narkotyków. Jednakże pojawienie się ostatnio w Grecji i Rumunii ognisk zakażeń HIV przerwało tę korzystną tendencję, co podkreśla konieczność zapewnienia odpowiednich usług leczniczych i redukcji szkód. Obecnie sytuacja w Rumunii staje się coraz trudniejsza, ponieważ wycofanie się z finansowania Global Fund spowoduje zamknięcie większości, jeśli nie wszystkich programów redukcji szkód, które, jak pokazują ostatnie dane, są bardzo potrzebne³.

Najnowsze informacje dotyczące liczby konfiskat ujawniają, że ilość heroiny skonfiskowanej w UE i Norwegii w 2011 roku (6,1 tony) była najniższa w minionej dekadzie

Wykres 1. Odsetek osób w wieku 15-64 lata używających marihuany w ciągu ostatniego roku (pomiar z lat 2007–2012).



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, Polska – badanie z 2012.

i odpowiadała około połowie ilości tego narkotyku przejętego w 2001 roku. W Polsce w 2012 roku skonfiskowano 35,5 kg heroiny. Liczba problemowych użytkowników heroiny jest szacowana na poziomie około 15 tys. osób (2009 rok), co daje wskaźnik 0,5 osoby na 1000 mieszkańców. Najwięcej problemowych użytkowników heroiny jest w Wielkiej Brytanii – 335 tys. osób (8 osób na 1000 mieszkańców). Polska w porównaniu z innymi krajami ma niewielki wskaźnik problemowego używania heroiny. Dane z policji wskazują na spadek liczby przestępstw stwierdzonych z powodu heroiny z 2416 w 2008 roku do 1119 w 2012 roku.

Wyniki badań klientów programów niskoprogowych wskazują na zmniejszanie się używania heroiny. W 2008 roku 44% badanych używało heroiny w ciągu ostatniego miesiąca, gdy w 2012 roku wskaźnik ten wyniósł 30%. W tym samym czasie wzrosło używanie metadonu z 30% do 45%. Opioidy w 2012 roku zażywało 65% badanych.

Problemowe używanie narkotyków

Najwyższy wskaźnik problemowych użytkowników narkotyków rejestrujemy we Włoszech – 10 osób na 1000 mieszkańców. Zbliżone wskaźniki są na Łotwie (9,5), w Wielkiej Brytanii (9,4) i Danii (9,1). W czołówce jest również Francja, która podaje przedział bez środkowej wartości od 6,7 do 8,2 osób na 1000 mieszkańców według danych za 2011 rok. Polskie oszacowanie dotyczące 2009 roku określa liczbę problemowych użytkowników w przedziale od 56 tys. do 103 tys. ze środkową wartością

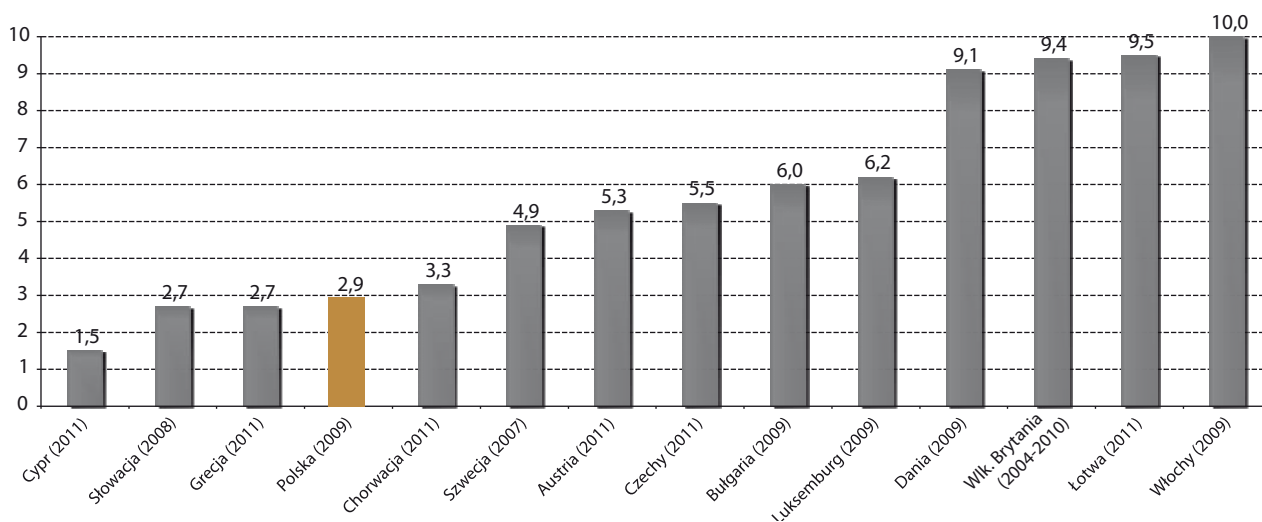
około 79 500 osób, co daje wskaźnik około 3 osób na 1000 mieszkańców. Nasz zachodni sąsiad Niemcy określa liczbę problemowych użytkowników w przedziale od około 200 tys. do 238 tys. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców otrzymujemy wskaźnik od 3,7 do 4,4 osób na 1000 mieszkańców. W przypadku tego oszacowania również nie mamy środkowej wartości.

Kokaina – spadek używania

Kokaina jest najczęściej używanym stymulantem w Europie, chociaż większość użytkowników tego narkotyku odnotowano w niewielkiej liczbie państw Europy Zachodniej. Kiedykolwiek w życiu kokainy próbowało około 14,5 mln Europejczyków (w wieku 15-64 lata), w ciągu roku było ich prawie 3,5 mln. Raport EMCDDA podkreśla, że używanie i podaż kokainy wykazują raczej tendencję spadkową.

W niektórych krajach wciąż odnotowuje się szacunkowy wzrost konsumpcji kokainy, jednakże wyniki przeprowadzonych ostatnio badań ankietowych wskazują na spadek używania tego narkotyku wśród młodych dorosłych (15-34 lata) w pięciu krajach o największym jego rozpowszechnieniu, tj. Danii, Irlandii, Hiszpanii, we Włoszech i Wielkiej Brytanii. Mniej także osób zgłasza się do leczenia z powodu problemów związanych z kokainą. Liczba osób zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia w związku z używaniem kokainy jako substancji podstawowej zmniejszyła się z 37 tys. w 2009 roku do 31 tys. w 2011 roku. W 2011 roku zare-

Wykres 2. Oszacowanie problemowych użytkowników narkotyków (liczba osób) – wskaźnik na 1000 osób.



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA.

jestrowano co najmniej 475 zgonów mających związek z kokainą, chociaż liczba ta może być niedoszacowana. Analizując dane z resortów siłowych, odnotowano duży spadek ilości skonfiskowanej kokainy, z 120 ton w 2006 roku do 62 ton w 2011 roku. Zmniejszenie się ilości skonfiskowanego narkotyku było szczególnie zauważalne na Półwyspie Iberyjskim, gdzie całkowita ilość kokainy przejętej w Hiszpanii i Portugalii zmniejszyła się z 84 ton w 2006 roku do 20 ton w 2011 roku. W Polsce w ubiegłym roku zabezpieczono 213 kg tego narkotyku, a policja odnotowała tylko 426 przestępstw stwierdzonych z powodu kokainy.

Narkotyki syntetyczne – nowe zagrożenia

Raport EMCDDA wskazuje, że substancje z grupy amfetamin oraz ecstazy są najbardziej popularnymi w Europie syntetycznymi substancjami pobudzającymi. Szacuje się, że około 12,7 mln Europejczyków w wieku 15-64 lata próbowało kiedyś substancji z grupy amfetamin. W ciągu jednego roku było to około 2 mln osób (dane za 2012 rok). Najnowsze dane wskazują na stabilizację lub spadek wskaźnika używania substancji z grupy amfetamin wśród młodych dorosłych (15-34 lata). Najbardziej rozpowszechniona jest amfetamina, ale odnotowujemy oznaki zwiększenia dostępności i rozpowszechnienia używania metamfetaminy. Świadczą o tym dane dotyczące przestępczości narkotykowej. Wskaźniki konfiskat metamfetaminy wzrosły w okresie 2002–2011, co wskazuje na wzrost dostępności tego narkotyku. W tym samym czasie wskaźnik konfiskat amfetaminy w 2011 roku powrócił do poziomu z 2002 roku. W przeszłości używanie metamfetaminy było na niskim poziomie, ograniczało się głównie do Czech i Słowacji. Obecnie rozszerza się; problemowe używanie tego narkotyku notuje się w Niemczech, Grecji, Turcji i na Cyprze. Metamfetamina w Niemczech pochodzi m.in. z Czech. Szacuje się, że około 11,4 mln Europejczyków (w wieku 15-64 lata) próbowało kiedyś ecstazy (MDMA). W ciągu jednego roku było to około 2 mln osób. Wydaje się, że w ostatnich latach popularność tego narkotyku zmniejszyła się, co prawdopodobnie wynika ze słabej jakości (czystości lub zawartości MDMA) tabletek sprzedawanych jako ecstazy. Obecnie tendencja ta raczej się zmienia, a pewne dowody wskazują na to,

że większa dostępność MDMA zachęca do ponownego zainteresowania się tym narkotykiem.

„Dopalacze” – ciągle aktualny problem

Według raportu EMCDDA w 2012 roku po raz pierwszy za pośrednictwem Systemu wczesnego ostrzegania (EWS) UE zgłoszono 73 nowe substancje psychoaktywne jako niebezpieczne dla zdrowia i życia człowieka. Trzydzieści spośród nich było syntetycznymi kanabinoidami podobnymi w działaniu do konopi indyjskich. Dodatkowo w raporcie przedstawiono pogłębioną analizę tzw. POD⁴, która dostarcza informacji umożliwiających aktualizację obecnego stanu wiedzy o tych substancjach, które obecnie stanowią największą grupę związków monitorowanych przez EWS. POD zajmuje się analizą nowych tendencji obserwowanych w tej dziedzinie, z uwzględnieniem pojawienia się żywic zawierających te substancje, obecności tych związków chemicznych w próbkach marihuany oraz ich wykrywania w mieszkankach zawierających inne niepowiązane związki chemiczne (np. tryptaminy, syntetycznych pochodnych katynonu).

Raport EMCDDA jest dostępny na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/edr2013> we wszystkich językach krajów Unii Europejskiej. Raport został opracowywany na podstawie rocznych raportów krajowych sporządzonych w języku angielskim (http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203). Elementem raportu EMCDDA jest również Biuletyn Statystyczny EMCDDA, który zawiera wiele danych ilościowych od np. używania narkotyków w populacji generalnej po ceny narkotyków (<http://www.emcdda.europa.eu/stats13>).

