



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (70) 2015

NR 2

2015

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

MEDYCZNA MARIHUANA

Wywiad z Markiem Bachańskim 1

Profilaktyka

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE – WSPARCIE DLA SPECJALISTÓW

Artur Malczewski, Maria Wrońska 5

SAMORZĄD – ORGANIZACJE POZARZĄDOWE. WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Tomasz Kowalewicz, Filip Nawara 10

Leczenie, redukcja szkód

WSKAŹNIK ZGŁASZALNOŚCI DO LECZENIA

Anna Strzelecka 14

Prawo

OPINIA BIEGŁEGO W POSTĘPOWANIACH KARNYCH DOTYCZĄCYCH POSIADANIA NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska 18

Uzależnienia behawioralne

NARZĘDZIA DO OCENY RYZYKA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM WŚRÓD MŁODZIEŻY

Iwona Niewiadomska, Joanna Chwaszcz, Weronika Augustynowicz,
Agnieszka Palacz-Chrisidis, Rafał P. Bartczuk, Michał Wiechetek 21

Badania, raporty

KONOPIE INDYJSKIE – STAN OBECNY I WYZWANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Artur Malczewski, Agnese Zile-Veisberga 27

Leczenie, redukcja szkód

SKUTECZNE METODY LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD PRZETWORÓW KONOPI

Bogusława Bukowska 32

Badania, raporty

DRUID – SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM

Filip Nawara 36

Regiony

PROFILAKTYKA I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ WE WROCŁAWIU

Sławomir Pietrzak 42

Recenzja

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE. PROFILAKTYKA I TERAPIA

Iwona Kitala-Dudek 48

DIALOG MOTYWUJĄCY – NOWA PUBLIKACJA III okładka

Internet

INTERNET – LUDZIE Z BRANŻY PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM IV okładka



Z dr. Markiem Bachańskim, specjalistą w zakresie pediatrii i neurologii dziecięcej, pracownikiem Kliniki Neurologii i Epileptologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, rozmawia Elżbieta Szadura-Urbańska.

MEDYCZNA MARIHUANA

– Stosuje Pan w leczeniu pacjentów z padaczką oporną na leki medyczną marihuanę. Na czym polega lecznicze działanie marihuany?

– Marihuana może być stosowana w leczeniu wielu schorzeń, między innymi stwardnienia rozsianego, nowotworów, lekoopornej padaczki. Działanie leczniczej marihuany polega na tym, że wpływa ona na określone receptory w naszym organizmie, w tym na receptor kannabinoidowy pierwszy i drugi (CB₁ i CB₂). Ciekawe jest to, że każdy z nas produkuje naszą wewnętrzną marihuanę. Jednym z takich związków jest anandamid, który w określonych sytuacjach jest wytwarzany przez organizm człowieka. Na przykład, gdy biegamy i doświadczamy uczucia przyjemności, może to być związane właśnie z wytwarzaniem owej wewnętrznej marihuany. W leczeniu tak naprawdę dostarczamy większej ilości tej substancji z zewnątrz, po to, by zadziałała ona na wymienione receptory.

– Receptory te uaktywniają się również, gdy odczuwamy ból?

– Rzeczywiście jest tak, że część z tych receptorów (CB₂) bierze udział w odczuwaniu bólu. To jest właśnie jedno z zastosowań medycznej marihuany – łagodzenie różnego rodzaju bólów, np. towarzyszących chorobie nowotworowej, bólów neuropatycznych.

– W składzie marihuany leczniczej przeważa kannabidiol CBD nad tetrahydrokannabinolem THC. Ten drugi powoduje efekty narkotyczne. Czy to by znaczyło, że od marihuany leczniczej trudniej się uzależnić?

– Konopie indyjskie mają w swoim składzie dużo różnych bardzo ciekawych i nie do końca zbadanych związków. Jednym z wielu tzw. kannabinoidów jest tetrahydrokannabinol THC i drugi z nich – kannabidiol CBD. Te dwa związki są głównymi substancjami medycznej marihuany.

W niektórych dziedzinach medycyny ma zastosowanie głównie kannabidiol CBD. Tak jest przede wszystkim w mojej dziedzinie – neurologii dziecięcej. A w innym postępowaniu leczniczym, np. w leczeniu stwardnienia rozsianego, ta proporcja jest już w stosunku 1:1, natomiast w onkologii występuje wyraźne przesunięcie w kierunku THC. Czyli w zależności od postępowania medycznego może być różnorakie zastosowanie obydwu tych związków. Wszystko zależy od potrzeb leczenia.

– Postawmy więc pytanie wprost: czy medyczna marihuana uzależnia?

– Na podstawie aktualnie dostępnych badań można postawić tezę, że medyczna marihuana w ogóle nie uzależnia, natomiast niektórzy biorą taką możliwość pod uwagę. Rozpatrzmy to sobie zdroworozsądkowo. Przyjrzyjmy się najpierw tej klasycznej marihuanie rekreacyjnej. Żeby uzyskać efekt psychoaktywny, trzeba wypalić skręta. Podczas tego procesu tetrahydrokannabinol trafia do układu nerwowego, do mózgowia, w czasie zaledwie kilku sekund. Wówczas powstaje uczucie tzw. haju. Tak działa marihuana zażywana w celach rekreacyjnych. Natomiast zupełnie inaczej wygląda to w przypadku marihuany leczniczej. Preparaty na bazie marihuany stosujemy doustnie, więc nie ma szans, żeby tetrahydrokannabinol tak szybko trafił do układu nerwowego. Najpierw przecież musi przejść przez przewód pokarmowy, musi być wchłonięty, przejść przez wątrobę. Zanim dotrze on do układu nerwowego, może minąć nawet kilka godzin. Tak więc podnoszenie tego argumentu wydaje się nie do końca uprawnione.

– Jeżeli nawet nie uzależnia, to pewnie – jak prawie każdy lek – ma skutki uboczne.

– Tych skutków ubocznych zażywania marihuany jest mało. Uwaga krytyczna może być taka, że lek jest jeszcze słabo zbadany. Z czasem, gdy będziemy go lepiej poznawać, być może doniesień, publikacji o skutkach ubocznych zażywania też będzie więcej. Na razie u pacjentów leczonych tym

lekiem tylko sporadycznie zauważa się niepokój, pobudzenie, rozdrażnienie, zmniejszony apetyt.

– *Niepokoi mnie, czy te skutki będą zauważane u pacjentów z poważnymi zaburzeniami, np. u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim, u których możliwości komunikowania swoich stanów są ograniczone.*

– Z jednej strony ma pani rację, ale też nie do końca. Rodzice czy opiekunowie tych małych pacjentów bardzo łatwo zauważą pobudzenie czy rozdrażnienie, obserwując swoje dzieci. Nawet jeśli możliwości komunikacji werbalnej tych pacjentów są ograniczone, to skutki uboczne byłyby u nich widoczne chociażby w postaci zmiany napędu psychoruchowego.

– *Do wyobraźni przemawiają badania porównujące działanie marihuany w grupie eksperymentalnej i z placebo w grupie kontrolnej. Okazało się, że efekt placebo tutaj nie występuje. Czy Pana zdaniem te wyniki przemawiają na korzyść stosowania kannabinoidów?*

– Rzeczywiście tak jest, jednak nie mogę stwierdzić, czy ten efekt tak silnie przemawia na korzyść stosowania kannabinoidów. Natomiast z całą pewnością mogę powiedzieć, że jest coraz więcej badań i to dobrych badań z grupą kontrolną, której podaje się zamiast lekarstwa placebo. Wystarczy wejść na strony internetowe (np. www.clinicaltrials.gov) i można znaleźć całkiem sporo informacji z badań nad medyczną marihuaną. Dowiedzieć się także, jakie badania obecnie trwają. Myślę, że jest to istotne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów, żeby tych badań było jak najwięcej.

– *W Lublinie w szpitalu przy ul. Kraśnickiej, pod koniec marca br., przystąpiono do eksperymentalnej terapii medyczną marihuaną z udziałem grupy chorych z odmianą padaczki odpornej na leki. Czy Pan również planuje takie testowanie leków na pacjentach szpitala dziecięcego?*

– Wręcz marzę o tym, aby takie badania wykonać i zawodowo jestem przygotowany do ich przeprowadzenia wśród dzieci z trudno leczącą się padaczką. Takimi pacjentami zajmuję się już długi czas, a lecznicza marihuana jest obiektem moich zainteresowań od ostatnich dwóch lat. Wcześniej przeprowa-

dzałem badania związane między innymi z wprowadzeniem wysokospecjalistycznego leczenia dietą ketogeniczną. Dlatego temat leczenia dzieci z padaczką oporną na leki jest mi bliski. Moim priorytetem jest, żeby przeprowadzić takie badania. A czy to się uda, czas pokaże.

– *Czy to zależy również od stanu prawnego, legalności takich badań?*

– Tak, w dużym stopniu zależy to od stanu prawnego.

– *Na temat legalności stosowania marihuany w celach leczniczych publikowane są sprzeczne opinie. Na przykład Ministerstwo Zdrowia przekonuje, że w Polsce nie ma problemów ze stosowaniem leków na bazie marihuany. Z kolei były minister zdrowia Marek Balicki twierdzi, że jest zgola inaczej.*

– Z punktu widzenia lekarza praktyka nie wygląda to dobrze. Należałoby powiedzieć otwarcie, że jest źle. Tak jak zauważył ostatnio Trybunał Konstytucyjny, w polskim prawie nie ma wyodrębnionego pojęcia „medyczna marihuana” i dlatego dochodzi do kolizji dwóch systemów: prawa i medycyny. Chociaż mogłoby się wydawać, że te dwie wielkie dziedziny powinny ze sobą współpracować, to niestety – tak nie jest. I, nad czym ubolewam, zdarzają się takie przypadki, że osoby, które bez wątplenia są chore – przez to, że na własny użytek uprawiały kilka krzaków konopi – stają przed wymiarem sprawiedliwości. Są z tego powodu sądzone. Taki mamy stan prawny w Polsce. To, że nie ma wyodrębnionej nazwy medyczna marihuana, rodzi szereg niekorzystnych skutków dla wprowadzania marihuany do lecznictwa, a tym samym badań nad efektywnością leczenia, skutkami ubocznymi jej stosowania itd.

– *Nie ma też wyodrębnionego pojęcia „alkohol medyczny”, a to przecież nie przeszkadza w produkowaniu leków na bazie alkoholu.*

– Słuszna uwaga. Mimo wszystko w przypadku alkoholu i marihuany jest inaczej. W polskim prawie obowiązuje restrykcyjna ustawa antynarkotykowa, która praktycznie dopuszcza uprawę jedynie konopi włóknistych, w których zawartość tetrahydrokannabinolu nie przekracza 0,20% w przeliczeniu na suchą masę. Według badań naukowych nawet nieco wyższe wartości procentowe nie są groźne, jeśli chodzi o ryzyko uzależnienia.

Uważam, że w Polsce – wzorem krajów zachodnich – powinna powstać wyspecjalizowana komórka, np. przy Ministerstwie Zdrowia czy w innym urzędzie, która nadzorowałaby użycie medycznej marihuany. Określałaby np. w jakich wskazaniach jest to możliwe i lekarz jakiej specjalności miałby przepisywać lek. Jestem za tym, żebyśmy się w tym zakresie odpowiednio zorganizowali, tak jak jest to np. w Holandii czy w Czechach.

– Poza regulacjami prawnymi ważny jest też chyba aspekt psychologiczny. Hasło „marihuana” bardzo polaryzuje opinię publiczną. Czy nie jest tak, że stąd biorą się opory przed akceptacją wykorzystywania marihuany w celach medycznych?

– Myślę, że ten aspekt psychologiczny jest bardzo ważny. W wielu osobach budzi się lęk, że stosując medyczną marihuanę, sięgamy po narkotyki. Zwróćmy uwagę chociażby na to, co się dzieje ze stosowaniem leków nawet legalnie dopuszczonych do użytku – opioidów, np. morfiny. Jeśli porównamy stosowanie morfiny w leczeniu w naszym kraju do tego, co dzieje się w innych krajach europejskich, to u nas stosunkowo rzadko korzystamy z morfiny w procedurach leczniczych. Ktoś nawet skomentował ten fakt, że w Polsce po prostu musi boleć bardziej. Są też jakieś nie do końca wiadomo skąd biorące się przekonania, że jeśli mamy do czynienia z chorobą nowotworową, to jak długo się da, nie powinno się stosować morfiny. A przecież odpowiednio stosowana, dałaby pożądane dla pacjenta efekty.

– To chyba nie dotyczy tylko Polski. W USA też do niedawna był zakaz stosowania marihuany leczniczej, a jednak lekarze – już wówczas – widzieli w niej szansę dla swoich pacjentów.

– Tak. Są na ten temat bardzo ciekawe badania amerykańskie z początku lat 90. ubiegłego wieku. Ponad 50% lekarzy onkologów deklarowało, że stosowałoby marihuanę, gdyby była ona legalna. Wówczas, kiedy to badanie było przeprowadzane, marihuana w Stanach Zjednoczonych nie była legalna od strony medycznej. Obecnie mamy taką sytuację, że dwadzieścia kilka stanów akceptuje stosowanie medycznej marihuany. Jednak wówczas, kiedy były robione te badania, tak nie było. Ciekawe jest, że wielu onkologów, widząc skutki działania leku, dopuściłoby stosowanie go nawet nielegalnie czy półlegalnie.

– Nie ma zbyt dużo doniesień z badań klinicznych dotyczących leczniczych właściwości marihuany. Pan powołuje się głównie na badania zagraniczne. Czy spełniają one wymóg medycznej rzetelności?

– Jak najbardziej. Przytoczę choćby te najnowsze. Podczas ostatniego spotkania Amerykańskiej Akademii Neurologii, które miało miejsce w kwietniu tego roku w Waszyngtonie, przedstawiono doniesienia z badań, których autorem, wraz z grupą współpracowników, jest Orrin Devinsky. Dla potrzeb tego naukowego przedsięwzięcia zrekrutowano dużą liczbę młodych pacjentów, bodajże 212, z których 137 ukończyło badanie. Było to badanie obserwacyjne, trwało 12 tygodni i polegało na podawaniu kannabidiolu CBD pacjentom ze skrajnie trudno leczącymi się padaczkami lekoopornymi, np. z zespołem Lennox-Gastauta czy zespołem Dravet. Blisko połowa pacjentów doświadczyła zmniejszenia napadów co najmniej o 50%, a biorąc pod uwagę, że były to dzieci z najtrudniej leczącymi się padaczkami, jest to bardzo dobry wynik. U nieco ponad 50% pacjentów odnotowano zmniejszenie się napadów atonicznych w zespole Lennox-Gastauta; podobny wynik uzyskano w przypadku redukcji napadów toniczno-klonicznych w zespole Dravet. Jest to przykład badań rzetelnych, przeprowadzonych na dużej próbie. Ich wyniki są już dostępne w internecie.