Przypisy

- ¹ Punkt obserwacyjny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.
- ² Wyniki badania z 2012 roku zostały przedstawione we wcześniejszym numerze Serwisu w artykule Artura Malczewskiego i Anny Misiurek pt. „Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych – wyniki badania z 2012 roku”. Serwis jest dostępny na stronie: http://www.kbnp.gov.pl/serwis_on_line.htm?id=110911.
- ³ Informacje o sytuacji w Rumunii, podejmowanych działaniach w celu zapewnienia dalszego finansowania programów redukcji szkód, można znaleźć na stronie węgierskiej organizacji pozarządowej Hungarian Civil Liberties Union: <http://drogriporter.hu/en/news>. Strona prowadzona jest również w języku angielskim.
- ⁴ „Perspectives on Drugs” – dodatkowe 11 opracowań pozwalających na pogłębienie spojrzenia na ważne kwestie związane z problematyką narkotykową. Materiały są dostępne na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/edr2013>.

Wprowadzanie przez osobę uzależnioną poważnych zmian w życiu jest na ogół trudne, ludzie mają względem nich mieszane myśli i uczucia. Przeżywają wątpliwości, wahają się, mają rozterki. W języku dialogu motywującego można powiedzieć, że doświadczają ambiwalencji związanej ze zmianą. Jest ona czymś normalnym. To, że klient wypowiada argumenty za zmianą, a za chwilę jej przeczy, to nic innego tylko dowód przeżywania ambiwalencji. Zamiast traktować tę niepewność jako problem (jako wyraz zaprzeczania, niechęci wobec zmiany itp.), uznajemy ją za część procesu zmiany.

DIALOG MOTYWUJĄCY W TERAPII UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

Jadwiga Maria Jaraczewska

Prezes Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej

Podstawowe założenia koncepcji DM

Dialog motywujący (DM) jest nowatorskim, a jednocześnie coraz bardziej popularnym modelem metodycznego działania na polu wzmacniania motywacji. Jest to podejście, którego skuteczność oparto na wynikach badań naukowych. Charakteryzuje się wysoką efektywnością oddziaływań w wielu dziedzinach – m.in. w terapii uzależnień, profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych, resocjalizacji przestępców, psychoterapii, edukacji, dietetyce itp. To metoda oparta na głęboko humanistycznych zasadach, takich jak akceptacja i poszanowanie autonomii człowieka, wydobywanie jego potencjału, upodmiotowienie i dowartościowanie. Polega na takim oddziaływaniu, aby wzmocnić w kliencie jego efektywne zaangażowanie w poszukiwanie rozwiązania problemu i wprowadzanie istotnych i trwałych zmian w życiu.

DM jest określonym sposobem prowadzenia rozmowy służącej umocnieniu w osobie jej własnej motywacji i zaangażowania w zmianę. W ramach tej koncepcji terapia nie polega na zrozumieniu, że uzależnienie to postępująca i przewlekła choroba, niemożliwa do wyleczenia. DM nie polega na pracy nad zrozumieniem koncepcji, takich jak bezsilność osoby wobec nałogu lub ocena szkód wyrządzonych przez nałóg choremu, jego rodzinie i otoczeniu (Jaraczewska, 2009). DM nie stoi w sprzeczności z innymi podejściami, jednakże stosując jego zasady, pracuje się bardzo specyficznie nad takimi aspektami procesu zdrowienia, które z punktu widzenia wewnętrznej motywacji mają najistotniejsze znaczenie. Zakłada się, że każdy ma potencjał do wprowadzenia umotywowanej wewnętrznie zmiany, toteż celem podejścia motywującego jest uruchomienie własnej motywacji klienta.

Ambiwalencja wobec zmiany

Ponieważ wprowadzanie przez osobę uzależnioną poważnych zmian w życiu jest na ogół trudne, ludzie mają względem nich mieszane myśli i uczucia. Przeżywają wątpliwości, niepewność, wahania, rozterki. W języku DM można powiedzieć, że doświadczają ambiwalencji związanej ze zmianą. W centrum zainteresowań DM leży więc m.in. zjawisko ambiwalencji. Doświadczenie ambiwalencji może budzić dezorientację, frustrację, konsternację. Zwraca się uwagę, że ambiwalencja może w istotny sposób hamować podejmowanie decyzji czy uniemożliwiać wprowadzanie decyzji w życie. Zamiast iść do przodu, osoba waha się. Z jednej strony chce zmiany, z drugiej jej nie chce, boi się. Jakby słyszała dwa głosy: „lepiej się zmienić” i „nie ma szans na zmianę”. W konsekwencji tkwi w *status quo*. Zjawisko ambiwalencji jest powszechne, nie tylko charakterystyczne dla osób zmagających się z uzależnieniem.

W DM ambiwalencja wobec zmiany jest czymś normalnym. To, że klient wypowiada argumenty za zmianą, a za chwilę jej przeczy, to nic innego tylko dowód przeżywania ambiwalencji. Zamiast traktować tę niepewność jako problem (jako wyraz zaprzeczania, niechęci wobec zmiany itp.), uznajemy ją za część procesu zmiany. To bardzo ważne, gdyż nierozwiązana ambiwalencja jest często postrzegana jako brak motywacji. To coś, w czym klient często potrzebuje naszej pomocy, co staramy się wspólnie z klientem rozstrzygnąć. Zatem zachęcamy klienta do przyjrzenia się ambiwalencji, gdyż to dostarcza wielu cennych informacji o tym, w jaki sposób dane zachowanie pasuje do jego życia, jaką pełni w nim funkcję, w jaki sposób utrudnia czy wręcz uniemożliwia postęp, a co otwiera klienta na zmianę i wzmacnia jego wewnętrzną motywację.

Interpersonalny aspekt motywacji

W ujęciu DM wewnętrzna motywacja to stan gotowości do wprowadzania zmian w życiu. Stan ten waha się w zależności od sytuacji i czasu. Stan wewnętrzny, na który bardzo duży wpływ mają czynniki zewnętrzne. Jednym z takich istotnych czynników jest terapeuta i jego postawa. Jeśli chodzi o motywację, postawa terapeuty w istotny sposób wpływa na niepowodzenie lub sukces klienta. Badania kliniczne wskazują na ciekawe zjawisko. U osób, którym mówi się, że nie mają szans na zmianę i nie oczekuje się od nich poprawy, poprawa rzeczywiście nie zachodzi. Z kolei klienci, których terapeuta wierzy, że mogą się zmienić, zmieniają się!

Język zmiany

W DM podkreśla się, że ważne jest to, co ludzie mówią na temat zmiany. Stwierdzenia, które odzwierciedlają motywację i zobowiązanie do zmiany są szczególnie istotne, gdyż wiążą się z tym, że ludzie sami przekonują się do zmiany. To tzw. język zmiany. Analizując rzeczywiste sformułowania, jakich ludzie używają w wypowiedziach o swojej motywacji, zidentyfikowano pięć kategorii wypowiedzi o takim znaczeniu:

1. Zwroty przygotowujące do zmiany – chęć zmiany
Przykłady: „Pragnę, by coś się zmieniło”, „Nie jestem osobą, którą chciałbym/chciałabym być”.
2. Możliwość zmiany (optymizm)
Przykłady: „Mogę się zmienić – muszę po prostu się do tego bardziej przyłożyć”, „Udowodnię wszystkim, że mogę się zmienić”.
3. Powody do zmiany (korzyści ze zmiany)
Przykłady: „Może moja żona przestanie się czepiać, jeśli nie będę tyle pił”, „Byłoby fajnie, jeśli za każdym razem nie musiałabym tak się martwić”.
4. Potrzeba zmian (problemy dotyczące *status quo*)
Przykłady: „Muszę wziąć się w garść”, „Nie chcę już powtarzać tego, co robiłem”.
5. Język zobowiązania do zmiany

Zdania zawierające zobowiązanie, są najważniejsze w rozmowie z klientem, ponieważ są najpewniejszą zapowiedzią zmiany. Zdania takie zawierają czasowniki, które wyrażają intencje podjęcia konkretnych kroków do zmiany.

Przykłady: „Mam zamiar...”, „Zrobię...”, „Planuję...”, „Zamierzam...”.

Ostatnim elementem jest podjęcie konkretnych kroków, nawet małych, w kierunku zmiany.

Przykłady: „Już zaczęłam...”, „W zeszłym tygodniu byłem dwa razy na siłowni”.

Dostosowanie się do tego, jak klient mówi o zmianie, używanie jego słów podczas terapii, może mu pomóc bardziej zaangażować się w proces zmiany. Jeśli pracujemy dialogiem i usłyszmy język zmiany, to okazujemy zainteresowanie i zaciekawienie. Ważną umiejętnością jest też ukierunkowywanie ludzi na stosowanie języka zmiany.

Wykorzystanie dialogu motywującego w pracy z osobami uzależnionymi (na przykładzie uzależnienia behawioralnego od hazardu)

DM ma swoje korzenie w terapii uzależnień. To właśnie w pracy z tak trudnym klientem William Miller dokonał pierwszych obserwacji dotyczących nowego stylu prowadzenia terapii. Od tamtego czasu DM okazał się bardzo przydatny w pracy z osobami z problemem uzależnień, zarówno uzależnień od substancji psychoaktywnych, jak i uzależnień behawioralnych.

Pracując tą metodą, ważne jest, by stosować podejście motywujące od początku kontaktu z klientem. Kluczową rzeczą w pracy nad motywacją jest stworzenie tzw. ducha DM (opisanego poniżej), dzięki któremu możliwe jest silne przymierze terapeutyczne i głębokie zrozumienie sytuacji klienta. To postawa charakterystyczna dla nurtu humanistycznego Carla Rogersa. Jak mówią twórcy DM, wiemy, że przyjęliśmy taką postawę, jeśli potrafimy spojrzeć na świat z punktu widzenia klienta i szczerze powiedzieć: „To ma sens. Rozumiem, dlaczego tak to pan/pani widzi”.

Cztery podstawowe strategie w dialogu motywującym

1. Najpierw wsłuchaj się w dylematy klienta
Gdy po raz pierwszy spotykamy się z klientem z problemem hazardu, warto zachęcić go do szczegółowego przedstawienia przez niego tego, jak on widzi swoją sytuację. Hasło „słuchaj swojego klienta” może wydawać się banalne, a jednak w DM jest to podstawowa zasada pracy (trudna, wymagająca dużych umiejętności). Nie chodzi tu o nakładanie własnych „foremek” – „Aha, skoro klient przyszedł do tej poradni/tak wygląda/został skierowany itp., to oznacza, że ja już wiem, jaki jest jego główny problem”. Przeciwnie, chodzi o wykazanie zainteresowania specyfiką sytuacji klienta; zachęcenie go do mówienia o tym, jaka jest jego sytuacja, co u niego się dzieje. Rozumiejąc zjawisko ambiwalencji, można zachęcić

klienta do opowiedzenia zarówno o pozytywnych, jak i negatywnych aspektach sytuacji. Nie pytaj, czy klient ma problem, ale zakładaj, że ma obawy związane ze swoim zachowaniem.

W swojej najnowszej książce „Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie” Miller i Rollnick przytaczają przykład rozmowy z kobietą uzależnioną od hazardu:

TERAPEUTA: Jakiego rodzaju kłopotów przysporzył pani hazard?

KLIENKA: Jedna oczywista pozycja to pieniądze.

TERAPEUTA: Pod jakim względem jest to dla pani problem?