– Pacjenci bardzo szybko dowiadują się o nowinkach leczniczych. Obawiam się, że czasami mają zbyt dużo nadziei w związku z tymi doniesieniami, nie zawsze przecież opartymi na rzetelnych badaniach. Tak jest chyba z krążącą w internecie informacją, że olej konopny może cofnąć chorobę nowotworową.

– Powiem w ten sposób: z badań, którymi dysponujemy, wyłania się taki obraz, że wzrost komórek nowotworowych jest hamowany przez wyciągi z konopi, ale są to doniesienia z badań na materiale in vitro. Badań obserwacyjnych, przeprowadzonych na ludziach – nie ma. Być może jest to kwestia najbliższych lat. Można powiedzieć o jakichś sporadycznych doniesieniach na temat zastosowania wyciągów z konopi w leczeniu np. glejaków, ale są to informacje dotyczące pojedynczych pacjentów. Jest takie doniesienie z Hiszpanii, też do znalezienia w internecie. Trzeba również podkreślić, że wielu pacjentów szuka informacji na własną rękę. I na przykład w internecie mogą przeczytać o Ricku Simpsonie, który wyleczył się, jak sam twierdzi, z użyciem tego specyfiku. Ta informacja szybko się rozprzestrzenia.

Nie można ignorować takich doniesień, ale również na podstawie takich przypadków nie można mówić, że jest to oficjalne i zatwierdzone leczenie. Na razie jest to poza oficjalną medycyną. Z drugiej strony, jeżeli jest tak, że ktoś się wyleczył, należy do tego podejść metodycznie, rzetelnie sprawdzić, zbadać, co się stało, dysponując pełną wiedzą na temat pacjenta, który obecnie nie ma już nowotworu. Komentując to z punktu widzenia medycyny oficjalnej – jest to tzw. przypadek anegdotyczny. Takie przypadki należy jednak badać. Myślę, że niebawem olej konopny będzie badany przez oficjalną medycynę.

– Skoncentrujmy się na tym, co z całą pewnością leczy medyczna marihuana?

– Nasza wiedza w tym zakresie bardzo się poszerza i kiedy spotkamy się np. za pięć lat, to jestem przekonany, że informacji na temat medycznej marihuany będzie znacznie więcej. Teraz na pewno można potwierdzić, że lecznicza marihuana łagodzi objawy stwardnienia rozsianego, dobrze działa na niepożądane objawy występujące podczas chemioterapii, gdyż zmniejsza wymioty, łagodzi również bóle w chorobach nowotworowych i neuropatycznych. I co dla mnie najważniejsze – redukuje liczbę napadów padaczkowych, szczególnie w trudno leczących się przypadkach padaczek opornych na leki. Sam mam takich pacjentów. Na co dzień zajmuję się bardzo trudnymi przypadkami i mnie jako neurologa wprost urzekają niektóre sytuacje. Jeden z moich pacjentów, w tej chwili ponad dwuletni Robert, był leczony wieloma lekami. Zastosowaliśmy wobec niego – jeżeli chodzi o klasyczną wiedzę medyczną – w zasadzie wszystko, co mogliśmy. Chłopiec był nawet leczony za granicą. Nic nie działało. I w końcu Robert znalazł się w grupie pacjentów, którzy otrzymywali medyczną marihuanę. Jakież było moje zdumienie, kiedy podczas kolejnej wizyty chłopiec, który do tej pory leżał i miał codziennie dużo napadów, nagle patrzy mi prosto w oczy, jest skupiony. Od razu było widać, że jest pozytywna zmiana. A Robert był jednym z moich najtrudniejszych pacjentów. I taka prosta rzecz jak podanie kropelek... Nie muszę dodawać, jaka to była radość nie tylko dla mnie, ale przede wszystkim dla rodziców.

– Czy takich spektakularnych efektów mogą też oczekiwać chorzy na anoreksję? Bo jeżeli marihuana rekreacyjna zwiększa apetyt, to można spodziewać się jej zastosowania w leczeniu anoreksji.

– Nie ma wystarczających dowodów, żeby stwierdzić, że medyczna marihuana jest skuteczna w leczeniu zaburzeń odżywiania o podłożu psychicznym (anoreksja, bulimia). Natomiast są dowody, sugerujące związek układu endokannabinoidowego z tymi schorzeniami. Gerard i współpracownicy za pomocą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) badali gęstość receptorów kannabinoidowych CB₁ w różnych okolicach mózgu pacjentek z bulimią i anoreksją. Pacjentki te porównywano z grupą kobiet zdrowych. U kobiet z anoreksją i bulimią stwierdzono większą liczbę receptorów CB₁ w obrębie całego mózgowia oraz w obrębie kory wyspy. Być może jest to mechanizm kompensacyjny w stosunku do zaburzonego działania układu endokannabinoidowego. Medyczna marihuana stymuluje apetyt u chorych wyniszczonych w wyniku nowotworów, AIDS, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz choroby Alzheimera.

– Profesor Jerzy Vetulani wypowiada się o marihuanie bardzo entuzjastycznie, i to nie tylko o jej wersji leczniczej. Jaka jest Pana opinia na temat angażowania się w tego typu dyskusje autorytetów naukowych?

– Trudno mi odpowiedzieć na tak zadane pytanie. Na pewno powinniśmy upowszechniać wiedzę na temat medycznej marihuany. Są mi jednak znane również dane na temat marihuany rekreacyjnej, gdzie podkreśla się, że negatywne skutki społeczne jej używania są mniejsze, jeżeli byśmy porównywali je ze skutkami społecznymi wynikającymi z picia alkoholu czy używania nikotyny. Być może profesor Vetulani ma rację, jeżeli tak to przedstawia, biorąc pod uwagę, że z pewnością te fakty są mu znane. Wielu osobom nie są znane. Pan profesor jest nie tylko uznanym autorytetem naukowym, ale ma również bardzo ciekawą osobowość i w sposób niezwykle interesujący prowadzi swoje wykłady. Nie ma powodu, aby ograniczać zaangażowanie naukowców w tego typu dyskusje. Ja ze swej strony wolę, powiedzmy – nie mieszać wątków; mnie najbardziej zależy na upowszechnianiu wiedzy o leczniczej marihuanie.

– Z badaniami na temat marihuany rekreacyjnej jest chyba podobnie jak z badaniami na temat np. czerwonego wina.

– No właśnie, szerokie propagowanie wiedzy na ten temat mogłoby automatycznie zachęcać osoby podatne na uzależnienie od alkoholu do większego spożywania napojów alkoholowych. To jest nóż obosieczny. Ale dla fachowców

dobroczynne skutki polifenoli zawartych w czerwonym winie są oczywiste. Podobnie jest z badaniem innych substancji, które – spożywane w nadmiarze – mogą uzależniać.

– *Stowarzyszenie Wolne Konopie zaangażowało się w upowszechnianie wiedzy na temat medycznej marihuany. Niektórzy publicyści uważają, że chce ono przy okazji zalegalizować marihuanę rekreacyjną.*

– Mam swoje bardzo określone zdanie w tej kwestii. Jednak uważam też, że mnie jako lekarza powinno interesować przede wszystkim to, żeby medyczna marihuana była dostępna dla pacjentów, aby lekarze nie bali się jej stosować. Na tym mi najbardziej zależy. Marihuana była przecież znana

już w medycynie starożytnej. Niestety, dla tego leku był też zły czas. Chodzi o wiek XX, kiedy to uznano go – moim zdaniem niesłusznie – za preparat, który nie przynosi zbyt dużo korzyści. Poza tym w USA został on nadmiernie opodatkowany i wtedy w zasadzie zakończyło się medyczne użycie tego leku. Moim marzeniem jest, aby ten lek na powrót oddać pacjentom. Wracając do tego, co robi Stowarzyszenie Wolne Konopie, to z jednej strony może pojawić się zarzut, że pod przykrywką legalizacji medycznej marihuany próbuje ono ugrać swoje, ale z drugiej wprowadza temat do społecznej dyskusji. Mam nadzieję, że odbędzie się to z korzyścią dla pacjentów, którzy czekają na ten lek.

– *Dziękuję za rozmowę.*

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków stanowią pierwszy system opisu w zakresie wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków, wypracowany na poziomie europejskim. Zostały one opracowane na podstawie przeglądu i syntezy 19 standardów istniejących w krajach uczestniczących w projekcie oraz konsultacji z ponad 400 specjalistami z sześciu krajów UE (ankieta internetowa i grupy fokusowe).

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE – WSPARCIE DLA SPECJALISTÓW

Artur Malczewski

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

Maria Wrońska

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) uczestniczą w międzynarodowym projekcie pt. „Promocja dobrych praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków”, znanym również pod nazwą „Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków” (EDPQS) faza II. Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Informacji i Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków (*Drug Prevention and Information*). Prace nad standardami są realizowane po raz kolejny pod przewodnictwem Uniwersytetu Johna Mooresa z Liverpoolu, we współpracy z 14 organizacjami partnerskimi z Europy.

Pierwszy projekt

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków stanowią pierwszy system opisu w zakresie wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków, wypracowany na poziomie europejskim. W ramach projektu, finansowanego przez Komisję Europejską, Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce Europejskiej (I faza projektu) opracowało w latach 2008–2010 stosowne standardy. Efektem prowadzonych działań było przygotowanie podręcznika. Został on wydany przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w 2011 roku, a rok

później przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w wersji polskiej¹. W pierwszej fazie projektu brało udział Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN). Europejskie Standardy zostały opracowane na podstawie przeglądu i syntezy 19 standardów istniejących w krajach uczestniczących w projekcie oraz konsultacji z ponad 400 specjalistami z sześciu krajów UE (ankieta internetowa i grupy fokusowe). W ramach standardów została opracowana definicja *jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków*. Standardy nie stanowią jednego „rozmiaru dla wszystkich”, lecz unijne porozumienie, które może stanowić dobry punkt wyjścia lub odniesienia w zakresie opracowania wysokojakościowych interwencji profilaktycznych na poziomach krajowych. Standardy wskazują, jak planować, wdrażać i ewaluować interwencje profilaktyczne. Można je wykorzystywać do nowych, istniejących bądź zakończonych działań oraz jako źródło refleksji na temat sposobów, w jakie ludzie i organizacje

tworzą profilaktykę uzależnień od narkotyków. Cele standardów zostały przedstawione w tabeli 1.

Dalsze prace nad Europejskimi Standardami – faza II

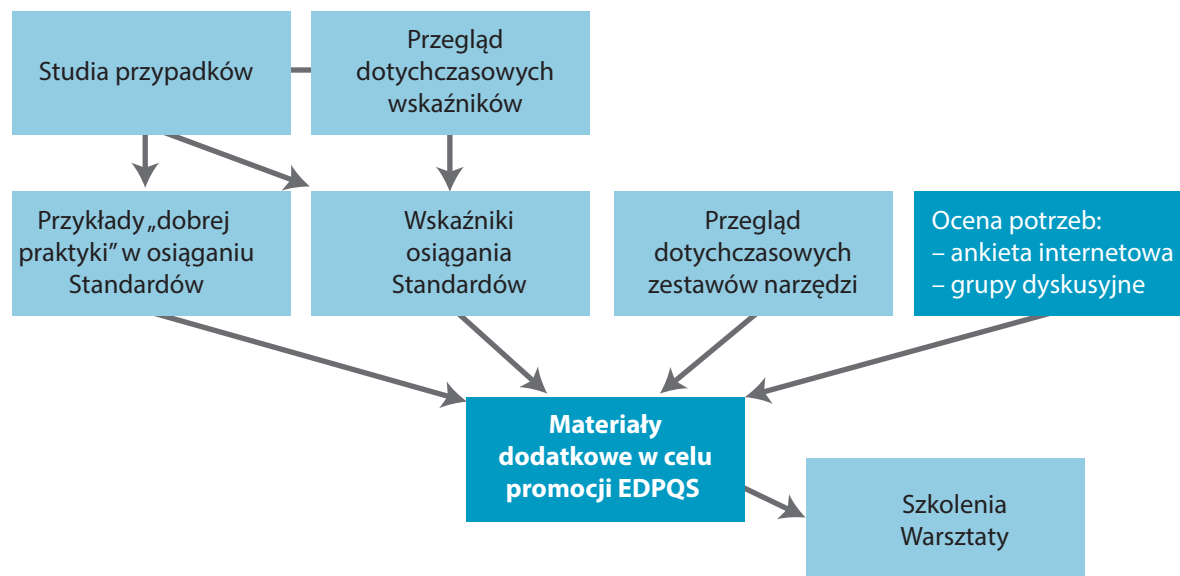
Druga faza projektu realizowana jest przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (Maria Wrońska, Piotr Oniszk), ze wsparciem Centrum Informacji KBPN, co jest przykładem dobrej współpracy między instytucją samorządową (MCPS) a instytucją centralną podlegającą Ministerstwu Zdrowia (KBPN). W ramach drugiej fazy projektu² wykorzystano standardy do przeglądu autentycznych przykładów działań profilaktycznych. Ponadto wykorzystano standardy do przygotowania przyjaznych użytkownikowi i dostępnych materiałów dodatkowych, które pomogą specjalistom europejskim w praktycznym stosowaniu Europejskich Standardów. Opracowano pakiet materiałów szkoleniowych dla konkretnych grup docelowych i przeprowadzono pierwsze

Tabela 1. Cele Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków.

Cel	Zalecany
Informacja, edukacja i instruktaż (np. kierunki na studiach, szkolenie personelu).	✓
Opracowywanie bądź aktualizowanie kryteriów jakości (np. decydenci, sponsorzy).	✓
Autorefleksyjna lista kontrolna (np. zleceńodawcy, twórcy programów).	✓
Dyskusje w grupach (np. kierownicy programów, pracownicy terenowi).	✓
Oceny wyników pracy (np. ocena potrzeb szkoleniowych personelu).	✓

Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

Rycina 1. Metodologia projektu.



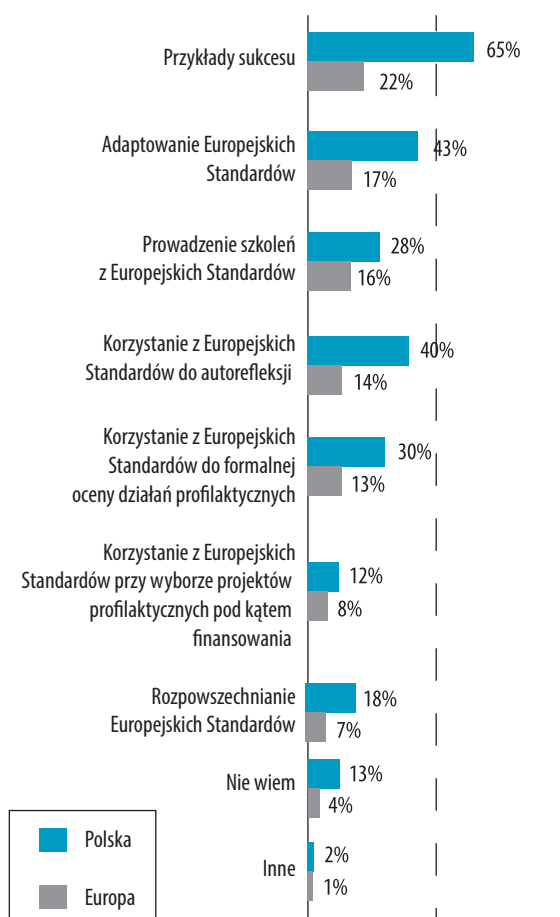
Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

pilotażowe szkolenia z Europejskich Standardów. Materiały są kierowane do:

- twórców strategii profilaktycznych, zleceniodawców i sponsorów w celu finansowego lub innego rodzaju wsparcia wysokojakościowych interwencji profilaktycznych;
- realizatorów działań profilaktycznych w celu dokonania przeglądu własnego postępowania za pomocą Europejskich Standardów;
- szkoleniowców w celu realizacji szkoleń na temat Europejskich Standardów;
- „orędowników standardów jakości” w celu tłumaczenia, adaptacji i/lub promowania standardów we własnym kraju.

Metodologia projektu, przedstawiająca wszystkie etapy działań, została zaprezentowana na rycinie 1. Warto wspomnieć, że w tym roku MCPS wyda krótką wersję podręcznika na temat Europejskich Standardów, tzw. quick guide, który

Wykres 1. Mając na uwadze wdrażanie Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków, jakie materiały dodatkowe byłyby najbardziej przydatne w Pani/Pana pracy?



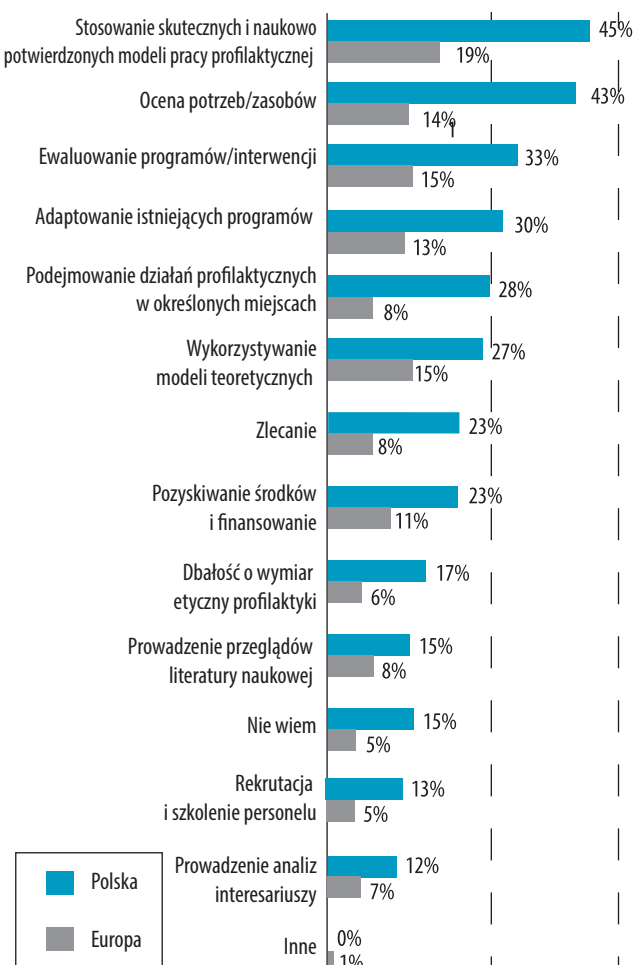
Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

będzie zawierał również informacje na temat drugiej fazy projektu Europejskich Standardów.

Wyniki badania on-line wśród specjalistów

W drugiej fazie projektu w 2014 roku przeprowadzono badania on-line wśród specjalistów zajmujących się profilaktyką. W grupie ankietowanych byli: trenerzy, praktycy, twórcy programów profilaktycznych, kierownicy programów, twórcy strategii profilaktycznych, sponsorzy, badacze oraz inni specjaliści z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków. Łącznie w badaniu wzięło udział 500 respondentów z ponad 30 krajów. Liczba uczestników w poszczególnych krajach wahała się od 49 osób na Węgrzech do 90 w Grecji. W Polsce

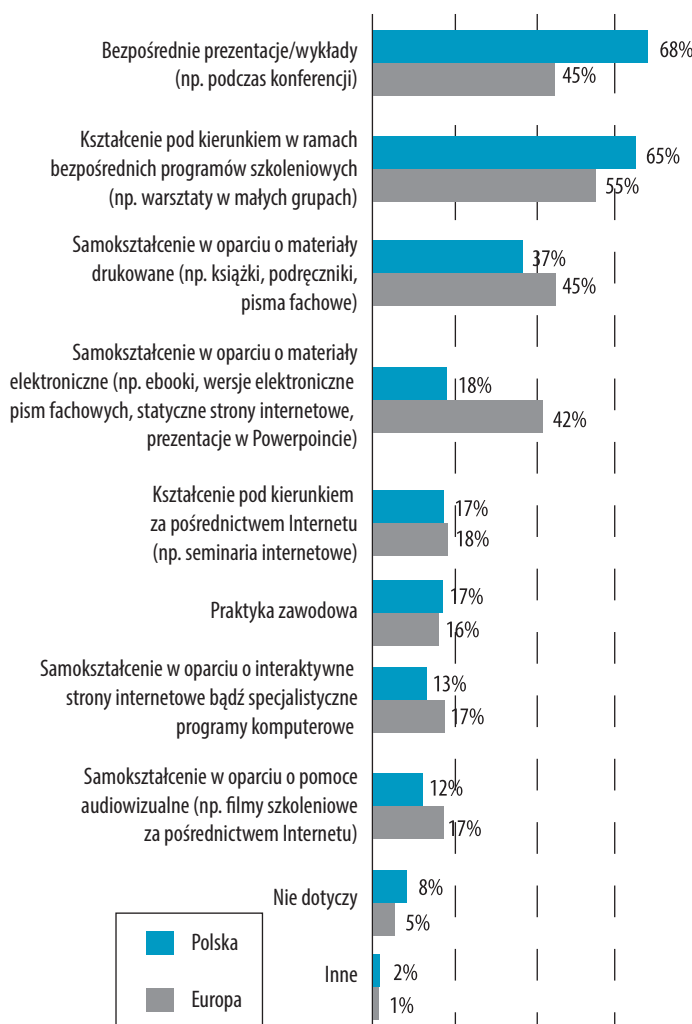
Wykres 2. W jakich obszarach potrzebują Państwo wsparcia, by nabrać więcej pewności siebie i czuć się bardziej kompetentnym we własnej pracy profilaktycznej?



Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

w badaniu wzięło udział 61 osób. Badanych zapytano o materiały dodatkowe, które byłyby najbardziej przydatne w ich pracy, mając na uwadze wdrażanie Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków. Najwięcej respondentów (65%) badania w Polsce wskazało na przykłady sukcesu jako najlepszy materiał dodatkowy przydatny w pracy z wykorzystaniem standardów. Na poziomie europejskim co piąty respondent wskazywał na tego typu materiał dodatkowy (22%). W krajowym badaniu odnotowano także, że adaptowanie Europejskich Standardów może być ważnym elementem ich wdrażania. Standardy, opracowane jako materiały dodatkowe do autorefleksji, również są ważne dla badanych w naszym kraju (40%) – wykres 1.

Wykres 3. W jaki sposób chciał(a)by Pani/Pan poznać Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków?



Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

Celem badania było także określenie, w jakich obszarach osoby zajmujące się profilaktyką potrzebują wsparcia, aby być bardziej kompetentne w swojej pracy. Najwięcej osób z Polski wskazało na zagadnienia dotyczące stosowania naukowo potwierdzonych i skutecznych modeli pracy profilaktycznej (45%) oraz prowadzenia oceny zasobów i potrzeb (43%). Co trzecia badana osoba wskazała na braki w wiedzy na temat ewaluowania programów (33%) – wykres 2.

Jedno z pytań dotyczyło sposobów zdobywania wiedzy na temat Europejskich Standardów. Respondentów zapytano, w jaki sposób chcieliby je poznać. Polscy uczestnicy badania wybierali najczęściej wykłady i prezentacje podczas konferencji (68%), jak również kształcenie poprzez udział w szkoleniach (65%). Wyniki europejskie również wskazywały, że są to formy cieszące się największą popularnością.

Warto zwrócić uwagę, że samokształcenie w oparciu o materiały elektroniczne cieszyło się o wiele większą popularnością w Europie niż w Polsce – wykres 3.

Szkolenia dla specjalistów

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób zajmujących się profilaktyką, przygotowano pakiet szkoleniowy. Treningi dotyczące Europejskich Standardów składają się z modułów, co umożliwia ich przeprowadzenie w postaci jednego lub dwudniowego spotkania. Połowa zajęć prowadzona jest w trybie warsztatowym, dzięki czemu uczestnicy mogą dokonać analizy programu profilaktycznego w oparciu o standardy lub przygotować zarys własnego programu na podstawie wytycznych Europejskich Standardów. Pierwsze pilotażowe szkolenie w ramach projektu zostało zorganizowane przez MCPS i CINN KBPN w lutym 2015 roku. Wzięli w nim udział przedstawiciele samorządu terytorialnego z województwa mazowieckiego i pomorskiego. Polskie szkolenie trwało dwa dni; krótsze szkolenia zostały zorganizowane w Czechach, Grecji na Węgrzech oraz we Włoszech. Wyniki pierwszego szkolenia umożliwiły przygotowanie jego ostatecznej wersji dla różnych grup specjalistów z zakresu profilaktyki. MCPS planuje przeprowadzenie kolejnego szkolenia dla gmin w drugiej połowie roku. Ponadto CINN KBPN będzie prowadziło szkolenia z Europejskich Standardów w Gruzji (lipiec 2015 r.), na Łotwie (początek 2016 r.) i być może na Litwie.

Wyniki grup fokusowych

Jednym z elementów wdrażania Europejskich Standardów było zorganizowanie w krajach uczestniczących w projekcie grup fokusowych. Ich celem było omówienie wyników ankiety on-line i lepsze jej zrozumienie oraz zastanowienie się nad sposobami wdrażania standardów. Wyniki badania fokusowego potwierdziły rezultaty badania on-line. Zdaniem polskich uczestników wywiadu z punktu widzenia wdrażania europejskich standardów ważne są przede wszystkim dwie grupy: przedstawiciele samorządu lokalnego oraz praktycy (realizatorzy programów profilaktycznych oraz ich twórcy). W trakcie dyskusji wyrażane były opinie, że warto docierać do osób decyzyjnych w samorządzie wojewódzkim lub gminnym, aby uświadomić im, czym powinna być dobrej jakości profilaktyka. W celu promocji tej idei należy położyć nacisk na przygotowanie atrakcyjnej oferty w postaci zarówno materiałów drukowanych, jak również multimedialnych. W trakcie grup fokusowych wskazywano także na bariery we wdrażaniu standardów: stereotypowe myślenie, negatywne nastawienie do nakładanych z zewnątrz norm, instrumentalne traktowanie beneficjentów programu. Aby przezwyciężyć sygnalizowane bariery, warto uświadomić realizatorom działań profilaktycznych, że dzięki wiedzy i umiejętnościom zdobytym na szkoleniach dotyczących Europejskich Standardów szybciej osiągną swoje cele (także finansowe) mniejszym nakładem pracy.

Promowanie Europejskich Standardów w Polsce

Na początku października 2014 roku odbyła się w Warszawie międzynarodowa konferencja pt. „Europejskie Standardy

Jakości w Profilaktyce Uzależnień”. Konferencja została zorganizowana przez CINN KBPN oraz MCPS dla jednostek samorządu terytorialnego. Jej uczestnicy z zainteresowaniem przyjęli informacje na temat implementacji Europejskich Standardów oraz ich praktycznego wykorzystania. Podczas konferencji dyskutowano także na temat działań profilaktycznych, realizowanych w Europie, działań z zakresu tzw. redukcji szkód, a także zjawiska nowych substancji psychoaktywnych i doświadczeń państw UE w zakresie przeciwdziałania temu zjawisku. W konferencji udział wzięli eksperci z Austrii, Czech, Irlandii, Słowenii, Gruzji, Litwy, Łotwy, Rumunii, Estonii, Francji, Szwecji, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch oraz Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W sumie w ciągu dwóch dni konferencji zagraniczni prelegenci wygłosili kilkanaście prezentacji dla ponad 100 uczestników. W tym roku konferencja odbyła się w czerwcu i była poświęcona minimalnym standardom jakości w redukcji popytu na narkotyki, które są opracowywane w ramach obecnie trwającej lotewskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Podczas konferencji zaprezentowano również informacje na temat Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków i dyskutowano na temat ich rozpowszechnienia. Wnioski z konferencji zostaną przedstawione podczas spotkania Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków w Brukseli podczas najbliższego spotkania.

Przypisy

- ¹ Publikacja jest dostępna na stronie internetowej Centrum Informacji KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=454227. Osoby zainteresowane otrzymaniem wersji papierowej proszone są o kontakt e-mailowy: nfpp@kbpn.gov.pl.
- ² Lista partnerów projektowych jest dostępna w redakcji.

Tabela 2. Problemy z wdrażaniem standardów oraz proponowane rozwiązania – wnioski z projektu.

Przeszkody (przykłady)	Ewentualne rozwiązania (przykłady)
<ul style="list-style-type: none"> • Brak wiedzy na temat istnienia europejskich standardów bądź sposobów dotarcia do nich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marketing szeptany; umieszczanie informacji dotyczących standardów na istniejących portalach, przekazywanie informacji podczas dotychczasowych szkoleń.
<ul style="list-style-type: none"> • Brak wystarczającej wiedzy na temat standardów; niepewność co do sposobów wykorzystania ich w praktyce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Materiały edukacyjne. • Szkolenia w kierunku zdobycia niezbędnej wiedzy i umiejętności, np. kierowana autorefleksja.
<ul style="list-style-type: none"> • Postrzeganie standardów jako zbyt skomplikowanych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Przyjazne użytkownikowi i dostępne materiały dodatkowe.
<ul style="list-style-type: none"> • Postrzeganie standardów jako obciążenie biurokratyczne, jako nakaz, teorię/abstrakcję. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uwypuklenie praktycznych zastosowań i korzyści wynikających z wdrożenia standardów.

Źródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień faza 2 projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.