KLIENKA: Cóż, po prostu wydaję dużo pieniędzy na grę i nie zawsze wystarcza mi na zapłacenie rachunków.

TERAPEUTA: Proszę opowiedzieć o ostatnim razie, kiedy to się zdarzyło.

KLIENKA: Nie dalej niż w zeszłym tygodniu przepuściłam około 600 dolarów.

Zaczynam wyznaczać sobie limit, ale potem, kiedy tracę taką ilość, postanawiam się odegrać.

TERAPEUTA: Z czasem rzeczywiście może się tego nabierać.

KLIENKA: Wyjął mi pan to z ust. W ciągu ostatnich 6 miesięcy straciłam jakieś 20 tysięcy.

TERAPEUTA: A to dla pani dużo.

KLIENKA: Właśnie! Nie mamy takich pieniędzy.

Źródło: Miller W.R., Rollnick S., „Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie”, WUJ, Kraków 2014, s. 248-249.

Terapeuta wyraża zainteresowanie punktem widzenia klientki. O empatycznym zrozumieniu sytuacji świadczą trafne odzwierciedlenia wypowiedzi klientki. Budowanie motywacji polega na tym, że prowokujemy klienta do opowiedzenia o swojej sytuacji, przyjrzenia się jej bez oceny. Na początku nie mówimy mu, jaki jest jego problem i co ma w związku z tym zrobić.

2. Zrozum motywację klienta

Zrozum i badaj własne motywacje osoby, z którą pracujesz. Poświęć czas na rozwinięcie tego tematu. Dopytuj, jak klient postrzega problemy w swoim życiu, co jest dla niego największą trudnością, jakie są jego osobiste zmartwienia: „Co pani ostatnio zauważyła, że jest dla pani problemem?”, „Czy zauważyła pani jakieś specyficzne trudności z rodziną, w pracy?”, „Czy miała pani jakieś inne problemy?”. Warto poprosić o opisanie konkretnych przykładów, wyjaśnienie, doprecyzowanie. Znowu bez żadnej oceny. To pozwala klientowi na wgląd w swoją sytuację.

TERAPEUTA: Jak bardzo się pani martwi tym problemem z pieniędzmi?

KLIENKA: Robi się z tego poważny problem i martwię się tym cały czas. Ludzie pukają do moich drzwi, wydzwaniają, wysyłają nieprzyjemne listy. Muszę coś z tym zrobić.

TERAPEUTA: Chce pani być odpowiedzialną osobą, która płaci swoje rachunki.

KLIENKA: Tak zostałam wychowana.

TERAPEUTA: A konkretnie, jak to w panią uderza, strata tak dużej ilości pieniędzy?

KLIENKA: Nikt nie da nam już kredytu, z wyjątkiem kasyn. Mój mąż w końcu zauważył, że wybierałam pieniądze z konta i prawie ze mną nie rozmawia.

TERAPEUTA: A więc jest to powodem silnych napięć w pani związku. Co poza tym?

KLIENKA: Martwi się oczywiście o naszą emeryturę. No i nie mogę sobie kupić rzeczy, które bym chciała.

TERAPEUTA: Takich jak... ?

KLIENKA: Zobaczyłam kiedyś taką ładną sukienkę w moim rozmiarze i nie było mnie na nią stać. Wszystkie moje karty kredytowe zostały unieważnione. Więc wściekam się i robię głupoty.

Źródło: Miller W.R., Rollnick S., „Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie”, WUJ, Kraków 2014, s. 248-249.

Terapeuta, wykorzystujący dialog motywujący, jest ciekawy klientki. Poświęca czas, żeby zbadać jej opinie i pomysły. Zachęca klientkę, aby sama zgłaszała powody, które skłaniają ją do wprowadzenia zmiany. Gdy klient zaczyna mówić, często można usłyszeć tzw. język zmiany, co otwiera ważne obszary do pracy motywującej.

3. Opieraj się odruchowi naprawiania

Tzw. odruch naprawiania ze strony terapeuty związany jest z pragnieniem niesienia pomocy. To rodzaj pozytywnej motywacji, wyrażającej chęć niesienia pomocy klientom w zmianie sytuacji, aby mogli wieść lepsze życie. Przykładami odruchu naprawiania są wypowiedzi w stylu: „Jeśli pani dalej będzie tak grać, to zrobi się z tego poważny problem; ludzie zaczną domagać się zwrotu pieniędzy, pukać do pani drzwi; musi pani coś z tym zrobić”, „Nie można dalej wpędzać rodziny w takie finansowe kłopoty”, „Powinna pani podjąć terapię”. Niestety, rozwiązywanie problemów za klienta przynosi często skutek odwrotny do zamierzonego. W takiej sytuacji bardzo łatwo o opór. Pojawia się poczucie zagrożenia naszej wolności przez kogoś, kto próbuje nam coś narzucić lub czegoś zakazać. Na skutek tego pojawia się zjawisko reaktancji, czyli dążenia osoby do

przywrócenia wolności wyboru. Gdy terapeuta stosuje nakazy i zakazy, autorytarnie wyznacza cele terapii („Musi pani zrozumieć, że nie wolno pani zbliżać się do kasyn i grać”), szybko wchodzimy w spór i może dojść do walki sił, co w rezultacie zmniejsza prawdopodobieństwo zmiany.

W DM ważne jest więc unikanie:

- przekonywania klienta, że ma problem,
- przekonywania o korzyściach zmian,
- mówienie klientowi, jak powinien się zmienić,
- ostrzeganie go przed konsekwencjami zmiany.

Argumenty, które mają przekonać klienta do korzyści zmiany bardzo często działają odwrotnie do naszych zamierzeń i wzmagają opór. Unikamy więc naciskania na zmianę i prowadzenia sporów z klientem. Terapeuta motywujący nie dominuje w rozmowie, nie zaprzecza i nie minimalizuje znaczenia pomysłów klienta. Nie ignoruje dotychczasowej wiedzy klienta na temat problemu. Mając na uwadze wszystkie dotychczasowe informacje, dialog motywujący z klientką można by prowadzić w następującym kierunku:

TERAPEUTA: Z tego, co pani mówi, wynika, że doświadczają pani obecnie wielu różnych problemów. Kiedy pani przegrywa dużą ilość pieniędzy, chce pani się odegrać, ale w praktyce trudno pani trzymać się swoich postanowień. Martwi się pani problemami finansowymi, ale również tym, że sytuacja zaczyna dotyczyć całej rodziny.

(Terapeuta wyłącznie odzwierciedla to, co wcześniej usłyszał od klientki, nie oceniając i nie krytykując jej postępowania. To pozwala klientce wyjść z inicjatywą dalszego działania).

KLIENKA: Tak, tak, muszę coś z tym zrobić.

TERAPEUTA: Chce pani zmienić tę sytuację. Nie chce pani narażać siebie i swojej rodziny na problemy.

(Terapeuta jak w lustrze ukazuje klientce jej pomysły i wzmacnia język zmiany – „chcę zmienić sytuację”).

KLIENKA: Zależy mi na mojej rodzinie.

TERAPEUTA: Rodzina jest dla pani wielką wartością i chce pani być odpowiedzialną osobą, która nie tylko płaci swoje rachunki, ale również zastanawia się pani, co z tym można zrobić, jak zmienić, poprawić całą tę sytuację.

(Terapeuta nazywa to, co dla klientki stanowi w życiu wielką wartość i zestawia to z potencjalną zmianą sytuacji).

KLIENKA: Myślę, że po prostu muszę z tym skończyć. Raz na zawsze.

TERAPEUTA: Jakie zalety widziałyby pani tej ważnej zmiany?

Terapeuta motywujący zachęca klientkę do wypowiedzi języka zmiany, czyli samodzielnego zgłaszania powodów, które skłaniają ją do wprowadzenia zmiany i pomysłów, jak zamierza tego dokonać. Potrafi trzymać w ryzach potrzebę bycia ekspertem, stosuje ją strategicznie i nigdy zanim klientka okaże się gotowa, aby ją przyjąć.

4. Umacniaj swojego klienta

W podejściu motywującym wierzymy, że klient ma zasoby, że jest zdolny do zmiany. Zatem stawiamy hipotezy dotyczące potencjału klienta i kieruj się jego punktem widzenia. Chodzi nie tylko o to, by spojrzeć na problem z punktu widzenia klienta i przyjmować jego perspektywę w trakcie rozważania możliwych rozwiązań, ale przede wszystkim o wydobywanie z klienta jego potencjału i pomysłów. Umacniaj, dodawaj siły, zachęcaj do nadziei i optymizmu, komunikuj mu wiarę w jego możliwości. W DM nazywamy to dowartościowywaniem. Jeżeli klient będzie przekonany o niskiej samoskuteczności i będzie słabo wierzył w swoje możliwości we wprowadzanie zmiany, to jest mało prawdopodobne, że osiągnie sukces. Dlatego w DM wzmacniamy w osobie poczucie własnej sprawczości. Dzięki temu, wzbudzamy w niej wiarę, że zmiana jest możliwa.

W nawiązaniu do przytoczonego przykładu można by zastosować następujący sposób odzwierciedlania:

TERAPEUTA: Powiedziała pani o tych ważnych rzeczach, które ostatnio dzieją się w pani życiu. Kocha pani swoją rodzinę i nie chce pani, by wasze życie tak wyglądało. Od jakich zmian mogłaby pani zacząć?

KLIENKA: Chyba przestanę spotykać się z koleżanką, z którą chodzimy do kasyn. To mi pomoże, nie będzie pokusy.

TERAPEUTA: Zaczyna pani rozważać konkretne sposoby wprowadzania zmian. A czy mogę jeszcze zapytać, kiedy wcześniej wprowadziła pani w swoim życiu jakieś istotne zmiany, to jak pani tego dokonała? Jaki miało to wpływ na pani poczucie własnej wartości?

KLIENKA: Udało mi się kiedyś przestać palić. Najpierw wydawało mi się to niemożliwe, a jednak to zrobiłam. Nie palę już od 5 lat.

TERAPEUTA: Musi być pani silną osobą, skoro przez 5 lat udało się pani nie palić. Skuteczne porzucenie palenia najczęściej wymaga od ludzi dużo determinacji, wytrwałości i hartu ducha. Wracając do obecnego problemu, jak pani sądzi, co mogłoby pomóc, gdyby pani zdecydowała się na skończenie z graniem? Jakie cechy pani charakteru mogłyby pomóc odnieść sukces?

Poczucie własnej sprawczości wiąże się z bardziej ukierunkowanym postrzeganiem własnej zdolności do uzyskania pożądanego wyniku. Terapeuta motywujący wywołuje więc komentarze klientki, które pozwalają jej pełniej dostrzec stojące przed nią możliwości wprowadzania zmian. Uwiarygodnia pomysły klientki i jej motywację do zmiany. Jednocześnie akceptuje i wspiera autonomię klienta, podkreśla poczucie kontroli i zdolności wyboru klienta.

Oczywiście zmiana to proces, który najczęściej wymaga wielokrotnego stwarzania okazji do przedyskutowania możliwości klienta i jego zdolności do kontroli sytuacji. Nie zawsze musimy zgadzać się z klientem. Czasem przedstawimy mu własne poglądy i punkty widzenia, ale nie próbujemy przekonywać klienta, aby uznał ich trafność. Jeśli damy mu wybór, to klient zdecyduje, czy nasze sugestie mu odpowiadają i czy mogą się mu jakoś przydać. Kiedy nie naciskamy i nie obrażamy się na klienta, że nie podejmuje naszej propozycji, tworzymy warunki do tego, że on sam dzieli się swoimi pomysłami. To klienci są ekspertami w dziedzinie samych siebie, należy ich zatem uznać za kopalnię informacji na temat potencjalnych rozwiązań. To buduje w nich siłę do walki z uzależnieniem.

W DM pracujemy tak, by pojawiło się dobre samopoczucie klienta na swój temat. To właśnie nieustannie złe samopoczucie jest zagrożeniem. Traci się motywację, traci się nadzieję i wiarę na zmianę. Niska ocena własnej wartości najczęściej osłabia motywację. To powoduje, że klient boryka się z problemami dotyczącymi realizacji stawianego sobie celu i często działa poniżej swoich możliwości. Ponadto ważnym motywatorem jest też wiara w możliwość zmiany. Nie podważa się więc możliwości klienta na zmianę. Raczej wzmacnia w nim wagę zmiany i jego poczucie nadziei na zmianę i poczucie sprawczości. Aby to było możliwe, niezwykle ważne jest zachowanie tzw. ducha DM.

Cztery elementy ducha dialogu motywującego

Twórcy DM podkreślają, że jest on sposobem bycia z ludźmi, które jest przepełnione atmosferą zrozumienia dla ludzkiej natury. To, jaką atmosferę terapeuta stworzy podczas spotkania z klientem, będzie miało znaczący wpływ na efektywność kontaktu. Oddajmy głos Millerowi i Rollnickowi: „Gdy obserwowaliśmy adeptów praktykujących DM, mieliśmy wrażenie, że nauczyliśmy ich słów, ale nie

muzyki. Czego nie udało nam się przekazać? Właśnie wtedy zaczęliśmy pisać o *duchu* DM, o leżącym u jego podłoża nastawieniu umysłowym i emocjonalnym” (Miller, Rollnick, 2014, s. 34).

1. Partnerstwo

Rozwijaniu wewnętrznej motywacji do zmiany nie sprzyja postawa wyższości czy władzy.

W DM komunikacja z klientem odbywa się bez dominacji, bez wykazywania, że terapeuta jest ekspertem, a klient petentem. Z wypowiedzi terapeuty eliminuje się krytyczny, oceniający ton. Aby skutecznie wspierać klienta w rozwijaniu wewnętrznej motywacji do zmiany, terapeuta motywujący zachowuje relację partnerską. To umożliwia bliską współpracę, opierającą się na chęci, nie na przymusie.

2. Troska

Głównym celem pracy z klientem jest działanie na rzecz jego dobra. Klienci wchodzą w kontakt ze specjalistą z wiarą, że będą traktowani w sposób etyczny. Nie jesteśmy sprzedawcami, którzy naprowadzają klientów na swoją ofertę handlową. Nie ma więc wątpliwości, że nasze oddziaływanie mają przynieść pożytek naszym klientom, a nie głównie nam samym. To oczywiste, że potrzeby klienta są na pierwszy miejscu.

3. Akceptacja

Akceptacja w DM oznacza poszanowanie wolności i godności człowieka. Klient decyduje, czy i jak dążyć do zmiany, nawet jeśli po drodze popełniałby (nieuchronne) błędy. Akceptacja nie oznacza zgody na określoną sytuację, ale w DM odpowiedzialność za zmianę pozostawia się klientowi, o zmianie nie może stanowić nikt poza klientem. Nie można mu odebrać prawa wyboru. Chodzi też o to, by to sam klient uwierzył, że ma potencjał do zmiany. Ludzie którzy wierzą, że mogą się zmienić, faktycznie się zmieniają.

4. Wywoływanie

W DM dążymy do wywołania w kliencie jego własnej motywacji i zobowiązania do zmiany (wrażany w tzw. języku zmiany). Z szacunkiem odnosimy się do doświadczenia i wiedzy klienta, gdyż jego doświadczenia, jego praca, jego pomysły i zasoby mają kluczowe znaczenie. Zacytujmy tu Davida Rosengrena: „Klienci – jako eksperci w dziedzinie samych siebie – wielokrotnie doświadczyli swoich trudności i ograniczeń, spotkali na swojej drodze to, co ułatwiało im lub utrudniało proces zmiany. My – jako specjaliści w swoich dziedzinach – wiemy coś o klientach, którzy zwykle borykają się z podobnymi problemami, ale nie mamy pojęcia,

czego będzie chciała lub potrzebowała konkretna osoba. Naszym celem będzie więc wydobyć od klientów informacji na temat powodów i potencjalnych przyczyn zmiany”.

Względy etyczne

Prowadzenie rozmowy w duchu dialogu motywującego bardzo często wywołuje w ludziach określone reakcje – klient czuje się słuchany i akceptowany, staje się mniej defensywny. Daje mu to podstawy to poczucia komfortu i bezpieczeństwa, co pozwala na większą aktywność, współpracę i angażowanie się w zmianę.

Proces terapeutyczny przy użyciu DM może przebiegać szybko i efektywnie. Należy jednak podkreślić, iż DM nie jest techniką manipulacji ani sztuczką, która ma sprawić, żeby

ludzie robili to, czego od nich chcemy. DM jest procesem wspólnego badania, negocjowania i podejmowania decyzji.

Bibliografia

- Jaraczewska I., „Rozpoznawanie gotowości do wprowadzania zmian”, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 5, 2008.
- Jaraczewska I., „Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań”, *Alkoholizm i Narkomania*, 22, 2, 2009.
- Jaraczewska I., Krasiejko I., „Dialog motywujący w teorii i praktyce”, Akapit, Toruń 2012.
- Miller W.R., „Wzmacnianie motywacji do zmiany”, Parpamedia, Warszawa 2009.
- Miller W.R., Rollnick S., „Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie”, WUJ, Kraków 2014.
- Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R., „Motywowanie do terapii”, PARPA, Warszawa 1995.
- Rosengren D., „Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym”, WUJ, Kraków 2013.

SPOTKANIA KRAJOWE

Seminarium międzynarodowe „Kierunki badań nad uzależnieniami behawioralnymi”, Stowarzyszenie Natanaelum	21 października 2013 roku	Lublin
Ogólnopolska konferencja na temat przeciwdziałania narkomanii, KBPN i Res Humanae	21-23 października 2013 roku	Konstancin-Jeziorna
„RAZEM-WIĘCEJ” – zjazd realizatorów projektów profilaktycznych i leczniczych w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, KSTU	15 listopada 2013 roku	Kraków
Międzynarodowa konferencja „Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne”, KBPN i Res Humanae	26-27 listopada 2013 roku	Warszawa
IX Konferencja Programów Redukcji Szkód, CINN KBPN	12-13 grudnia 2013 roku	Warszawa
Konferencja prasowa raportu „Młodość 2013”, CINN KBPN	10 marca 2014 roku	Warszawa

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Reitox Academy dla krajów bałtyckich. Monitorowanie chorób zakaźnych oraz podejmowanych działań	21-22 listopada 2013 roku	Tallin, Estonia
G8-Plus spotkanie grupy ekspertów dotyczące nowych substancji psychoaktywnych, UK Home Office	29 listopada 2013 roku	Londyn, Wielka Brytania
Spotkanie grupy referencyjnej dotyczące redukcji podaży narkotyków	3-4 grudnia 2013 roku	Lizbona, Portugalia
Konferencja podsumowująca projekt polskiego wsparcia przeciwdziałania narkomanii w Gruzji, KBPN	17-18 grudnia 2013 roku	Tbilisi, Gruzja
Regionalna konferencja antynarkotykowa, Region Lombardia	25 lutego 2014 roku	Mediolan, Włochy
Spotkanie w ramach projektu „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień” – faza druga, ALS Milano	27-28 lutego 2014 roku	Mediolan, Włochy
Spotkanie w ramach projektu I-TREND dotyczącego nowych substancji psychoaktywnych	21-22 marca 2014 roku	Praga, Czechy
Spotkanie w ramach projektu „Konfiskaty narkotykowe”	28-29 marca 2014 roku	Praga, Czechy

W semestrze zimowym w roku akademickim 2012/2013 Fundacja Praesterno z Warszawy we współpracy z Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczęła realizację programu szkoleniowego pod nazwą „Profilaktyka i terapia uzależnień behawioralnych”, adresowanego do studentów medycyny oraz innych kierunków mających zastosowanie w ochronie zdrowia (psychologia, pedagogika, resocjalizacja). Program był współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

EWALUACJA PROGRAMU SZKOLENIOWEGO „PROFILAKTYKA I TERAPIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH”

Tomasz Kowalewicz

Psycholog

Fundacja Praesterno

Celem programu było zapoznanie uczestników z jak najszerszym spektrum zagadnień z obszaru profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, by umożliwić im kompetentne postępowanie w przyszłej pracy zawodowej z klientami/pacjentami z problemem należącym do tej kategorii oraz – jeśli problematyka zainteresuje uczestników szkolenia – świadome podjęcie decyzji o wyborze specjalizacji w obszarze uzależnień behawioralnych i pogłębianie wiedzy i umiejętności w tym zakresie w dalszych działaniach edukacyjnych. Uczestnictwo w programie było bezpłatne i poświadczane certyfikatem. Program szkolenia obejmował następujące bloki tematyczne:

1. Uzależnienia behawioralne: charakterystyka, etiologia, mechanizmy powstawania. Omawiane były następujące formy uzależnień:
 - hazard,
 - uzależnienie od urządzeń multimedialnych (komputer/internet, konsole gier elektronicznych, telefony komórkowe),
 - skłonność do kompulsywnych zakupów (zakupoholizm, *windows shopping*),
 - powstrzymywanie się od jedzenia (abrosia) oraz obsesja na punkcie bycia umięśnionym (bigoreksja),
 - samookaleczanie się lub podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych lub dokonywanie kradzieży w celu obniżenia napięcia emocjonalnego lub poprawienia nastroju.
2. Diagnostyka zagrożenia uzależnieniami behawioralnymi i stopnia uzależnienia. Spośród narzędzi

stosowanych do oceny uzależnienia, zostały zaprezentowane m.in.:

- hazard: Canadian Problem Gambling Index CPGI oraz 20 pytań Anonimowych Hazardzistów,
 - uzależnienie od komputera i internetu: Freimuth screening tool, Internet Addiction Test Young – polska adaptacja: Test Użytkownika Internetu, Test Problematicznego Używania Internetu,
 - uzależnienie od ćwiczeń: Exercise Addiction Inventory,
 - uzależnienie od zakupów: Shopping Addiction Subscale, Skala zachowań zakupowych,
 - uzależnienie od jedzenia: Compulsive Eating Questionnaire, Skala Zaabsorbowania Jedzeniem.
3. Koncepcje profilaktyki uzależnień behawioralnych, ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji profilaktyki jako wspierania i rozwoju czynników chroniących przed uzależnieniami behawioralnymi.
 4. Terapia uzależnień behawioralnych – przedstawiane były koncepcje psychoterapeutyczne, medyczne podejście farmakologiczne, koncepcje samopomocowe (np. grupy Anonimowych Hazardzistów oparte na Programie 12 Kroków). Oddzielne zajęcia poświęcono dialogowi motywującemu.