W ramach programu PROFNET¹ – inicjatywy, której celem jest poprawa jakości działań realizowanych w Polsce w obszarze profilaktyki uzależnień – organizowane są debaty regionalne mające na celu polepszenie współpracy między samorządem a organizacjami pozarządowymi aktywnymi na polu przeciwdziałania uzależnieniom.

SAMORZĄD – ORGANIZACJE POZARZĄDOWE. WSPÓŁPRACA MIĘDZYSEKTOROWA W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Tomasz Kowalewicz, Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Jak dotąd nie ma powszechnej zgody co do tego, czym jest profilaktyka uzależnień. Pod tym hasłem bowiem finansowane są przez instytucje samorządowe bardzo różnorodnie działania (wykres 1.). Stąd pomysł na przeprowadzenie w ramach programu PROFNET debat regionalnych otwierających forum wymiany informacji między reprezentantami samorządu terytorialnego a organizacjami pozarządowymi prowadzącymi działania klasyfikowane jako profilaktyka uzależnień. Organizatorami debat – poza Fundacją Praesterno, liderem programu PROFNET – są Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oraz znaczące regionalne instytucje samorządowe (w Warszawie – Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, we Wrocławiu – Wydział Zdrowia

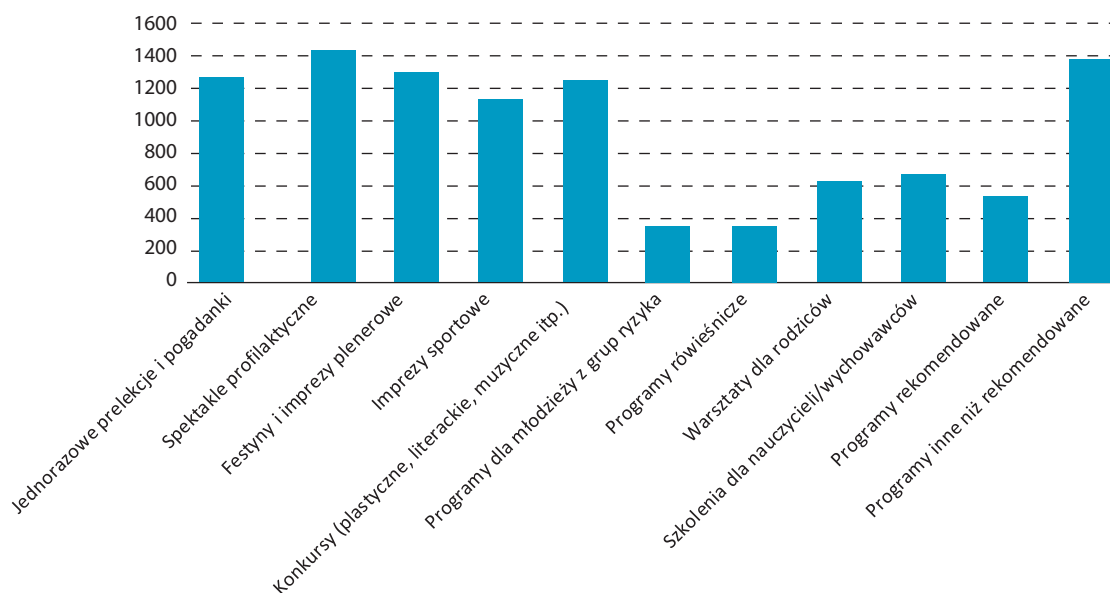
i Spraw Społecznych UM, w Gdańsku – Wydział Rozwoju Społecznego UM, w Łodzi – Regionalne Centrum Polityki Społecznej). Do końca 2015 roku planowane są jeszcze cztery debaty.

Uczestnictwo w debatach przedstawicieli organizacji pozarządowych i władz lokalnych pozwala na całościowe ujęcie problemu działalności profilaktycznej, uwzględniając zarówno specyfikę lokalną, jak i zagadnienia systemowe.

Problemy z diagnozą sytuacji w zakresie uzależnień

W każdej przeprowadzonej debacie prezentowane były dane dotyczące skali problemu i specyfiki używania substancji

Wykres 1. Liczba gmin realizujących poszczególne działania zaklasyfikowane jako profilaktyka uzależnień.



Zródło: J. Terlikowska, K. Okulicz-Kozaryn (PARPA) za: Bogusława Bukowska, Artur Malczewski, Anna Misiurek „Rekomendacje dla Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii”. Debata regionalna. Organizacje pozarządowe w profilaktyce uzależnień, Gdańsk 8.05.2015 r.

Tabela 1. Uczestnicy debat regionalnych przeprowadzonych dotychczas w ramach programu PROFNET.

Miejsce	Termin	Uczestnicy		
		Reprezentanci sektora administracji publicznej	Reprezentanci sektora organizacji pozarządowych	Razem
Warszawa	27 marca 2015 r.	13	18	31
Wrocław	10 kwietnia 2015 r.	15	19	34
Gdańsk	8 maja 2015 r.	27	24	51
Łódź	29 maja 2015 r.	19	32	51
	Razem	74	93	167

Źródło: Opracowanie własne.

psychoaktywnych w regionie. W dyskusjach wywołanych prezentacjami pojawiło się szereg zastrzeżeń dotyczących tych danych lub/i ich interpretacji.

Przede wszystkim wskazywano, że diagnoza oparta na materiałach pozyskanych z gmin (przekazujących roczne sprawozdania z realizacji programów przeciwdziałania uzależnieniom) jest niepełna, ponieważ część gmin nie przekazuje sprawozdań, mimo ustawowego obowiązku. Ponadto część sprawozdań gminnych nie wyróżnia wydatków na przeciwdziałanie narkomanii, przekazując łączne wydatki na przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii. Nieporównywalne okazały się wyniki dwóch badań młodzieży wykonanych w jednym z regionów w oparciu o metodologię ESPAD. Stało się tak z trzech powodów: w przypadku gimnazjów badano uczniów innych poziomów klas (w badaniu z 2007 roku uczniów klas drugich, a w 2011 roku – klas trzecich); pytania dotyczące rodzajów substancji psychoaktywnych różniły się między obiema ankietami; pytania o częstość stosowania substancji psychoaktywnych były odmienne w obu ankietach. W związku z nieporównywalnością trudno jest diagnozować dynamikę zmian w zachowaniach i postawach uczniów wobec środków psychoaktywnych między 2007 a 2011 rokiem.

Podważano wskaźniki przeliczeniowe, np. liczbę osób leczonych z powodu uzależnień na 100 tys. mieszkańców w związku z nieodliczaniem od podstawy wyliczeń emigracji, szczególnie licznej w grupie młodych dorosłych.

W jednym z regionów za błędną uznano interpretację faktu zajmowania pierwszego miejsca w kraju pod względem liczby zgłoszeń interwencji medycznych w przypadku podejrzeń zatrucia „dopalaczami” jako dowodu na szczególnie duże zagrożenie tymi substancjami. Jako rzeczywistą przyczynę zjawiska wskazywano większą świadomość w regionie personelu medycznego i w związku z tym bardziej rzetelną

diagnozę, a nie bardziej nasilony niż w innych województwach problem z „dopalaczami”.

Sygnalizowana polemika z empirycznymi danymi statystycznymi ujawnia konieczność podchodzenia do nich i do opartych na nich interpretacjach z dużą ostrożnością. Dodatkowo pamiętać trzeba, że dostępne dane statystyczne dotyczą najczęściej okresu przeszłego, sprzed 2-3 lat. A ostatnie badania ESPAD zostały przeprowadzone w 2011 roku.

Konkursy, oferty, kryteria

Przedstawiciele I sektora, czyli instytucji przyznających i rozliczających dotacje, prezentowali z jednej strony to, co dla III sektora najważniejsze, czyli obszary, wymogi i procedury przyznawania dofinansowania, z drugiej strony odnosili się do praktyki pracy swoich urzędów, co może być przydatną informacją dla wnioskodawców.

Jedną z powracających kwestii były kłopoty organizacji z wypełnieniem wymogów formalnych. Zdaniem jednego z urzędów jest to niezrozumiałe, ponieważ wymagania opisane w ogłoszeniu konkursu są jasne i czytelne, ponadto zawsze można zadzwonić i uzyskać informacje, które rozwieją wątpliwości, jakie warunki muszą spełniać składane oferty. A problem jest poważny, bo niektóre z błędów w ofercie nie podlegają poprawie przez organizację i dyskwalifikują projekt, choćby nawet merytoryczna zawartość oferty była niezwykle obiecująca. Reprezentanci urzędów podkreślali, że, mimo iż liczba ofert złożonych w konkursie jest ogromna, to każda jest bardzo dokładnie analizowana pod względem formalnym. Karta oceny formalnej stanowi każdorazowo załącznik do ogłoszenia konkursowego. Występujące błędy formalne w ofertach wynikają więc z niedokładnego czytania przez organizacje dokumentacji konkursowej (ogłoszenia wraz z załącznikami) i rzutują na negatywną ocenę wniosku. Wskazywano, że część ofert jest bezbłędna,

co świadczy o tym, że możliwe jest poradzenie sobie przez wnioskodawców z wymogami formalnymi.

Wyjściem kompromisowym jest publikowanie listy wniosków zawierających błędy formalne i umożliwienie wnioskodawcom dokonania niezbędnych poprawek w tych przypadkach, w których błędy nie są na tyle poważne, by definitywnie odrzucić dany wniosek.

Część urzędów stosuje inne rozwiązanie – oferty są sprawdzane pod względem formalnym w momencie osobistego składania ich przez reprezentanta organizacji, co umożliwia przejście wniosku do oceny merytorycznej bezpośrednio po uzupełnieniu braków. Są to praktyki umożliwiające pogodzenie przepisów z interesami organizacji. Część urzędów nie dopuszcza możliwości sprawdzania przez kogokolwiek ofert przed upływem terminu ich składania. Tak więc okazuje się, że procedury konkursowe mogą się różnić w zależności od regionu.

W jednej z debat ujawnił się problem dotyczący koniecznego według warunków konkursów finansowego wkładu własnego wymaganego w składanych wnioskach. Często jako wkład własny deklarowana jest przez organizacje spodziewana dotacja z innych konkursów. Jednak zdarza się, że do momentu rozstrzygnięcia konkursu organizacje nie wiedzą, czy w tych innych konkursach ich wnioski przeszły. W związku z tym wycofują projekty.

Przedstawiciele samorządu wskazywali na stojący przed nimi dylemat: czy finansować dużymi kwotami małą liczbę dużych, dobrych programów, czy posiadane środki dzielić na dużą liczbę małych dotacji przekazywanych dużej liczbie organizacji. W jednej z debat zdecydowanie opowiadano się za pierwszą strategią, w pozostałych przeważało stanowisko kompromisowe – opowiadano się za przyznawaniem nieco okrojonych środków w stosunku do wnioskowanych, by zwiększyć liczbę dotowanych organizacji. Każda z tych dwóch opcji ma swoje wady i zalety. Żadna nie jest w pełni satysfakcjonująca.

Z krytyką organizacji spotkała się praktyka urzędu polegająca na żądaniu zadeklarowanego we wniosku finansowego wkładu własnego w niezmienionej wysokości, mimo przyznania tylko części kwoty dotacji, o jaką ubiegał się podmiot. W takiej sytuacji organizacje postulowały wprowadzenie zasady proporcjonalnego zmniejszenia kwoty wkładu własnego.

Czas realizacji zadania

Ze strony przedstawicieli organizacji często pojawiały się głosy dotyczące za krótkich okresów realizacji zadań

konkursowych. Zwracali oni uwagę na wady konkursów rozpisywanych na rok kalendarzowy. Z prawnego punktu widzenia możliwe jest ogłaszanie konkursów na dłuższe okresy; padały konkretne przykłady takich rozwiązań. Jednak w przeważającej liczbie ogłaszane są konkursy jednoroczne lub nawet krótsze.

Innym problemem podnoszonym przez organizacje jest rozbieżność między obowiązującym terminem rozliczenia działań konkursowych a terminem zakończenia prowadzonych programów. Większość działań profilaktycznych jest realizowana w szkołach, dlatego harmonogram tych działań rozpisuje się na okres roku szkolnego, a on nie pokrywa się z rokiem budżetowym, według którego rozliczane są konkursy. Oznacza to często, zwłaszcza w przypadku oddziaływań kilkietapowych, konieczność rozbijania budżetu lub – co gorsza – przesuwania kolejnych etapów na przyszłe okresy rozliczeniowe. Dodatkową komplikacją jest konieczność corocznego startowania w konkursie i brak pewności uzyskania kontynuacji finansowania programu „w trakcie realizacji” w kolejnym roku. Należy zaznaczyć, że brak pewności organizacji dzielą z docelowymi beneficjentami – adresatami programu. Dodatkową niedogodnością składania wniosku o kontynuację programu jest nierzadko konieczność dostosowania wniosku do zmieniających często wymogów konkursowych. Także dla pracowników urzędu jest to dodatkowy wysiłek angażujący ich czas.

W kontekście rocznych konkursów istotnym problemem zgłaszanym przez organizacje jest skrócenie czasu realizacji działań spowodowane późnym podpisywaniem umów. Większość instytucji samorządowych rozpisuje konkursy po uchwaleniu rocznego budżetu (w ostatecznym terminie do 31 stycznia danego roku). W związku z tym umowy z organizacjami podpisywane są później i nie obejmują stycznia bądź stycznia i lutego, a czasem nawet całego I kwartału.

Proponowane w trakcie debat rozwiązania to z jednej strony zaplanowanie w kilkuletniej strategii gminnej/regionalnej/krajowej finansowania stałych zadań, których zasady nie będą się zmieniały i co do których byłaby pewność, że będą realizowane w kolejnych latach. Z drugiej strony – co jest coraz częstsza praktyką – rozpisywanie konkursów na okresy kilkuletnie.

Problemy związane z wolontariatem

Organizacje skarżyły się, że w zasadach obowiązujących w wielu konkursach nie jest możliwe wykazanie pracy wolontariuszy jako osobowego wkładu własnego, bo oczekiwany

jest wyłącznie finansowy wkład własny. Jest to szczególnie bolesne dla małych organizacji, które nie dysponują środkami finansowymi. To stanowisko zostało odrzucone przez przedstawicieli samorządu, ich zdaniem osobowy wkład własny jest coraz powszechniej dopuszczany w organizowanych przez nich konkursach.

Wskazywano też na barierę biurokratyczną współpracy z wolontariuszami, polegającą na konieczności prowadzenia zróżnicowanej, szczegółowej dokumentacji (umowy wolontariackie, przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego wolontariuszy, niejasność co do oskładkowania umów wolontariackich, zasady opodatkowania świadczeń przekazywanych wolontariuszowi przez organizację). Ta trudność dotyczy nie tylko organizacje, ale i samych zainteresowanych, do tego stopnia, że, jak przedstawiła to jedna z reprezentantek NGO, wolontariusze proszą o „zabranie tych papierów” i odstąpienie od formalizowania współpracy, gdyż chcą po prostu robić to, co uważają za sensowne. W konsekwencji obok trudności w organizacji wolontariatu występuje jeszcze jeden problem – organizacje nie wykazują pełnego wkładu osobowego w realizację projektów.