Szkolenie składało się z 10 godzin wykładów, 10 godzin zajęć seminaryjno-ćwiczeniowych, opartych na samodzielnie przeczytanej literaturze tematu i 20 godzin zajęć treningowo-warsztatowych.

Taka konstrukcja metodyczna pozwalała na opanowanie przez uczestników szkolenia określonej porcji wiedzy i nabycie umiejętności praktycznych w zakre-

się diagnozowania, motywowania do podejmowania zmian we własnym funkcjonowaniu odbiorców oddziaływać oraz wywierania pożądanego wpływu psychokorekcyjnego.

Dwie pierwsze edycje programu przeprowadzono w roku akademickim 2012/2013, pierwszą w semestrze zimowym, udział wzięło w niej 25 osób, z których 19 ukończyło program i otrzymało certyfikat, i drugą w semestrze letnim – uczestnikami jej było 29 osób, z których 25 ukończyło program i otrzymało certyfikat.

Po zakończeniu szkolenia w każdej grupie przeprowadzono ewaluację efektów, składającą się z następujących działań:

- test wiedzy rozwiązywany przez absolwentów szkolenia,
- kwestionariusz opinii na temat szkolenia i samooceny rezultatów, wypełniany przez absolwentów,
- indywidualne wywiady pogłębione z prowadzącymi szkolenie.

Socjometryczne charakterystyki uczestników programu

W dwóch edycjach programu uczestniczyli studenci psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej oraz Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego, Wyższej Szkoły Pedagogicznej ZNP, Wszechnicy Polskiej, Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji oraz jedna osoba z Uniwersytetu Opolskiego. Program ukończyły 44 osoby.

Najliczniej reprezentowani byli studenci III roku – 39% absolwentów programu. Na II roku studiowało 18%, na IV roku 11%, a na V – 16% uczestników. Pojedyncze osoby to studenci I roku, jedna osoba studiowała na VI roku WUM.

85% uczestników, którzy ukończyli program, stanowili kobiety, 15% mężczyźni.

Ocena wybranych aspektów programu

Uczestnicy programu oceniali go pod względem:

- przydatności programu,
- zgodności wstępnych informacji na temat programu z późniejszą realizacją,
- kompetencji i przygotowania zawodowego prowadzących,
- umiejętności nawiązywania przez prowadzących kontaktu z uczestnikami programu,
- organizacji zajęć (wykorzystania czasu, organizacji aktywności),
- poziomu trudności programu,
- czasu trwania programu,
- tego, czy program był nudny, czy ciekawy.

Ocena była dokonywana na pięciopunktowych skalach.

Ogólnie program został oceniony przez studentów bardzo pozytywnie:

- 95% uczestników programu uznało, że był on dla nich przydatny (w tym raczej przydatny – 27% i zdecydowanie przydatny – 68%),
- 93% uczestników uznało, że wstępne informacje na temat programu były zgodne z jego późniejszą realizacją,
- bardzo wysoko oceniono kompetencje i przygotowanie zawodowe prowadzących program. Wszyscy przyznali oceny raczej i zdecydowanie dobre, w tym 68% zdecydowanie dobrych. W pytaniach otwartych kwestionariusza ewaluacyjnego

podkreślano, że zaletą programu było to, że był prowadzony zarówno przez wykładowców akademickich, jak i praktyków działających w różnych obszarach (profilaktyka, terapia, dialog motywujący),

- 98% respondentów pozytywnie oceniło umiejętność nawiązywania przez prowadzących kontaktu z uczestnikami programu, w tym 66% zdecydowanie dobrze i 32% raczej dobrze,

Na kierunkach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia brakuje programów obejmujących uzależnienia behawioralne. Program szkoleniowy „Profilaktyka i terapia uzależnień behawioralnych” daje studentom możliwość poznania zagadnień z tego obszaru. Dwie pierwsze edycje programu przeprowadzono w roku akademickim 2012/2013; ukończyły je 44 osoby, które uczestniczyły w 40 godzinach zajęć wykładowo-warsztatowych.

- 88% uczestników programu uznało organizację zajęć (w tym wykorzystanie czasu i organizację aktywności) za dobrą (w tym 46% za zdecydowanie dobrą),
- 83% uczestników programu uznało poziom jego trudności za właściwy. Pozostali (17%) stwierdzili, że program był za łatwy (w tym 5%, że zdecydowanie za łatwy),
- 88% uczestników programu uznało, że był on raczej lub zdecydowanie ciekawy (w tym 54%, że zdecydowanie ciekawy),
- tylko 42% uczestników uznało, że czas trwania programu był „w sam raz”. Wśród pozostałych 44% stwierdziło, że program był za krótki (w tym 10%, że zdecydowanie za krótki), 15% stwierdziło, że program był trochę za długi.

58% uczestników uznało, że bardziej wartościowy był dla nich blok warsztatowy niż wykładowy. Pozostali, czyli 42% za równie wartościowe dla siebie uznali oba bloki.

W ocenie czasu poświęconego na blok teoretyczny i praktyczny uczestnicy podzielili się w opiniach. Połowa (51%) stwierdziła, że proporcje czasu poświęconego na oba bloki były właściwe. Nieco mniej (44%) uznało, że za dużo czasu poświęcono na blok wykładowy, za mało na blok warsztatowo-ćwiczeniowy.

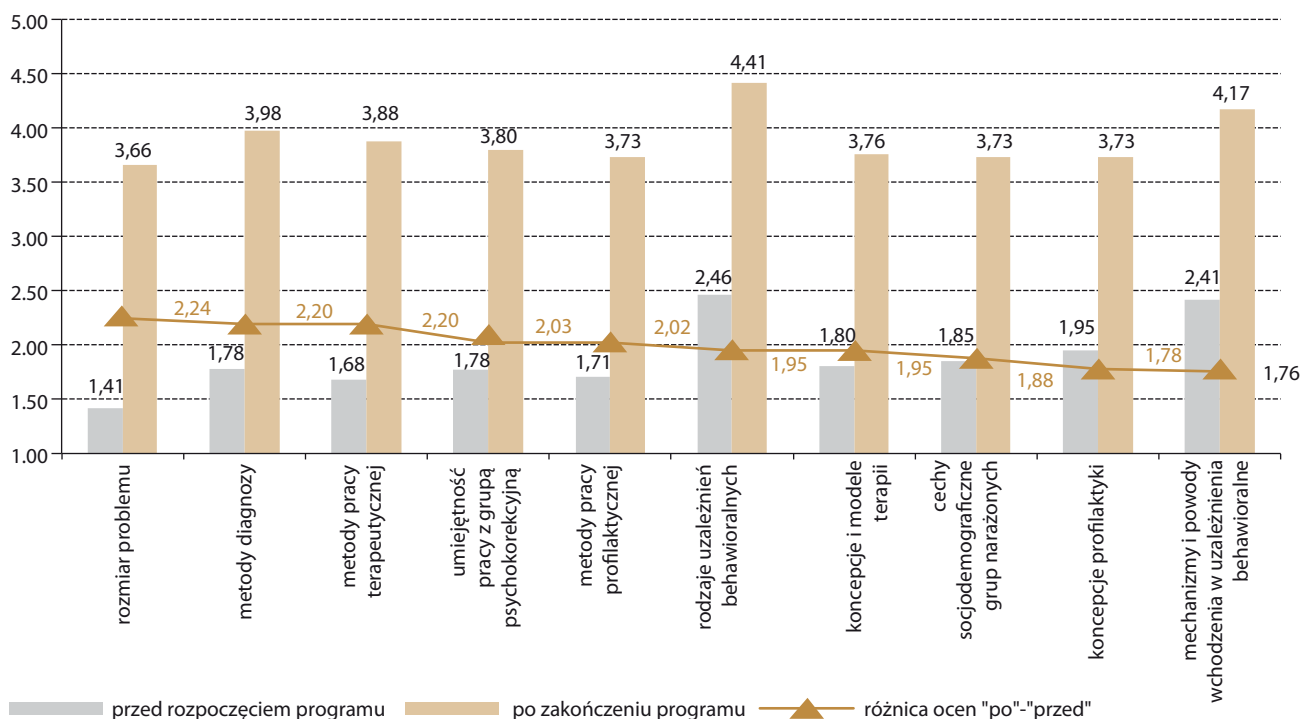
Ocena zmian pod wpływem programu

Elementem kwestionariusza ewaluacyjnego było określenie przez uczestników poziomu swojej wiedzy i umiejętności w 10 obszarach w odniesieniu do dwóch punktów czasowych: przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu. Ocena dokonywana była na pięciostopniowej skali: 1 – zdecydowanie niska ocena, 2 – raczej niska, 3 – średnia, 4 – raczej wysoka, 5 – zdecydowanie wysoka.

Oceniane wymiary dotyczyły następujących kwestii:

- wiedzy na temat rozmiaru problemu uzależnień behawioralnych w Polsce,
- wiedzy na temat metod diagnozy uzależnień behawioralnych,
- wiedzy na temat metod pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi behawioralnie,
- umiejętności pracy z grupą psychokorekcyjną,
- wiedzy na temat metod pracy profilaktycznej z osobami zagrożonymi uzależnieniami behawioralnymi,
- wiedzy na temat rodzajów uzależnień behawioralnych,
- wiedzy na temat koncepcji i modeli terapii uzależnień behawioralnych,

Wykres 1. Ocena zmian pod wpływem programu w 10 obszarach dotyczących problematyki uzależnień behawioralnych.



- wiedzy na temat cech socjodemograficznych grup szczególnie narażonych na ryzyko wejścia w uzależnienia behawioralne,
- wiedzy na temat koncepcji profilaktyki uzależnień behawioralnych,
- wiedzy na temat mechanizmów i powodów wchodzenia w uzależnienia behawioralne.

W zakresie każdego branego pod uwagę obszaru wiedzy i umiejętności uczestnicy zarejestrowali progres.