Wnioski

Przeprowadzone dotychczas spotkania przedstawicieli I i III sektora dotyczące profilaktyki uzależnień w regionach wykazały ich dużą użyteczność. Przede wszystkim umożliwiły one bezpośredni kontakt. Organizacje zobaczyły „żywych ludzi”, którzy stoją za przepisami i którym zależy na jak najefektywniejszym działaniu, a nie na mnożeniu trudności i stawianiu barier przed III sektorem.

Okazało się, że obowiązujące prawo może być kłopotliwe dla przedstawicieli samorządu w takim samym stopniu, jak dla organizacji. Obie strony często widzą podobne wady uregulowań prawnych. W podsumowaniu jednej z debat zaproponowano, by samorząd i organizacje stworzyły koalicję, która wystąpiłaby do władz centralnych z postulatami zmiany tych przepisów prawnych, które utrudniają skuteczne działania.

Przedstawiciele samorządu deklarowali zainteresowanie finansowaniem programów profilaktycznych o sprawdzonej skuteczności, podkreślali jednak, że jest to trudne, bo profilaktycznych programów rekomendowanych jest mało na liście² i nie są one prowadzone na terenie ich regionu. Zdecydowanie optowano za zwiększeniem starań mających na celu wzbogacenie oferty rekomendowanych programów profilaktycznych.

Duży nacisk kładziono na zacieśnienie współpracy na różnych poziomach. Jeśli chodzi o współpracę między I a III sektorem problemem jest – zdaniem członka Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS, zabierającego głos na jednym ze spotkań – niewykorzystywanie przez organizacje pozarządowe istniejących możliwości współpracy i realnego oddziaływania na instytucje samorządowe. Postulowano ściślejszą współpracę z wojewódzkimi koordynatorami ds. współpracy z organizacjami pozarządowymi. Koordynatorzy uczestniczący w debatach potwierdzili gotowość do współdziałania.

Za zjawisko korzystne należy uznać coraz intensywniejszą współpracę z instytucjami Unii Europejskiej. Współpraca Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z UE umożliwiła wdrożenie i upowszechnienie w kraju programów profilaktycznych lub terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności, takich jak „Unplugged, FreD goes net i Candis”. W obszarze monitorowania problemu narkomanii Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura współpracuje z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz wspiera samorządy w diagnozie problemu na poziomie regionalnym i lokalnym. Szczegółowe informacje na ten temat można znaleźć na stronach www.kbnp.gov.pl oraz www.cinn.gov.pl. Ważne jest również, że polskim partnerem projektów europejskich może być nie tylko ogólnokrajowa instytucja publiczna, ale także jednostka samorządu terytorialnego. Przykładem jest udział współorganizatora jednej z debat – Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej – w projekcie „Europejskich standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków” (<http://prevention-standards.eu>)³.

Na koniec warto podkreślić, że debaty przebiegały w przyjaznej atmosferze. Każde ze spotkań kończyliśmy w przekonaniu, że istnieją możliwości poprawy jakości współpracy obu sektorów i towarzyszy temu obustronna wola kontynuacji działań w tym kierunku.

Przypisy

¹ Szczegółowe informacje na temat programu PROFNET są dostępne na stronie www.profnet.org.pl.

² Chodzi o listę programów rekomendowanych prowadzoną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Instytutem Psychiatrii i Neurologii. Ze szczegółowymi informacjami na temat listy można zapoznać się m.in. na stronie Krajowego Biura www.kbnp.gov.pl/portal?id=105944.

³ Ten temat porusza artykuł „Europejskie standardy jakości w profilaktyce – wsparcie dla specjalistów” na stronie 5 niniejszego numeru Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA.

W 2013 roku na leczenie z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków zgłosiło się 2759 osób; 1118 osób zgłosiło się na nie po raz pierwszy (877 mężczyzn i 241 kobiet). Największą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 15-34 lata, przy czym najczęściej na leczenie z powodu używania narkotyków zgłaszały się osoby w wieku 15-19 lat i 25-29 lat.

WSKAŹNIK ZGŁASZALNOŚCI DO LECZENIA

Anna Strzelecka

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

Wskaźnik TDI i cel zbierania danych z lecznictwa

Wskaźnik zgłaszalności do leczenia (*Treatment Demand Indicator* – TDI) jest jednym z pięciu kluczowych wskaźników opracowanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), który umożliwia monitorowanie zjawiska narkomanii w Europie.

Dane z lecznictwa stanowią jedno z ważniejszych narzędzi monitorowania epidemiologii problemu narkomanii. Ich analiza dostarcza bowiem informacji o obrazie i dynamice sceny narkotykowej, pozwala na śledzenie trendów w zakresie wzorów problemowego używania narkotyków, społeczno-demograficznych oraz terytorialnych korelatów zjawiska, a także niektórych jego konsekwencji społecznych i zdrowotnych. Zbieranie danych na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu używania narkotyków wiąże się ze sprawozdawczością Polski do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, a jego metodologia opiera się na standardach wypracowanych przez EMCDDA oraz sieć krajowych centrów monitoringu Reitox, które zostały opublikowane w „TDI Standard Protocol 2.0” oraz „TDI Standard Protocol 3.0”. Wnioski z monitorowania zgłaszalności do leczenia pozwolą na wsparcie informacyjne dla prowadzenia polityki zdrowotnej i społecznej na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym.

Projekt pilotażowy TDI

Projekt pilotażowy TDI rozpoczął się w 2008 roku. W trakcie jego trwania liczba placówek przesyłających dane statystyczne na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu problemu narkotykowego podlegała pewnym fluktuacjom, co przedstawia tabela 1.

W 2012 roku Krajowe Biuro nawiązało współpracę z reprezentantami najbardziej aktywnych placówek uczestniczących w projekcie pilotażowym – tym samym powołano sieć Koordynatorów Wojewódzkich TDI, którzy byli odpowiedzialni za docieranie do nowych placówek, zachęcanie ich przedstawicieli do wzięcia udziału w projekcie, a także szkolenie personelu tych placówek. Dzięki zaangażowaniu koordynatorów liczba placówek obecnych w systemie wzrosła ponad dwukrotnie.

Obowiązek ustawodawczy

Zgodnie z artykułem 24b Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii podmioty prowadzące leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych zostały zobowiązane do współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie gromadzenia i przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia. Akt wykonawczy do ustawy stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 paździer-

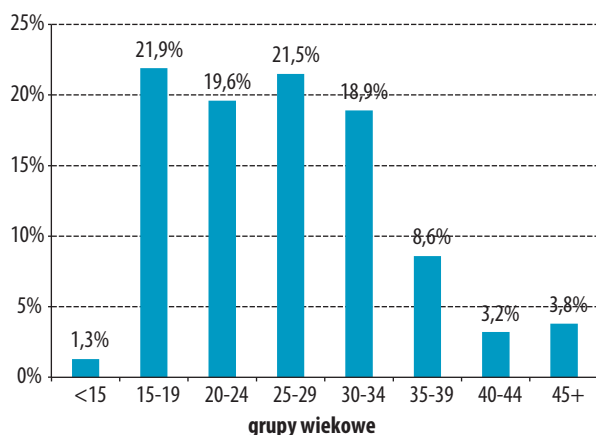
Tabela 1. Liczba placówek biorących udział w projekcie pilotażowym TDI w latach 2010–2013.

	2010	2011	2012	2013
Wszyscy przyjęci na leczenie	1342	2217	2833	2759
Przyjęci na leczenie po raz pierwszy	364	813	1171	1118
Liczba placówek przesyłających dane	21	28	59	49

Zródło: Dane CINN KBPN.

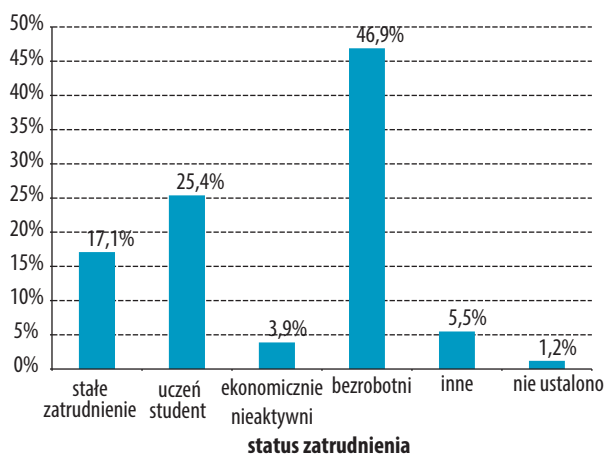
nika 2013 roku w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które weszło w życie 19 stycznia 2014 roku i które szczegółowo określa sposób gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu używania narkotyków. Dodatkowo załącznik do rozporządzenia stanowi wzór indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego osoby zgłaszającej się na leczenie. Rozporządzeniem objęte są podmioty lecznicze pro-

Wykres 1. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania narkotyków w 2013 r. – odsetek pacjentów według grupy wiekowej.



Źródło: Dane CINN KBPN.

Wykres 2. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania narkotyków w 2013 r. – odsetek pacjentów w podziale na aktywność zawodową.



Źródło: Dane CINN KBPN.

wadzące leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych, tj. ambulatoryjne oraz stacjonarne placówki leczenia uzależnień, takie jak: poradnie leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego, specjalistyczne ośrodki leczenia uzależnień, oddziały psychiatryczne i detoksykacyjne. Obowiązek przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu używania narkotyków, a tym samym wypełniania indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego dotyczy sytuacji, gdy dana osoba zgłasza się na leczenie z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych, w rozumieniu substancji wskazanych w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ma być w danym podmiocie leczniczym poddana świadczeniom zdrowotnym z zakresu leczenia uzależnień w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r. poz. 1386 ze zm.). Kwestionariusz wypełnia osoba udzielająca tych świadczeń w danym podmiocie leczniczym. Jej obowiązkiem jest poinformowanie pacjenta o możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza, jeśli w opinii pacjenta naruszają jego sferę intymną czy poczucie godności. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia podmioty lecznicze przesyłają do Krajowego Biura wypełnione kwestionariusze zebrane w danym kwartale, w terminie do końca miesiąca następującego po zakończeniu kwartału. Dopuszcza się jednak ustalenie indywidualnego trybu przekazywania danych w zależności od systemu pracy danej placówki oraz biorąc pod uwagę efektywność sprawozdawczości.

Jak rozpocząć zbieranie danych?

Rozpoczęcie zbierania danych wiąże się z wyznaczeniem przez kierownika podmiotu leczniczego osoby odpowiedzialnej za bieżący kontakt i przekazywanie informacji do Krajowego Biura. W tym celu należy wypełnić formularz zgłoszeniowy (dostępny na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: www.cinn.gov.pl Podstrona: *Epidemiologia, Zakładka: Zbieranie danych z leczenia*) i odesłać go pocztą na adres Krajowego Biura, dokonując tym samym oficjalnego zgłoszenia placówki do systemu. Po otrzymaniu formularza pracownicy CINN KBPN skontaktują się mailowo z placówką i prześlą dalsze instrukcje.

Aplikacja elektroniczna

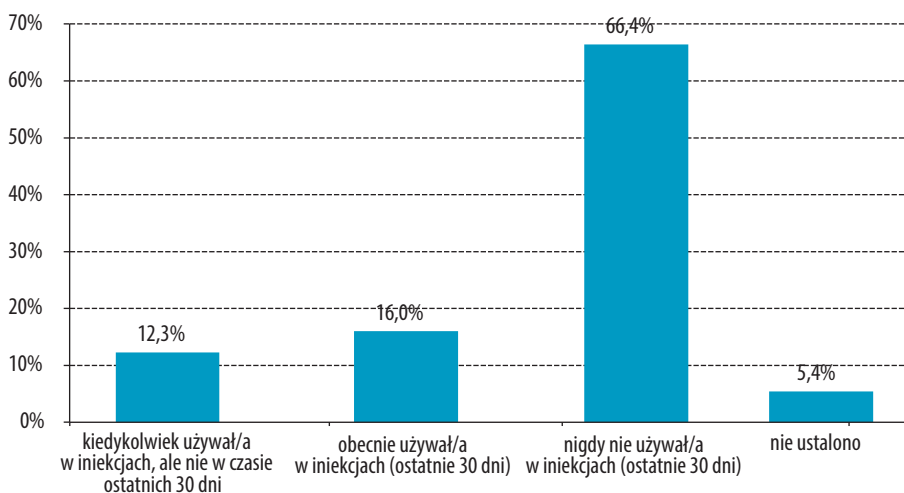
W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowe Biuro przygotowało aplikację elektroniczną służącą do zbierania danych statystycznych w ramach systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu używania narkotyków. Jest ona dostępna on-line i umożliwia wprowadzanie danych za pomocą wypełnianego kwestionariusza TDI poprzez następujące przeglądarki internetowe: Internet Explorer,

Mozilla Firefox oraz Google Chrome i została utworzona w oparciu o funkcjonalności powszechnie wykorzystywane przy budowie kwestionariuszy elektronicznych.

Należy podkreślić, że w celu zachowania poprawności raportowanych danych pola kwestionariusza zostały opatrzone regułami walidacji (formatywnej i logicznej) oraz podpowiedziami zawierającymi merytoryczne objaśnienia na temat zawartych w nich informacji. Ponadto w przypadku wystąpienia ewentualnych błędów w raportowanych danych, osoba, które je wprowadza, otrzymuje stosowny komunikat o braku spójności logicznej pomiędzy wybranymi kategoriami odpowiedzi lub ich nieodpowiednim formacie.

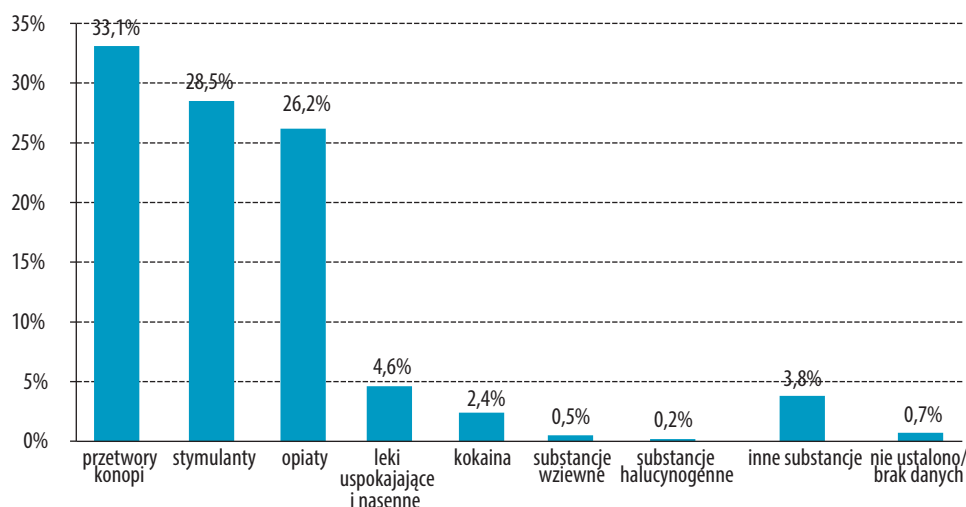
W celu zabezpieczenia danych wszelkie informacje są szyfrowane, co zapewnia ich pełną ochronę oraz integralność

Wykres 3. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania narkotyków w 2013 r. – odsetek pacjentów w podziale na używanie narkotyków w iniekcjach.



Źródło: Dane CINN KBPN.

Wykres 4. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania narkotyków w 2013 r. – odsetek pacjentów w podziale na narkotyk podstawowy.



Źródło: Dane CINN KBPN.

podczas wprowadzania do aplikacji i wysyłania. Aplikacja posiada również wbudowany mechanizm, który umożliwia przechowywanie danych o identyfikatorze pacjenta w postaci zakodowanej (uniemożliwiającej odczytanie) oraz mechanizm szyfrujący pozwalający na bezpieczne łączenie się osoby wprowadzającej dane z aplikacją.

W ramach zbierania danych z leczenia Krajowe Biuro nadaje podmiotom leczniczym indywidualny kod placówki, który zostanie wprowadzony do aplikacji i będzie stosowany w dalszym kontakcie oraz udostępnia link do aplikacji elektronicznej wraz z loginem i hasłem, co stanowi dodatkowe zabezpieczenie dla sprawozdawanych informacji. Zarówno login, jak i hasło są przydzielane indywidualnie osobom odpowiedzialnym za przekazywanie informacji na temat pacjentów zgłaszających się na leczenie, wskazanym przez kierownika danej placówki w formularzu zgłoszeniowym.

Krótki przegląd danych epidemiologicznych z projektu pilotażowego TDI

Dane za 2013 rok dostarczyło 49 placówek leczenia uzależnień, w tym: 27 placówek ambulatoryjnych (25 poradni leczenia uzależnień oraz 2 oddziały dzienne), 22 ośrodki stacjonarne i jeden oddział detoksykacyjny.

W 2013 roku na leczenie z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków zgłosiło się 2759 osób – 2238 mężczyzn oraz 521 kobiet. 1118 osób zgłosiło się na leczenie po raz pierwszy (877 mężczyzn i 241 kobiet).

Największą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 15-34 lata, przy czym najczęściej na leczenie z powodu używania narkotyków zgłaszały się osoby w wieku 15-19 lat i 25-29 lat. Podobnie jak we wcześniejszych latach, również w 2013 roku odsetek osób w wieku poniżej 15. roku życia i powyżej 45 lat zgłaszających się na leczenie był minimalny.

Biorąc pod uwagę status zawodowy osób zgłaszających się na leczenie, dominującą grupę pacjentów stanowiły osoby bezrobotne, a następnie uczniowie i studenci.

Wśród osób, które w 2013 roku zgłosiły się na leczenie z powodu problemu narkotykowego – 16% używało narkotyków w iniekcjach, podobnie jak w 2012 roku (16,7%).

Substancjami stanowiącymi narkotyk podstawowy, tzn. przysparzający użytkownikom najczęściej problemów oraz z powodu którego zgłosili się oni w 2013 roku na leczenie

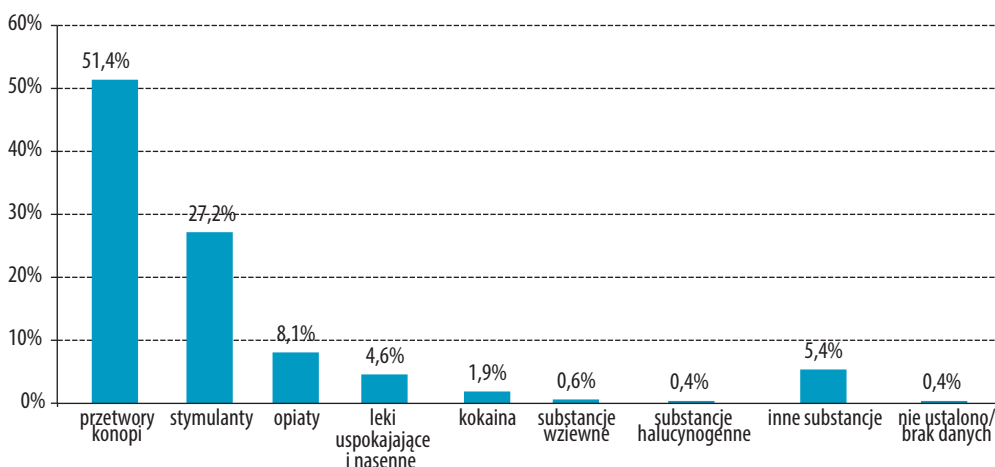
(wszyscy pacjenci), były kolejno: przetwory konopi (33,1%), stymulanty (28,5%) i opiaty (26,2%).

W przypadku osób, które w 2013 roku po raz pierwszy w życiu zgłosiły się na leczenie, substancjami, które przysparzały im najwięcej problemów, były: przetwory konopi (51,4%), stymulanty (27,2%) i opiaty, jednak w dużo mniejszym stopniu – 8,1%.

Kontynuacja współpracy z koordynatorami wojewódzkimi w 2014 roku

W 2014 roku Krajowe Biuro wznowiło współpracę z koordynatorami wojewódzkimi. W połowie listopada i pod koniec grudnia 2014 roku w siedzibie Biura odbyły się spotkania, podczas których omówiono szczegóły dalszej współpracy, jak również doświadczenia z pierwszych szkoleń pracowników nowych placówek w zakresie obsługi aplikacji elektronicznej. Jak dotąd koordynatorzy przeszkolili pracowników blisko 25 nowych placówek, planowane są dalsze szkolenia. Aktualnie w bazie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN znajduje się 177 placówek leczenia uzależnień, w tym: 85 placówek ambulatoryjnych (72 poradnie leczenia uzależnień i 13 oddziałów dziennych), 54 ośrodki stacjonarne, 14 oddziałów detoksykacyjnych, 15 oddziałów psychiatrycznych, 5 poradni zdrowia psychicznego oraz 4 programy leczenia substytucyjnego. W przypadku pytań dotyczących zbierania danych na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu

Wykres 5. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania narkotyków w 2013 r. – odsetek pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy w podziale na narkotyk podstawowy.



Źródło: Dane CINN KBPN.

używania narkotyków można kontaktować się z pracownikami Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura (tdi@kbpn.gov.pl) i bezpośrednio z koordynatorami. Lista koordynatorów, dokumenty i materiały zawierające szczegółowe informacje na temat zbierania danych z leczenia są dostępne na stronie internetowej www.cinn.gov.pl/portal?id=105617 i www.kbpn.gov.pl/portal?id=108862.

Korzystanie z opinii biegłego wymaga wiedzy o wzajemnej relacji sędziego i biegłego. Wiedza ta odgrywa istotną rolę w ocenie użyteczności tzw. dowodu z biegłego, który jest przecież jednym z wielu dostępnych środków dowodowych w polskim procesie sądowym.

OPINIA BIEGŁEGO W POSTĘPOWANIACH KARNYCH DOTYCZĄCYCH POSIADANIA NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Problematyka dotycząca opinii biegłego w postępowaniu karnym ma charakter wielopłaszczyznowy. Przedmiotem artykułu będzie przedstawienie pozycji biegłego, roli jego opinii z perspektywy przestępstwa określonego w art. 62 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹ (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii), zgodnie z treścią którego, kto wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające² lub substancje psychotropowe³, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku⁴. W 2011 roku⁵ ustawodawca dodał do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii art. 62a, który przewiduje możliwość umorzenia dochodzenia lub śledztwa, jeżeli przedmiotem czynu są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, pod warunkiem, że orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

W ocenie Sądu Najwyższego posiadaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej w rozumieniu art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest każde władanie takim środkiem lub substancją, a więc także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia⁶. Posiadaniem środka odurzającego jest każde dysponowanie narkotykiem, bez względu na długość okresu jego posiadania przez sprawcę⁷. Osoba, która posiadała narkotyki na własny użytek i osobiście je użyła, podlega odpowiedzialności karnej na podstawie odpowiedniego ustępu art. 62 tej ustawy, a brak sprawstwa można rozważać tylko w razie wykazania, że osobie, która użyła narkotyku, środek odurzający udostępniono w sposób niezwiązany z przejęciem przez nią władztwa nad tym narkotykiem, czy też podano jej narkotyk wbrew jej woli, a zatem gdy użycie środka narko-

tykowego miało miejsce bez jego posiadania⁸. Wydaje się, że posiadanie występuje zarówno, gdy chodzi o dysponowanie środkiem narkotycznym dla własnej konsumpcji, jak i w związku z chęcią wprowadzenia go do obrotu⁹.

Bez wątpliwości kwestie dotyczące penalizacji posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych od lat budzą wiele kontrowersji w naszym kraju. Tocząca się w tym zakresie dyskusja, skupia się głównie na tym, czy karanie za każde posiadanie wbrew przepisom prawa środków odurzających lub substancji psychotropowych jest właściwe, sprawiedliwe, społecznie pożądane¹⁰.

Opinia biegłego – uwagi ogólne

Konieczność zasięgnięcia opinii biegłego (lub biegłych) w toczącym się postępowaniu karnym jest podyktowana przede wszystkim poziomem trudności danej sprawy, w której niezbędne są wiadomości specjalne, a organ procesowy nimi nie dysponuje. W doktrynie powszechnie przyjmuje się, że wiadomości specjalne to okoliczności przekraczające normalny poziom wiedzy człowieka wykształconego o odpowiednim doświadczeniu życiowym¹¹.

Szczegółowe wymagania co do osoby biegłego zostały określone w przepisie § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych¹². Biegły powinien zatem posiadać teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla których ma być ustanowiony. Nieco inaczej wygląda ocena kwalifikacji biegłego w sytuacji, gdy nie jest powoływany z listy prowadzonej przez Prezesa Sądu Okręgowego, a jest to osoba powoływana w trybie art. 195 Kodeksu postępowania karnego¹³ (dalej: kpk), tzw. biegły *ad hoc*. W takim przypadku ocena posiadania wiadomości specjalnych przez osobę mającą być biegłym w procesie, jest każdorazowo dokonywana przez organ procesowy, który

dopuszcza dowód z opinii biegłego. Wybór konkretnych osób mających pełnić funkcję biegłego, zależy wprawdzie od uznania organu procesowego, ale nie jest to wybór zupełnie swobodny, albowiem organ procesowy, kierując się zasadą najlepszego wyboru, powinien w charakterze biegłego *ad hoc* powołać tego specjalistę, który posiada najwyższe kwalifikacje¹⁴.

Zarówno opinia sporządzona przez biegłego sądowego, jak i biegłego *ad hoc* powinna spełniać wymogi określone w art. 200 i 201 kpk. Zgodnie z treścią powoływanych przepisów opinia powinna zawierać imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego; imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich (w wypadku opinii instytucji – także pełną nazwę i siedzibę instytucji); czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii; sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski oraz podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii. Wydaje się, że najważniejszą częścią opinii jest sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski¹⁵. Opinia w tej części powinna wskazywać przebieg badań oraz metody, którymi posługiwał się biegły, zaś wnioski powinny zawierać odpowiedź na pytania zawarte w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego oraz odpowiednią argumentację¹⁶.

Przepisy prawa przewidują także możliwość dopuszczenia przez organ procesowy (prokuratora lub sąd) dowodu z łącznej opinii biegłych lub też instytucji naukowej lub specjalistycznej. Instytucjami naukowymi lub specjalistycznymi, uprawnionymi na podstawie art. 193 § 2 kpk do wydawania opinii na użytek postępowania karnego, są odpowiednie jednostki organizacyjne Akademii Nauk lub szkół wyższych (np. Uniwersytetów Medycznych – Zakładów Medycyny Sądowej) albo jednostek badawczo-rozwojowych. Możliwość dopuszczenia dowodu z opinii instytucji naukowej lub specjalistycznej powoduje określone konsekwencje procesowe. Jeżeli do wydania opinii sąd powołał podmiot wykonujący działalność leczniczą, to ta jednostka, a nie indywidualny biegły (lub biegli) wydaje opinię i ponosi za nią odpowiedzialność. Biegłych, którzy przeprowadzili badania i opracowali opinię, wskazuje się w opinii. Oni też ją podpisują, jednak mimo to, nie działają we własnym imieniu, gdyż w stosunku prawnym z sądem pozostaje wyłącznie podmiot wykonujący działalność leczniczą, skoro sąd tylko jego zobowiązał do wydania opinii. Wynagrodzenie za wydanie opinii przysługuje temu podmiotowi, nie zaś indywidualnym biegłym¹⁷. Jak już wskazano, przy skomplikowanym charakterze sprawy konieczne jest wydanie opinii przez biegłych różnych

specjalności. Mogą oni wtedy wydać opinię odrębną lub opinię wspólną (kompleksową). O dopuszczalności dowodu z takiej opinii decyduje każdorazowo organ procesowy uwzględniający charakter sprawy.

Opinia biegłego toksykologa

W sprawach dotyczących posiadania narkotyków opinia biegłego, która będzie opinią toksykologa (opinia fizyko-chemiczna), ma za zadanie przede wszystkim ustalić, czy znaleziona u danej osoby substancja jest na liście środków odurzających, wymienionych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, jaka jest jej nazwa i waga netto¹⁸. Nie można wykluczyć sytuacji, w której dana osoba jest przekonana o tym, że kupiła narkotyki, a w rzeczywistości tak nie jest. Jeżeli podczas zatrzymania zabezpieczono właśnie taką substancję, która nie jest narkotykiem w świetle ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wówczas postępowanie w sprawie powinno zostać umorzone, ponieważ nie zostało popełnione przestępstwo.