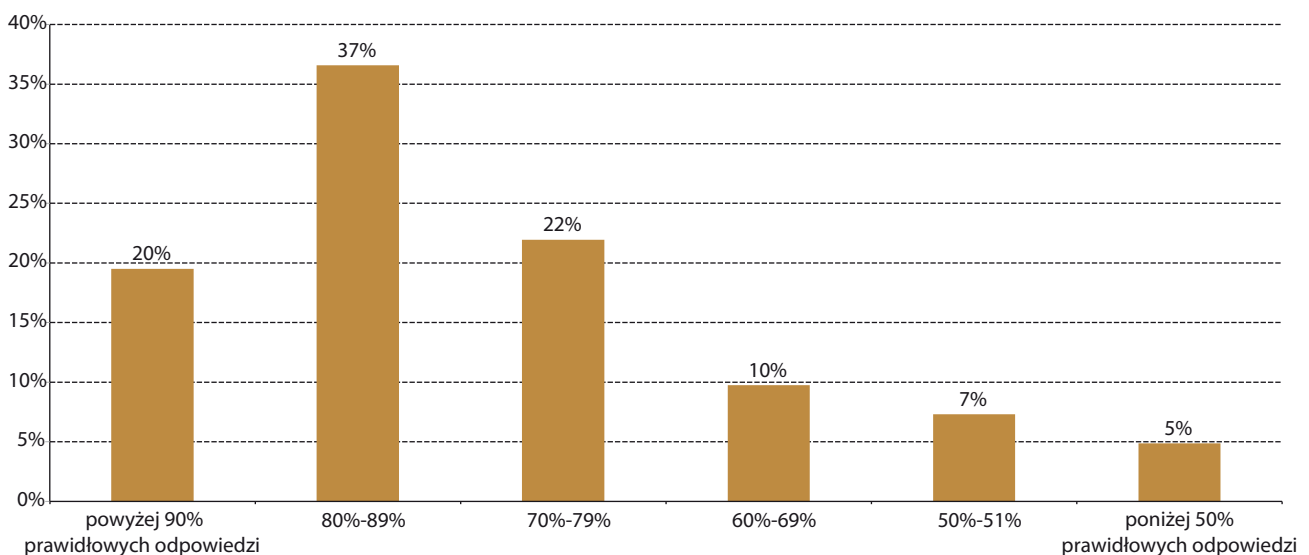
Test wiadomości

Ostatnim elementem badań ewaluacyjnych był test wiadomości. Test składał się z 31 pytań zamkniętych wymagających wskazania prawidłowych odpowiedzi z puli możliwości przypisanych do każdego pytania. Część pytań miała charakter pytań wieloodpowiedziowych.

Uczestnicy uzyskali bardzo dobre wyniki. Spośród 41 osób, które przystąpiły do testu (wykres 2):

- 20% uczestników (8 osób) odpowiedziało prawidłowo na ponad 90% pytań,
- 37% osób (15) udzieliło 80%-89% prawidłowych odpowiedzi,
- 22% (9 osób) odpowiedziało właściwie na 70%-79% pytań,
- 10% (4 osoby) odpowiedziało dobrze na 60%-69% pytań,
- 7% (3 osoby) udzieliło prawidłowych odpowiedzi na 50%-59% pytań,

Wykres 2. Rozkład prawidłowych odpowiedzi w teście wiadomości.



- 2 osoby odpowiedziały prawidłowo na mniej niż połowę pytań (obie na 15 pytań z 31).

Ocena programu – pytania otwarte

Kwestionariusz ewaluacyjny zawierał trzy pytania otwarte:

- Czego zabrakło w programie?
- Jak można by usprawnić program?
- Jakie są mocne strony programu?

W odpowiedziach na pytanie: *Czego zabrakło w programie?*, sformułowano szereg wskazań. Najczęściej pojawiała się uwaga, że w programie za mało było zajęć praktycznych, warsztatowo-ćwiczeniowych. Część respondentów skłonna byłaby – na rzecz rozbudowania bloku praktycznego – ograniczyć blok teoretyczny, część postulowała, by rozszerzyć program i zwiększyć blok praktyczny, korzystając z dodatkowych godzin. Te uwagi świadczą o tym, że uczestnicy czują niedosyt w zakresie nabycia podczas szkolenia konkretnych umiejętności umożliwiających praktyczną pracę profilaktyczną i terapeutyczną, przy czym przede wszystkim podkreślano konieczność rozbudowania programu w części dotyczącej terapii uzależnień behawioralnych. Kilka osób poddało pomysł, żeby zaprosić na zajęcia osobę uzależnioną behawioralnie lub taką, która poradziła sobie z tym problemem. Proponowano też rozszerzenie zajęć koncentrujących się na analizie studiów przypadków.

Odpowiadając na pytanie: *Jak można by usprawnić program?*, często formułowano propozycje mające na celu poradzenie sobie z problemami zgłoszonymi w odpowiedzi na pytanie: *Czego zabrakło w programie?* Dziewięć osób zgłosiło postulat, żeby zmienić proporcję, skracając blok wykładowy i rozbudowując blok praktyczny programu. Często formułowano życzenie, żeby wydłużyć czas trwania programu. Postulowano też, aby prowadzący w bardziej zdecydowany sposób i konsekwentniej reagowali na spóźnienia (ponieważ przeszkadzają w zajęciach). Należałoby też – postulat do prowadzących – konsekwentniej zadawać literaturę do przeczytania i egzekwować zapoznanie się z nią.

W trzecim pytaniu otwartym respondenci udzielali informacji na temat mocnych stron programu. Uczestnicy szkolenia najczęściej (36 wypowiedzi) byli zadowoleni z prowadzących szkolenie. Podkreślano przede wszystkim trzy cechy, którymi charakteryzowali się prowadzący: 1. kompetencja, 2. zróżnicowanie – zarówno praktycy, działający w obszarze profilaktyki i terapii, reprezentanci różnych szkół teoretycznych, jak też naukowcy, pracownicy akademicy, 3. dobry kontakt kadry programu z uczestnikami. Bardzo często za mocną stroną programu uczestnicy uznawali jego warstwę praktyczną, skoncentrowaną na kształceniu umiejętności. Często też chwalono w bardziej ogólny sposób zawartość merytoryczną programu – zarówno blok teoretyczny, jak i praktyczny. Podkreślano dobrą organizację zajęć, przy czym pod pojęciem „organizacja” rozumiano: albo weekendowy harmonogram sesji, albo elastyczność dotyczącą wyznaczania przerw lub możliwość zamiany obecności z sesji sobotnich na niedzielne lub odwrotnie, albo pełny przekaz informacji. Pojedyncze osoby wskazały jako mocną stroną programu fakt, że udział w programie jest bezpłatny, że grupy szkoleniowe były nieliczne, lokalizację realizacji programu, fakt, iż ukończenie programu jest potwierdzane certyfikatem.

Wnioski i rekomendacje

Program szkoleniowy „Profilaktyka i terapia uzależnień behawioralnych” jest wartościową propozycją doskonalenia studentów kierunków kształcących do pracy z ludźmi. Taką opinię wyrażali zarówno uczestnicy, jak i prowadzący.

Program ma charakter kompleksowy – zawiera zarówno elementy wykładowe, które są niezbędne w przypadku wprowadzenia do tematyki (przedstawienie modeli teoretycznych, teorii dotyczących przyczyn i skutków, badań naukowych itd.), jak i seminaryjne i warsztatowo-ćwiczeniowe.

Na uczelniach brakuje programów obejmujących uzależnienia behawioralne, stąd taki kompleksowy program stanowi dopełnienie modułów poświęconych uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Ponadto program obejmuje zajęcia teoretyczne oraz warsztaty praktyczne (techniki i metody wykorzystywane w terapii i profilaktyce), czego w zasadzie nie dałoby się połączyć w standardowych zajęciach uczelnianych. Program jest innowacyjny, przekazując uczestnikom najnowszą wiedzę zarówno praktyczną, jak i teoretyczną.

Należy utrzymać, a nawet rozbudować, blok praktyczny – warsztatowo-ćwiczeniowy, uznawany za największy atut programu.

Sprawdziła się formuła prowadzenia programu w formie zblokowanych sesji weekendowych. W przypadku prowadzenia tego typu zajęć w ramach standardowego przedmiotu uniwersyteckiego, byłyby one albo wykładem, albo seminarium, albo ćwiczeniami, co nie pozwoliłoby na zaprezentowanie tak szerokiego wachlarza tematycznego.

Mocną stroną programu jest wprowadzenie więcej niż jednego wykładowcy, co pozwala na zmianę dynamiki pracy grupy podczas 40 godzin dydaktycznych zblokowanych po 8 godzin (na jedno spotkanie). Różne doświadczenie i obszar specjalizacji wykładowców pozwala na ujęcie tematyki uzależnień behawioralnych z różnych punktów widzenia, m.in. dialogu motywującego.

Z technicznego punktu widzenia trudno byłoby usprawnić program. Jego całość – od procesu rejestracji, poprzez realizację zajęć, a na wydaniu certyfikatu kończąc – odbyła się sprawnie. Rejestrację prowadzono głównie poprzez stronę internetową, ale była możliwość rejestracji poprzez kontakt telefoniczny i mailowy. Terminy zajęć zostały ustalone w taki sposób, żeby nie kolidowały z dniami świątecznymi i długimi weekendami; na miejsce warsztatu wybrano Wydział Psychologii UW, co wpisywało się we współpracę wydziału przy realizacji programu, było to również wygodne i dostępne miejsce. Godziny i dni zajęć (soboty i niedziele)

zwiększały dostępność programu. Kontakt pomiędzy uczestnikami a prowadzącymi poza zajęciami (poprzez e-maile) można ocenić jako bardzo dobry.

Warto by rozszerzyć program o uzależnienie od pracy oraz o uzależnienie od internetu, które jest relatywnie nowym zjawiskiem, wstępnie opisanym w DSM V (w sekcji do dalszej analizy) i doczekało się już wielu badań. Zostało też uznane przez uczestników za zagadnienie bardzo istotne.

Blok warsztatowo-ćwiczeniowy można by rozbudować na dwa sposoby: 1. zwiększając liczbę godzin programu o pięć i przeznaczając je na aktywność warsztatowo-ćwiczeniową, 2. wprowadzając nowy typ aktywności dla studentów, polegającej na przygotowaniu przez nich programu profilaktycznego, wykorzystując do tego informacje przekazane podczas zajęć – głównie dotyczące przyczyn podatności na uzależnienia, czynników chroniących i czynników ryzyka. Byłoby to zadanie wymagające wykorzystania w praktyce zdobytej wiedzy. Taka forma zajęć praktycznych mogłaby mieć charakter „burzy mózgow”, mogłaby również zostać zaproponowana jako forma pracy domowej (czas na dopracowanie szczegółów i przygotowanie materiału w formie multimedialnej). Wymagałoby to jednak dodatkowych godzin (minimum 4 godzin lekcyjnych poświęconych na prace warsztatowe i 4 godzin na prezentacje pomysłów).

W obszarze merytorycznym programu można by zaproponować uczestnikom udział w długoterminowym programie warsztatów – poprzez zaoferowanie absolwentom programu jego części drugiej – zaawansowanej. Dzięki wprowadzeniu podziału na części (zgodnie ze stopniem zaawansowania) uczestnicy mieliby pełny przegląd tematyki – poczynając od bardziej teoretycznego (acz kompleksowego) wstępu i wprowadzającej części warsztatowej, aż po bardziej zaawansowane zajęcia dotyczące pracy z grupą i terapii. Obecna forma programu stanowi bardzo dobry punkt wyjścia do kolejnych warsztatów pogłębiających wiedzę uczestników. Elementem uatrakcyjniającym program byłoby stworzenie strony internetowej (lub zakładki na istniejącej stronie), gdzie uczestnicy mogliby dzielić się informacjami i dyskutować kwestie związane z tematyką programu. Na stronie Fundacji Praesterno znajduje się już zakładka poświęcona zamieszczaniu materiałów szkoleniowych dla uczestników programu. Rozbudowa strony wymagałaby nadzoru osoby pełniącej rolę moderatora.