Po sporządzeniu opinii przez biegłego podlega ona ocenie dokonywanej wyłącznie przez organ procesowy. Jeżeli bowiem opinia jest przekonująca i zupełna dla sądu, który swoje stanowisko w tym zakresie jest w stanie uzasadnić, to okoliczność, że opinia ta nie jest przekonująca dla stron procesowych, nie stanowi przesłanki dopuszczenia kolejnej opinii w sprawie¹⁹. Organ procesowy powinien ocenić, czy opinia sporządzona przez biegłego jest pełna, jasna i nie ma w niej sprzeczności. Ocena, czy pierwsza z przesłanek została spełniona, tzn. czy opinia sporządzona przez biegłego jest pełna, jest dokonywana w oparciu o kryteria, czy biegły odpowiedział na wszystkie pytania postawione przez sąd w postanowieniu o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, na które powinien odpowiedzieć na podstawie przedstawionego mu materiału dowodowego albo czy opinia ogranicza się jedynie do konkluzji bez opisu metody i sposobu przeprowadzenia badania²⁰. Ponadto opinia sporządzona przez biegłego jest oceniana pod kątem jej jasności, co oznacza, że zawarte w niej sformułowania muszą pozwolić na zrozumienie wyrażonych w niej ocen i poglądów, a także sposobu dochodzenia do wniosków końcowych. Opinia jest niejasna wtedy, gdy wnioski końcowe są nielogiczne, nieścisłe lub łączą się z takimi zastrzeżeniami, że nie można ustalić ostatecznego poglądu biegłego²¹. Organ procesowy ocenia także, czy opinia sporządzona przez biegłego nie jest wewnętrznie sprzeczna, tzn. czy odpowiedzi na pytania zawarte we wnioskach wzajemnie się nie wykluczają lub nie są zbieżne z wynikami badań. Skoro bowiem opinia biegłego ma stanowić dowód, w oparciu o który sąd decyduje o meritum

sprawy, to sformułowania, którymi posługuje się biegły, winny być jednoznaczne i logiczne²². W przeciwnym bowiem razie sąd winien podjąć decyzję, o której mowa w art. 201 kpk²³. Ocena, czy wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych w sytuacji, gdy opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzą sprzeczności w opinii lub w odniesieniu do innej opinii, zależy od organu procesowego. Warto w tym kontekście zauważyć, że biegli, sporządzając opinię, powinni mieć na względzie także to, że organy procesowe oraz strony postępowania z reguły nie dysponują znajomością fachowej terminologii.

Opinia biegłego vs. nowelizacja Kodeksu postępowania karnego

1 lipca 2015 roku wchodzi w życie reforma²⁴, która zakłada większą kontrydiktoryjność postępowań karnych. Zwrot ustawodawcy w tę stronę ma spowodować (według ustawodawcy) zobiektywizowanie roli sądu oraz obciążyć strony inicjatywą dowodową, jak i przeprowadzaniem (zawnioskowanych) dowodów i tym samym zwiększyć aktywność stron w postępowaniu karnym²⁵.

Zgodnie z treścią znowelizowanego art. 393 § 3 kpk będą mogły być odczytywane na rozprawie wszelkie dokumenty prywatne, powstałe poza postępowaniem karnym, w szczególności oświadczenia, publikacje, listy oraz notatki, w tym również ekspertyzy prywatne. W doktrynie procesu karnego, ustalając zakres pojęciowy terminu prawniczego „opinia prywatna”, przyjmuje się, że chodzi o opinię sporządzoną przez rzeczoznawcę (specjalistę lub biegłego) na zlecenie uczestnika procesu karnego, niebędącego organem prowadzącym postępowanie karne, na danym jego etapie²⁶. Jest to istotne *novum* w polskim systemie prawa karnego procesowego, w związku z czym pojawia się szereg wątpliwości co do procedury certyfikacji i recertyfikacji biegłych, a także dostępu stron do materiału dowodowego w kontekście zasady równości broni²⁷. Może się bowiem stać tak, że w lepszej sytuacji znajdzie się oskarżony, którego będzie stać na zamówienie korzystnej dla niego opinii²⁸. Należy jednak mieć na uwadze, że sporządzona przez biegłego opinia prywatna nie stanie się automatycznie częścią materiału dowodowego. Zależne to będzie od decyzji prezesa sądu (w ramach art. 352 kpk), przewodniczącego składu albo sądu (art. 368 kpk). Ponadto sąd praktycznie w każdej konkretnej sprawie będzie musiał zastanawiać się, czy biegły, który sporządził opinię, miał ku temu odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie, poziom moralny i w swych rozważaniach sąd nie będzie mógł pominąć metodologii i zaplecza techniczne-

go, jakim posłużył się ekspert²⁹. Należy ponadto pamiętać, że wprowadzona przez nowelizację zmiana modelu na kontrydiktoryjny nie pozbawi stron opcji składania wniosków dowodowych o powołanie biegłego z urzędu. Najbliższe miesiące funkcjonowania nowych przepisów kpk pokażą, czy zasygnalizowane powyżej obawy znajdują potwierdzenie w praktyce.

Podsumowanie

Korzystanie z opinii biegłego wymaga teoretycznej lub względnie jasnej wiedzy o wzajemnej relacji sędziego i biegłego³⁰. Wiedza ta odgrywa istotną rolę w ocenie użyteczności tzw. dowodu z biegłego³¹, który jest przecież jednym z wielu dostępnych środków dowodowych w polskim procesie sądowym. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy, opinia biegłych nie może być zastępowana innymi środkami dowodowymi, np. zeznaniami świadka³².

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U.2012.124 z późn. zm.
- ² Środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ³ Substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ⁴ Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że ustawodawca nie określił, w jaki sposób należy rozumieć sformułowania „znaczna ilość” czy „wypadek mniejszej wagi”, co w praktyce orzeczniczej powoduje różną wykładnię art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ⁵ Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. Nr 117, poz. 678.
- ⁶ Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, LEX nr 686664.
- ⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 31 stycznia 2012 r., II AKa 211/11, KZS 2012/4/34.
- ⁸ J. Raglewski w głosie do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, za B. Kurzępa, (w:) Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz (red.) A. Ważny, Warszawa 2012, s. 418.
- ⁹ B. Kurzępa (w:) Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz (red.) A. Ważny, Warszawa 2012, s. 436.
- ¹⁰ Szerzej nt. prawnych aspektów posiadania narkotyków w Serwisie Informacyjnym Narkomania, numer 4 z 2012 r., artykuł pt. „Zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii – artykuły 62 i 62a”, dostępny na stronie http://www.narkomania.org.pl/sites/default/files/czasopisma/zalaczniki/serwis_informacyjny_narkomania_4-2012.pdf
- ¹¹ K. T. Boratyńska (w:) Boratyńska K.T., Górski A., Sakowicz A., Ważny A., Kodeks postępowania karnego. Komentarz, Warszawa 2012, s. 466; Hofmański P., Sadzik E., Zgryzek K., Kodeks postępowania karnego. Komentarz. Tom I, Warszawa 2007, s. 912.
- ¹² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych, Dz.U. Nr 15, poz. 133.
- ¹³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U.1997.89.555 z późn. zm.

- ¹⁴ P. Mierzejewski, K. Cioch., Opinia biegłych psychiatrów w procesie karnym w świetle kpk z 1997 r., WPP 1999, nr 3-4, s. 68.
- ¹⁵ W. Grzeszczyk, Kodeks postępowania karnego. Komentarz, wersja on-line LexPolonica, komentarz do art. 200 kpk.
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 stycznia 2002 r., II AKz 779/01, OSA 2002, Nr 8, poz. 63.
- ¹⁸ Chodzi o wagę netto znalezionej podczas zatrzymania środka odurzającego. Waga netto może być mniejsza od wagi brutto nawet o 1/3, co może mieć znaczenie w kwestii ubiegania się o umorzenie bądź warunkowe umorzenie postępowania karnego.
- ¹⁹ Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 8 maja 2001 r., II AKa 130/01, OS Prokuratura i Prawo. 2001, Nr 11, poz. 21.
- ²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 1998 r., II KKN 225/96, OS Prokuratura i Prawo. 1999, Nr 3, poz. 13; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lipca 2007 r., II KK 321/06, KZS 2007, Nr 12, poz. 28.
- ²¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 1 września 1975 r., Z 24/75, OSNKW 1975, Nr 12, poz. 172; wyrok Sądu Najwyższego z 12 maja 1988 r., II KR 92/88 OSNPG 1989, Nr 2, poz. 35.
- ²² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2002 r., IV KKN 308/99, System informacji Prawnej LEX nr 56851.
- ²³ Zgodnie z art. 201 kpk. jeżeli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych.
- ²⁴ Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2013.1247 z późn. zm.
- ²⁵ I. Lipowicz (w): Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty, Warszawa 2014, s. 5.
- ²⁶ J. Zagrodnik, Problematyka prywatnego gromadzenia dowodów w procesie karnym, [w:] Dowody w procesie karnym. Nowe rozwiązania i niewykorzystane możliwości, Katowice 2005, s. 67.
- ²⁷ A. Podemska, Opinia biegłego w nowym modelu postępowania karnego, Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne, Nr 8 (1/2014), s. 39.
- ²⁸ P. Hofmański, Gwarancje prawa do obrony w świetle zmian Kodeksu postępowania karnego zawartych w ustawie z dnia 27 września 2013 r. (w): Prawo do obrony w postępowaniu penalnym. Wybrane aspekty, Warszawa 2014, s. 15.
- ²⁹ A. Podemska, Opinia biegłego w nowym modelu postępowania karnego, Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne, Nr 8 (1/2014), s. 46.
- ³⁰ K. Jaegermann, Opiniowanie sędowo-lekarskie. Eseje o teorii, Warszawa 1991.
- ³¹ T. Widła, Ocena dowodu z opinii biegłego, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1992.
- ³² Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 lipca 2006 r., V KK 486/05, OSNwSK 2006, Nr 1, poz. 1370.

Artykuł powstał na podstawie podręcznika „Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem”, stworzonego w ramach projektu „Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem”, realizowanego przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum, współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia. Szczegółowe informacje na temat wypracowanych w ramach projektu metod można znaleźć na stronie www.natanaelum.pl.

NARZĘDZIA DO OCENY RYZYKA ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z HAZARDEM WŚRÓD MŁODZIEŻY

*Iwona Niewiadomska, Joanna Chwaszcz, Weronika Augustynowicz,
Agnieszka Palacz-Chrisidis, Rafał P. Bartczuk, Michał Wiechetek*

Problem hazardu w Polsce

Coraz większym problemem współczesnej Polski jest wzrastająca liczba osób, szczególnie młodzieży, zagrożonych problemowym i patologicznym hazardem. Jak wykazują badania, uczestnictwo w grach typu hazardowego jest wśród młodzieży zjawiskiem dość rozpowszechnionym. O dużym zasięgu uczestnictwa młodych osób możemy mówić przede wszystkim w odniesieniu do dwóch typów gier: Lotto i konkursów SMS-owych, w których udział deklaruje blisko dwie piąte ogółu badanych. Nieco mniejszą popularnością cieszą się wśród młodzieży automaty i gry w internecie, choć również w tych przypadkach możemy mówić o dużym zakresie uczest-

nictwa, sięgającym niemal jednej czwartej ogółu (Hipsz, Badora, Gwiazda 2010, s. 133). W 2011 roku według badania Centrum Badań Opinii Społecznej, które zostało przeprowadzone na próbie 1189 osób w ramach projektu „Aktualne problemy i wydarzenia”, w grach losowych na pieniądze brał udział co drugi badany (Gwiazda, 2011). Z kolei według badań prowadzonych przez CBOS w 2012 roku „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych” w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie blisko jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku 15 i więcej lat grała w gry na pieniądze. W skali kraju ponad 50 tys. Polaków jest

silnie uzależnionych od gier hazardowych, a kolejne prawie 200 tys. – to osoby narażone na ryzyko uzależnienia (Badora i wsp., 2012). Jak wynika z przeprowadzonego w 2011 roku przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum ogólnopolskiego badania realizowanego w ramach projektu „Polskie zasoby instytucjonalne i osobowe w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, w tym hazardu” w każdym roku zwiększa się liczba osób zgłaszających się do placówek terapii uzależnień z powodu nadmiernego zaangażowania w hazard (Lelonek-Kuleta, Chwaszcz, 2011). Czynnikiemami zwiększającymi ryzyko wystąpienia problemowego i patologicznego hazardu jest duża dostępność oraz prostota zasad grania cechująca większość gier hazardowych, jak również niska społeczna świadomość negatywnych skutków grania. Wśród czynników natury psychologicznej należy wyróżnić m.in.: niską samoocенę, poczucie osamotnienia, niedojrzałość emocjonalną, dążenie do osiągnięć – chęć bycia najlepszym, poszukiwanie nowych wrażeń, chęć przynależności i akceptacji w grupie. Z literatury przedmiotu wynika, iż wymienione powyżej uwarunkowania psychologiczne są również istotnym elementem okresu dorastania.

Młodzież, znajdując się w specyficznym okresie swojego życia, doświadcza sytuacji podwójnie trudnej, gdyż staje wobec problemów o charakterze rozwojowym, a także problemów wyznaczanych przez kształt ponowoczesnego, zglobalizowanego świata, w którym żyje (Wysocka, 2010). Młodzież w wieku 16-19 lat znajduje się w okresie rozwojowym zwiększonego ryzyka uzależnieniami psychoaktywnymi (od alkoholu, narkotyków, tytoniu, leków) oraz czynnościowymi (od internetu, telewizji, gier komputerowych, hazardu, zakupów, seksu). Stąd istotne jest, aby osoby młode odpowiednio wcześniej objąć oddziaływaniami profilaktycznymi. Dobrze zaplanowane działania profilaktyczne powinny opierać się na rzetelnie przeprowadzonej diagnozie, aby dostosować sposób działania do realnych problemów odbiorców. Obecnie w Polsce jest duże zapotrzebowanie na metody diagnostyczne skierowane do osób grających w gry hazardowe. Szczególnie odczuwany jest brak metod diagnostycznych przeznaczonych dla młodzieży, które pozwoliłyby na wczesne wykrycie osób znajdujących się w grupie ryzyka, a poprzez to wdrożenie odpowiednich oddziaływań profilaktycznych. Aktualny stan rzeczy wskazuje na zbyt późne wykrywanie problemu i koncentrację na terapii osób grających problemowo i patologicznie. Wczesna diagnoza czynników ryzyka, już na etapie adolescencji, pozwoliłaby na podjęcie działań profilaktycznych, zapobiegających rozwojowi uzależnienia, co jest niezwykle ważne w kontekście zdrowia publicznego.

Stworzenie baterii wartościowych psychometrycznych metod daje możliwość pogłębienia wiedzy z zakresu podejmowanej problematyki i planowanie działań adekwatnych do trzech rodzajów profilaktyki – uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Metody te powinny być również skonstruowane w sposób umożliwiający ich wykorzystanie przez osoby zawodowo pracujące z młodzieżą, w tym psychologów, pedagogów, nauczycieli, profilaktyków. Jest to szczególnie ważne ze względu na stały kontakt tych osób z młodzieżą i duże możliwości związane z wdrażaniem oddziaływań profilaktycznych.