Uczestnicy programu sugerowali, aby zaprosić na zajęcia osobę uzależnioną (od hazardu, kompulsywnych zakupów lub od innej czynności) w celu przeprowadzenia rozmowy. Realizacja tego pomysłu wymagałaby jednak specjalnego przygotowania grupy w taki sposób, aby nie zaszkodzić osobie uzależnionej. Jeśli uczestnicy programu byłiby studentami wyższych lat psychologii, takie spotkanie o charakterze klinicznym miałoby wymiar edukacyjny. Natomiast jeśli uczestnicy byłiby studentami niższych lat i nie odbyli niezbędnego szkolenia, choćby w zakresie prowadzenia wywiadu psychologicznego, mogliby potraktować takie spotkanie jako spontaniczną rozmowę i nie wziąć odpowiedzialności za swoje uwagi czy komentarze. Niemniej spotkanie i rozmowa z jedną lub więcej osobami, u których zdiagnozowano uzależnienie behawioralne, byłaby bardzo interesującym elementem szkolenia (który mógłby mieć miejsce pod koniec programu). Alternatywą dla zaproszenia osoby uzależnionej mogłaby być prezentacja nagrania wywiadu diagnostycznego przeprowadzonego przez terapeutę z osobą uzależnioną (początki, pierwsze objawy, dynamika wchodzenia w uzależnienie).

Kolejną kwestią wartą rozważenia jest zaproponowanie programu nie tylko studentom, ale także praktykom zajmującym się uzależnieniami behawioralnymi. W takim przypadku można by zmodyfikować program, kładąc większy nacisk na aspekty teoretyczne (modele teoretyczne uzależnień behawioralnych, zwłaszcza od tzw. urządzeń multimedialnych, jak również o psychologiczne podstawy uzależnień dla terapeutów, którzy nie ukończyli studiów psychologicznych, rozbudować opis programów profilaktycznych i założeń teoretycznych, poszerzyć zajęcia o przegląd konkretnych programów terapeutycznych (wykorzystywanych w innych krajach). Pożądanym przez uczestników materiałem jest baza adresowa placówek pomocowych zajmujących się uzależnieniami behawioralnymi.

Program realizowany w roku akademickim 2013/2014 (edycja III i aktualnie trwająca edycja IV) rozszerzono do 45 godzin (6 sesji), rozbudowując moduł poświęcony uzależnieniom od nowych technologii oraz wprowadzając problematykę uzależnienia od pracy. W roku akademickim 2014/2015 planowane jest przeprowadzenie edycji V i VI programu. Szczegóły na stronie www.praesterno.pl/warsztaty.



Projekt społeczny „Wyloguj się do życia”, realizowany przez Fundację FIRST, miał za zadanie uświadomić rosnące wśród młodzieży zagrożenie uzależnieniem od komputera i internetu oraz zachęcić młodych ludzi do szukania autentycznych emocji, relacji i doświadczeń poza światem wirtualnym. W Polsce nikt do tej pory nie podjął tego tematu na tak dużą skalę.

WYLOGUJ SIĘ DO ŻYCIA... CZYLI OGÓLNOPOLSKI PROJEKT SPOŁECZNY O UZALEŻNIENIU OD SIECI I KOMPUTERA

W coraz większym stopniu zjawisko zagrożenia uzależnieniem od sieci i komputera dotyczy młodzieży – aż 38,1% nastolatków w Polsce w wieku 11-16 lat „czuje się bardziej sobą online” niż w kontaktach bezpośrednich z innymi ludźmi (EU Kids Online 2011). Dlatego głównymi adresatami projektu „Wyloguj się do życia” byli uczniowie gimnazjów, czyli młodzież w wieku 13-16 lat – wyjątkowo wymagająca grupa docelowa. Dodatkowo twórcy projektu chcieli dotrzeć z tematem akcji do nauczycieli, rodziców i mediów, aby rozpocząć społeczną dyskusję na temat problemu, o którym do tej pory mało się mówiło.

Z myślą o nastolatkach powstał kilkunastominutowy film edukacyjny, w którym zamiast nauczycieli, popularny raper „Sokół” pokazuje alternatywę dla wirtualnego świata i zachęca do „życia naprawdę”. Oprawiona ekspresyjną, hiphopową ścieżką dźwiękową fabuła opowiada historię dwójki nastolatków – mających marzenia, zainteresowania, przeżywających przygody i pierwsze zauroczenie. Ich życie to dwa mocno skonstrastowane światy – wirtualny i realny. Który z nich jest bardziej atrakcyjny? To otwarte pytanie ma prowokować do dyskusji. W pracę nad filmem zaangażowali się profesjonaliści.

Współtwórcą scenariusza był Jakub Żulczyk, reżyserem – zdobywca Fryderyka – Kuba Łubniewski.

– Czy tak ciężko być sobą w dzisiejszych czasach? Czy naprawdę chcesz wyglądać jak te wszystkie idiotki w sieci? – pytał charyzmatyczny raper Wojtek „Sokół” Sosnowski w filmie edukacyjnym.

Film trafił do ponad 7,5 tys. szkół gimnazjalnych w całej Polsce, czyli do około 1,2 mln uczniów i 133 tys. nauczycieli i pedagogów (dane GUS). W pakiecie nauczyciele otrzymali dodatkowo schemat lekcji, stanowiący inspirację do poprowadzenia zajęć wychowawczych na temat uzależnienia od sieci i komputera oraz prezentację do rozmowy z uczniami na temat problemu.

Aby zwiększyć zainteresowanie tematem, skrócona i zdynamizowana wersja filmu (trailer) została udostępniona w internecie, aby wzbudzić zainteresowanie mediów i internautów. Informacje o projekcie, a także o samym problemie uzależnienia od sieci umieszczane były na platformie komunikacyjnej www.wylogujsie.org. Uruchomiono również fanpage akcji na portalu Facebook. W celu zaangażowania uczniów w projekt został opracowany specjalny konkurs, w którym zadaniem klas gimnazjalnych było stworzenie krótkiego komiksu

rozwijającego nazwę kampanii. Dodatkowo cały projekt był szeroko nagłośniony w mediach. Ambicją autorów projektu było wykreowanie mody na bycie ‘wylogowanym’, czyli korzystanie z dobrodziejstw, jakie oferuje wirtualna rzeczywistość, zachowując zdrową równowagę i nie tracąc kontaktu z prawdziwym światem.

– Żyjąc w XXI wieku nie możemy uciec od internetu i wcale do tego nie namawiamy. Chodzi o to, by zachować zdrowe proporcje. Jeśli ten film choć u części nastolatków sprowokuje pytanie: „Czy życie nie przecieka mi przez palce?” – to będzie dobry punkt wyjścia do zmiany – podkreśla Tatiana Mindewicz-Puacz, prezes Fundacji FIRST. – My tylko zaczęliśmy mówić o problemie. Liczymy na otwartych i świadomych nauczycieli, pedagogów, rodziców oraz wszystkich tych, którzy będą chcieli kontynuować ten temat – dodaje autorka projektu.

Kampania w liczbach

Kampania zwróciła uwagę na problem, wywołała zainteresowanie i żywą dyskusję w mediach i społeczeństwie, a co najważniejsze – trafiła do młodych ludzi. Z ankiet ewaluacyjnych, które wypełniło 1678 uczniów gimnazjów, wynika m.in, że:

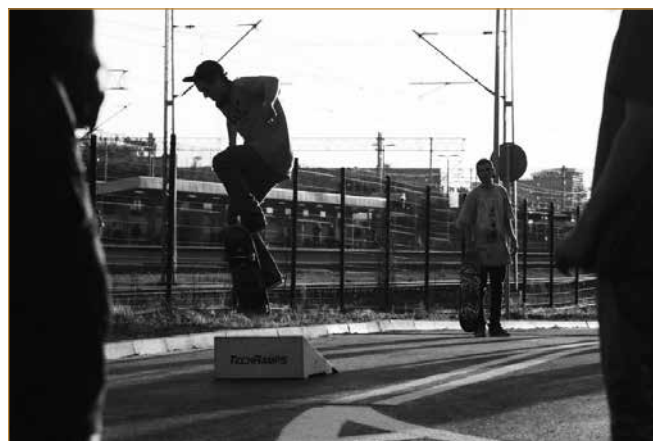
– blisko 85% ankietowanych uważa, że takie kampanie są potrzebne,



– blisko 80% oceniło, że przekaz kampanii do nich trafił,
 – blisko 90% oceniło, że zaangażowanie znanego rapera do kampanii to był dobry pomysł,
 – ponad 70% stwierdziło, że film edukacyjny skłonił ich do myślenia na temat uzależnienia od internetu i komputera.

W internecie profil na Facebooku kampanii zdobył w ciągu trzech miesięcy ponad 8000 fanów. Dwa najpopularniejsze posty miały odpowiednio po 15 464 i 13 376 odsłon. Na kanale YouTube film edukacyjny w ciągu tylko dwóch dni miał ponad 450 tys. wyświetleń, dziś ma ich już ponad 900 tys. Produkcję polubiło ponad 16 tys. osób, a pod filmem pozostawiono 2952 komentarze. Stronę internetową projektu odwiedziło ponad 160 tys. osób, a w konkursie na komiks zgłoszono 154 prace i oddano ponad 54 tys. głosów.

W prasie, radiu, telewizji, internecie ukazało się ok. 150 publikacji na temat projektu oraz problemu uzależnienia od sieci i komputera m.in w: Rzeczpospolitej, Gazecie Wyborczej, Wprost, TVP INFO, TVN24, Polsat, Radio Zet, RMF24, Planeta FM, Polskie Radio, NaTemat.pl, Interia.pl, WP.PL, Onet.pl, Wiadomości24.pl, Dziennik.pl, Gazeta.tv, Money.pl, Codzienna Gazeta Muzyczna, Rap Fundament czy Skate News.



Autorem projektu „Wyloguj się do życia” jest Fundacja Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych FIRST (www.fundacja-first.com). Projekt był finansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będącego w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia, i realizowany we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Więcej informacji na:

www.wylogujsie.org

www.facebook.com/wyloguj



Zaproszenie

Oferta dla organizacji pozarządowych prowadzących profilaktykę uzależnień od środków psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych

Fundacja Praesterno, w partnerstwie z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Wydziałem Psychologii UW oraz Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii, rozpoczyna realizację projektu PROFNET. *Wsparcie organizacji pozarządowych realizujących profilaktykę uzależnień.*

Projekt uzyskał dotację w ramach II edycji programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tzw. Funduszy EOG), wdrażanego przez Fundację im. Stefana Batorego w partnerstwie z Polską Fundacją Dzieci i Młodzieży.

Celem projektu jest wzmocnienie sektora organizacji pozarządowych realizujących profilaktykę uzależnień.

Projekt ma zasięg ogólnokrajowy. W okresie od 4 maja 2014 roku do 30 kwietnia 2016 roku planujemy podjęcie następujących działań (Schemat na sąsiedniej stronie):

- ❖ opracowanie ogólnopolskiej elektronicznej bazy organizacji pozarządowych prowadzących profilaktykę uzależnień. Baza będzie zawierać podstawowe informacje na temat typów podejmowanych przez nie działań profilaktycznych. Obecność w bazie zwiększy dostępność organizacji z naszej branży dla osób i podmiotów zewnętrznych oraz umożliwi lepszą komunikację wewnątrzbranżową,
- ❖ opracowanie narzędzi umożliwiających przeprowadzenie audytu organizacji, przekazanie narzędzi i konsultacje w zakresie audytu dla reprezentantów zainteresowanych organizacji; diagnoza potrzeb szkoleniowych organizacji (zarówno prawno-finansowych, jak i merytorycznych) umożliwiająca opracowanie pakietu szkoleń e-learningowych w tych obszarach, w których organizacje z naszej branży potrzebują wsparcia edukacyjnego; umieszczenie szkoleń w tworzonym w projekcie branżowym portalu internetowym, bezpłatne udostępnienie szkoleń zainteresowanym organizacjom,
- ❖ przedyskutowanie (z organizacjami i innymi instytucjami branżowymi) i opracowanie podstawy programowej szkolenia przygotowującego do wykonywania pracy profilaktycznej, opracowanie wzorcowego programu szkoleniowego i przeszkolenie kandydatów do pracy w profilaktyce uzależnień skierowanych przez zainteresowane organizacje,
- ❖ opracowanie i przekazanie zainteresowanym organizacjom podręcznika ewaluacji programów profilaktycznych, konsultacje w zakresie ewaluacji programów profilaktycznych dla reprezentantów zainteresowanych organizacji; wsparcie zainteresowanych organizacji w przeprowadzeniu procedury umieszczenia realizowanych przez nie wybranych programów profilaktycznych w bazie programów rekomendowanych (pomoc w opracowaniu wniosku, w wykonaniu ewaluacji itp.). Baza programów rekomendowanych jest udostępniona na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=207575>),
- ❖ wsparcie zainteresowanych organizacji w prowadzeniu supervizji zespołów merytorycznych (pomoc w znalezieniu superwizora, sfinansowanie supervizji),
- ❖ promocja branży organizacji profilaktycznych oraz lobbying w środowisku decydentów lokalnych na rzecz finansowania profilaktyki uzależnień wykorzystującej programy o sprawdzonej skuteczności, poprzez organizację konferencji i paneli dyskusyjnych z udziałem zainteresowanych organizacji i przedstawicieli samorządów lokalnych, budowę i popularyzację internetowego portalu branżowego współtworzonego przez zainteresowane organizacje, rozszerzenie problematyki profilaktyki uzależnień w „Serwisie Informacyjnym Narkomania” oraz zwiększenie nakładu Serwisu w celu szerszego dotarcia do środowisk profilaktycznych i lokalnych instytucji samorządowych,
- ❖ opracowanie i kolportaż wśród lokalnych instytucji samorządowych prezentacji programów profilaktycznych o sprawdzonej skuteczności, obecnych w bazie programów rekomendowanych.

Organizacje zainteresowane współpracą i uzyskaniem proponowanego wsparcia prosimy o przesłanie informacji mailowej na adres biuro@praesterno.pl z podaniem danych osoby do kontaktu.

Aktualne informacje o programie znajdują się na stronie www.praesterno.pl.

Koordynator projektu:
Tomasz Kowalewicz, tel. 601 311 454



BENEFICJENCI

N ≥ 1000 NGO
(badania CATI)

wyбір 200 NGO

N = 200 NGO
(badania PAPI)

akces do programu
intensywnego wsparcia

N = 100 NGO

otoczenie
instytucjonalne

DZIAŁANIA

Identyfikacja organizacji pozarządowych, diagnoza typów oddziaływań profilaktycznych, audyt potrzeb

- konstrukcja elektronicznej bazy 1000 NGO działających w obszarze profilaktyki uzależnień
- konstrukcja elektronicznej bazy typów oddziaływań profilaktycznych prowadzonych przez 200 NGO
- wstępna diagnoza potrzeb szkoleniowych 200 NGO

Wsparcie organizacji w doskonaleniu realizowanych przez nie programów profilaktycznych, w tym procesu rekomendacji autorskich programów profilaktycznych

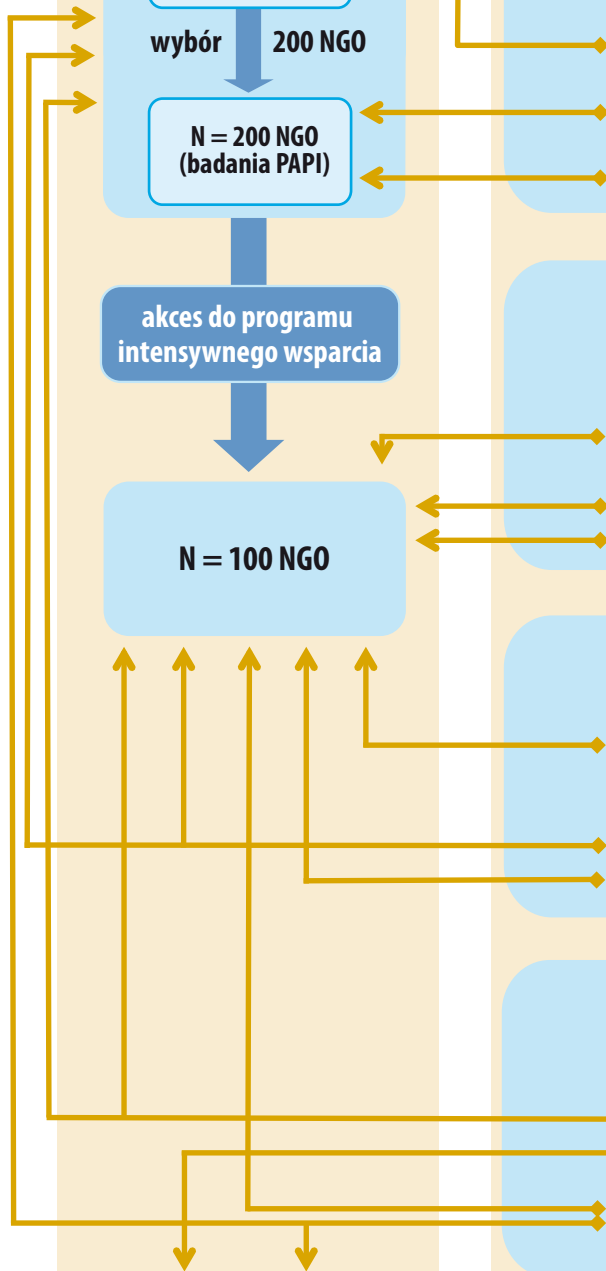
- audyt - szczegółowa diagnoza potrzeb formalnych i merytorycznych wybranych organizacji
- ewaluacja programów profilaktycznych
- wpis 20 programów do bazy rekomendacyjnej

Wsparcie organizacji w doskonaleniu zawodowym ich reprezentantów w zakresie profilaktyki uzależnień

- opracowanie i przeprowadzenie programu szkoleniowego przygotowującego do wykonywania pracy w obszarze wskazującej i selektywnej profilaktyki uzależnień
- opracowanie i wdrożenie kursów e-learningowych
- superwizja realizatorów programów profilaktycznych

Budowa forum wymiany informacji oraz promocji branży pozarządowych organizacji profilaktycznych

- konstrukcja branżowego portalu internetowego:
- treści i funkcjonalności dla organizacji
 - treści informacyjno-promocyjne dla decydentów regionalnych i lokalnych
 - szersza prezentacja problematyki profilaktyki w SIN



TERAPIE OPARTE NA DOWODACH NAUKOWYCH

Publikację „Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych” wydawca określił jako kompendium nowoczesnych metod terapii uzależnień, których skuteczność została potwierdzona w rygorystycznych badaniach naukowych. Składa się na nią ponad dwadzieścia rozdziałów omawiających przekrojowo najważniejsze aspekty postępowania terapeutycznego w odniesieniu do osób uzależnionych.

Poszczególne rozdziały stanowią w większości odrębne całości, co nadaje publikacji charakteru zbioru artykułów popularyzatorskich lub naukowych, omawiających poszczególne etapy i metody terapii uzależnień w kontekście współczesnego stanu wiedzy na temat leczenia uzależnień.

Texty pogrupowane są w sześciu częściach, z czego trzon publikacji stanowią omówienia problematyki diagnozowania oraz poszczególnych metod leczenia i różnic środowiskowych.

Jako wstęp do nich można traktować część pierwszą, w której badania skuteczności terapii przedstawione są od strony teoretycznej. Czytelnik może zapoznać się z tematyką badań na poziomie doboru i jakości metodologii, adekwatności wyników badań klinicznych względem terapii czy porównań wyników.

Zamieszczone w części drugiej teksty na temat diagnozowania, obejmują definicje i klasyfikację zaburzeń oraz zestawienia różnych typów badań przesiewowych i ich wykorzystania w praktyce.

Statystyki występowania i współwystępowania zaburzeń wskazują, że przypadków diagnoz pojedynczych jest stosunkowo niewiele, za to często u pacjentów obserwuje się współwystępowanie więcej niż dwóch zaburzeń. Skuteczność metod diagnozowania dotyczy m.in. możliwości wykrycia jak największej liczby zagrożeń dla zdrowia pacjenta. Dość szczegółowo przedstawiono też zagadnienia zindywidualizowanego podejścia do oceny stanu pacjenta.

W dwóch kolejnych częściach przedstawione są interwencje o potwierdzonej skuteczności.

Część trzecia dotyczy najważniejszych i najpopularniejszych metody oddziaływań – tutaj zawarto podsumowania i zaskakujące niekiedy zestawienia wyników badań skuteczności różnych metod i ich łączenia oraz zwięzłe, lecz rzetelne omówienia przebiegu tych interwencji. Ciekawostką mogą okazać się wyniki skuteczności systemów zachęt stosowanych we wsparciu społecznym, czy przypadki – jak się okazuje dosyć częste – samowyleczeń z uzależnienia.

W części czwartej omówiono działania w specyficznych populacjach i środowiskach, jak: młodzież, studenci, mniejszości etniczne.

Na części piątą i szóstą składają się teksty dotyczące praktyki prowadzenia terapii oraz rodzaj posłowania redaktora tomu – Petera Millera, który podsumowuje stan badań na temat skuteczności terapii i perspektywy rozwoju w tej dziedzinie.

Polską edycję kompendium rozszerzono o dwa dodatki dotyczące sytuacji w Polsce, autorstwa Jadwigi Fudały i Bogusławy Bukowskiej. Wydanie współfinansowały OSI Fundacji Sorosa, PARPA oraz KBPN.

FN



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

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

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

Pismo bezpłatne