Opis realizowanego projektu

W odpowiedzi na opisane powyżej potrzeby Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum zrealizował projekt „Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem”, współfinansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Efektem podjętych działań jest polska adaptacja czterech metod: *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – Kwestionariusz Motywów Hazardowych; *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu; *Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – Kwestionariusz Przekonań i Postaw wobec Hazardu oraz *Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – Skala Myśli Związanych z Hazardem.

Metody te powstały w efekcie przeprowadzenia dwukrotnych badań w okresie październik – listopad 2013 roku oraz kwiecień – maj 2014 roku na reprezentatywnej próbie uczniów szkół ponadgimnazjalnych z województwa lubelskiego. W celu uzyskania wyników najbardziej zbliżonych do rzeczywistych przeprowadzono losowanie badanych, podczas którego uwzględniono takie kryteria, jak: wielkość miejscowości, w jakiej znajduje się szkoła (małe miasto i wieś do 5 tys. mieszkańców/duże miasto pow. 5 tys. mieszkańców); rodzaj szkoły (publiczna/niepubliczna); zdawalność egzaminu końcowego (poniżej 50%/powyżej 50%); typ szkoły (szkoła zawodowa/liceum ogólnokształcące/technikum).

W trakcie badania wykorzystano szereg metod ujmujących zjawisko hazardu oraz metryczkę z danymi socjodemograficznymi. Głównymi metodami były cztery wyżej wymienione narzędzia dotyczące zjawiska hazardu, przetłumaczone z języka angielskiego, zgodnie z procedurami adaptacyjnymi obowiązującymi w psychologii. Narzędzia te wyselekcjonowano z dużej grupy metod dostępnych w literaturze przedmiotu.

Wszystkie badania zrealizowano grupowo przy pomocy przeszkolonych ankierów w szkołach, do których uczęszczali badani. Ankierzy nawiązywali kontakt z dyrekcją wylosowanych placówek oświatowych i prosili o zgodę na wykonanie badań. Po jej uzyskaniu przychodzili na zajęcia w konkretnej klasie i przeprowadzali badania zgodnie z polską wersją wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku.

Prezentacja baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem

Poniżej prezentujemy cztery metody służące do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem. Szczegółowy opis tych narzędzi wraz z objaśnieniem procedury badania, obliczania i interpretacji uzyskanych wyników, jak również gotowe arkusze badawcze można znaleźć w podręczniku „Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem” na stronie www.natanaelum.pl.

Krótkie biospołeczne narzędzie przesiewowe do hazardu – BBGS

BBGS (*Brief Biosocial Gambling Screen*) stanowi przesiewowe narzędzie, które może pomóc zarówno fachowcom, jak również osobie uprawiającej hazard ocenić, czy w danym przypadku potrzebna jest bardziej specjalistyczna ocena w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu (Gebauer, LaBrie, Shaffer, 2010). Krótkie biospołeczne narzędzie przesiewowe do hazardu (BBGS) pozwala zidentyfikować problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu u osoby badanej na podstawie twierdzeń odnoszących się do trzech obszarów funkcjonowania – doświadczania trudności emocjonalnych, wykorzystywania kłamstwa, odczuwania problemów finansowych (Gebauer i in., 2010). Trzy pytania przesiewowe zawarte w tym narzędziu posiadają wysokie korelacje z kryteriami, za pomocą których zostały opisane objawy patologicznego hazardu w DSM-IV – m.in. oznaki tego zaburzenia w takich wymiarach, jak: neuroadaptacja, psychospołeczna charakterystyka patologicznych graczy i negatywne skutki grania. Istnienie silnych związków między pytaniami przesiewowymi a kryteriami diagnostycznymi patologicznego hazardu uzasadnia stwierdzenie, że metoda posiada mocne podstawy teoretyczne (Petry, Stinson, Grant, 2005).

Czułość polskiej wersji BBGS oszacowano na próbie 959 osób, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. 297 osób grało w gry hazardowe w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Warunkiem oceny czułości BBGS były pytania odpowiadające kryteriom grania patologicznego zawartym w DSM-IV:

1. Czy w ciągu ostatniego roku czuleś potrzebę stawiania coraz większej sumy pieniędzy, aby osiągnąć taki stopień pobudzenia, jaki chciałeś?
2. Czy kiedykolwiek w ostatnim roku wydałeś na hazard dużo więcej niż planowałeś?
3. Czy w ostatnim roku czuleś się źle lub czuleś, że masz dość, gdy próbowałeś ograniczyć lub zaprzestać hazardu?
4. Jak często w ostatnim roku uprawiałeś hazard, by uciec od problemów lub gdy czuleś się źle?
5. Czy w ciągu ostatniego roku, po przegraniu pieniędzy w hazardzie, wróciłeś następnego dnia, aby spróbować się odegrać?
6. Czy w ciągu ostatniego roku hazard doprowadził do tego, że okłamałeś rodzinę?
7. Czy kiedykolwiek w ostatnim roku wzięłeś bez pozwolenia i wydałeś na hazard pieniądze przeznaczone na inny cel lub nie swoje?
8. Czy w ostatnim roku twój hazard doprowadził do kłótni z rodziną?

Do grupy hazardu patologicznego zaliczono osoby, które miały co najmniej 5 odpowiedzi twierdzących. Takich osób było 17 (1,8% próby). Na podstawie wyniku BBGS (przynajmniej jedna odpowiedź diagnostyczna prawdziwa) do grupy ryzyka zakwalifikowano 47 osób. Oryginalny BBGS przedstawiał następujące parametry: czułość – 0,96; pozytywna wartość predykcja – 0,36. Polska wersja skali ma słabsze niż jej oryginalny odpowiednik własności: czułość – 0,82; pozytywna wartość predykcja – 0,30.

Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano analizując jej związki ze zmiennymi, które są powiązane z hazardem patologicznym. Były to: płeć oraz poziom zaangażowania w grę hazardową mierzony przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz z 2013 roku). Analiza zależności została przeprowadzona na grupie młodzieży grającej w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W badaniach korelatów BBGS stwierdzono występowanie dodatniej zależności między ryzykiem hazardu patologicznego a płcią ($\phi=0,11$; $p=0,041$; $n=297$), oraz dodatniej zależności z poziomem zaangażowania w grę hazardową ($\chi^2(2)=67,32$; $p<0,001$). Wyniki te wskazują na

trafność teoretyczną polskiej wersji BBGS w badanym zakresie.

Kwestionariusz motywów hazardowych – GMQ

Motywacja to wszelkie mechanizmy, które są odpowiedzialne za podjęcie, ukierunkowanie, podtrzymanie oraz zakończenie jakiegoś działania. Osoby grające okazjonalnie najczęściej robią to ze względu na dobrą zabawę, jednakże wyznaczając sobie pewien limit pieniędzy i czasu, który mogą poświęcić, a ryzyko przegranej jest świadomie przez nich wkalkulowane w czynność. Osoby, które grają problemowo cechują inne motywy. W potocznej ocenie hazardziści kierują się takimi motywami, jak: potrzeba silnych emocji – skłonność do ryzyka, chęć rywalizacji – potrzeba wygrywania, bycia najlepszym czy też chęć zysku. Oprócz tego osoby uzależnione cechuje wewnętrzny przymus gry, a osoby grające okazjonalnie robią to dla przyjemności czy też zabawy (Badora, Gwiazda, Hermann, Kalka i Moskalewicz, 2012). Według Augustynka (2011) motywem do uprawiania patologicznego hazardu jest potrzeba przeżywania silnego napięcia. Wygrana zwiększa poczucie mocy i stymuluje do dalszej gry, a przegrana wzbudza motywację do odegrania się, mimo poniesionych strat. Naukowe badania nad motywami grania prowadzone są od 1950 roku. Analogicznie do trójczynnиковego modelu motywacji do picia, badacze najczęściej wyróżniają trzy podstawowe motywy grania: wzrost pozytywnych emocji, radzenie sobie w sytuacjach trudnych oraz wzrost poczucia społecznej przynależności (Dechant, Ellery, 2011). Również *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ), opracowany przez Stewarta i Zacka w 2008 roku, powstał na podstawie trójczynnиковej metody do pomiaru motywów picia alkoholu *The Drinking Motives Questionnaire* (DMQ) Coopera i współpracowników z 1992 roku. GMQ bada częstotliwość grania ze względu na 15 powodów. Autorzy GMQ wykazali, że metoda ta, podobnie jak kwestionariusz DMQ, mierzy następujące motywy:

- umacnianie siebie (*enhancement*) – wewnętrzne umacnianie siebie poprzez zwiększanie pozytywnych emocji;
- radzenie sobie (*coping*) – uprawianie hazardu w celu zmniejszenia lub uniknięcia negatywnych emocji;
- motywy społeczne (*social motives*) – zewnętrzne pozytywne motywy wzmacniające granie w gry hazardowe w celu zwiększenia przynależności społecznej (Dowling, Jackson, Thomas i Frydenberg, 2010).

Wszystkie 15 stwierdzeń wchodzących w skład oryginalnej metody zostały bezpośrednio zaczerpnięte z DMQ i przereda-

gowane w taki sposób, żeby odnosiły się do grania. Podobnie jak w metodzie do badania motywów picia, oryginalne GMQ, ma trzy podskale – każda do pomiaru jednego motywu – w skład których wchodzi po 5 itemów. Względna częstotliwość danego motywu grania jest oceniana na 4-punktowej skali (1 – prawie nigdy/nigdy, 2 – czasem, 3 – często, 4 – prawie zawsze). W skali GMQ motywy są badane bezpośrednio (poprzez zadanie pytania osobie badanej, dlaczego uprawia hazard). *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) jest rzetelnym i trafnym narzędziem, które można wykorzystywać zarówno w celach badawczych, jak i praktyce profilaktycznej oraz klinicznej nałogowych hazardzistów.

W badaniach adaptacyjnych polskiej populacji młodzieży (485 osób, w wieku 17-21 lat) wyniki analizy czynnikowej (metoda Oblimin) wykonanej na twierdzeniach skali GMQ nie potwierdziły występowania takiego samego układu wymiarów, jak w wersji oryginalnej. Uzyskane rozwiązanie wyjaśnia 77% wariacji i udało się w nim dość dobrze odwzorować psychologiczny sens wymiarów odnoszących się do motywów społecznych oraz radzenia sobie ze stresem. Motyw wzmacniania siebie nie został w ogóle odwzorowany. Pozycje oryginalnie go tworzące przesunęły się do dwóch wyżej wymienionych wymiarów. Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) otrzymane dla wyodrębnionych w warunkach polskich wymiarów wynoszą odpowiednio 0,939 dla wymiaru społecznego i 0,937 dla motywu radzenia sobie ze stresem. Uzyskane współczynniki są bardzo wysokie i wskazują na dużą jednorodność pozycji tworzących dany wymiar. W efekcie polska wersja metody składa się z 15 pozycji (nie wszystkie twierdzenia są wykorzystywane do obliczania wyników), pogrupowanych w dwa wymiary: motyw społeczny – 6 pozycji oraz motyw radzenia sobie ze stresem – 6 pozycji. Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków oceniano poprzez sprawdzenie związku poszczególnych wymiarów z płcią oraz hazardem patologicznym mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz z 2013 roku). Zakładano występowanie różnic w wynikach GMQ z uwagi na płeć, jak również pozytywny związek z SOGS-RA. W badaniach ujawniono, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet w obydwu wymiarach GMQ [Motyw społeczny: M kobiety=7,47 (SD=3,58); M mężczyźni=9,04 (SD=4,44); $t(479,202)=4,32$; $p=0,000$; motyw radzenia sobie: M kobiety=6,61 (SD=2,38); M mężczyźni=7,63 (SD=3,58); $t(478,121)=3,75$; $p=0,000$]. Stwierdzono również występowanie dodatniej i podobnej pod względem siły zależności między różnymi motywami

hazardowymi a podejmowaniem patologicznych zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA. W przypadku motywu społecznego związek wyniósł ($n=250$; $r=0,53$; $p<0,01$). Natomiast dla motywu radzenia sobie ze stresem korelacja okazała się również istotna statystycznie i wyniosła ($n=250$, $r=0,55$; $p=0,001$). Powyższe wyniki wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GMQ.

Kwestionariusz przekonań i postaw wobec hazardu – GABS

W przeciwieństwie do wielu innych narzędzi oceny hazardu, które koncentrują się wyłącznie na doświadczanych konsekwencjach wynikających z zaangażowania w hazard (np. *South Oaks Gambling Screen* – SOGS), skala *Gambling Attitudes and Beliefs* (GABS), została opracowana tak, aby ocenić przekonania, postawy, nadawane wartości oraz błędne myśli towarzyszące różnemu zaangażowaniu w granie hazardowe (Breen i Zuckerman, 1999). GABS daje możliwość oceny ukrytego nastawienia do hazardu (Strong, Breen, Lejuez, 2004). Zarówno oryginalna wersja *Gambling Attitude and Beliefs Scale*, jak i polska adaptacja metody jest jednowymiarowym kwestionariuszem samooceny, który zawiera 35 twierdzeń dotyczących takich obszarów tematycznych, jak: strategie, rywalizacja, postawy, szczęście, emocje (Breen i Zuckerman, 1999). W literaturze znaleźć można również skróconą wersję metody (Bouju, Hardouin, Boutin, Gorwood, Le Bourvellec, Feuillet, Venisse, Grall- Bronnec, 2014). Zawiera ona 23 pozycje i pozwala mierzyć pięć wymiarów.

W polskiej adaptacji metody analiza struktury wewnętrznej GABS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej na wynikach 466 osób. Zastosowana procedura statystyczna potwierdziła występowanie, podobnie jak w wersji oryginalnej, jednego czynnika. Rozwiązanie to wyjaśnia około 76% wariancji ujmowanego konstruktów. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że polska wersja GABS zawiera tylko jeden wymiar. Bezwzględne ładunki czynnikowe poszczególnych pozycji skali wahają się w przedziale od 0,621 do 0,939.

Rzetelność skali GABS oszacowano na grupie 466 osób, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,97 i okazał się zadowalający. Z kolei rzetelność oryginalnej wersji skali waha się od 0,89 do 0,93, w zależności od badanej grupy (Strong i in., 2004).

Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków szacowano sprawdzając związek pomiędzy płcią

oraz hazardem patologicznym mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz z 2013 roku). Zakładano różnice w wynikach GABS z uwagi na płeć, jak również pozytywny związek GABS z SOGS-RA. W badaniach korelatów GABS ujawniono, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet [M kobiety=60,36 (SD=27,31); M mężczyźni=67,95 (SD=28,92); $t(464)=2,89$; $p=0,004$]. Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między skłonnością do hazardu a podejmowaniem patologicznych zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA ($n=250$; $r=0,43$; $p<0,001$). Powyższe wyniki wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GABS.

Skala myśli związanych z hazardem – GRCS

Skala Myśli Związanych z Hazardem (*Gambling Related Cognitions Scale* – GRCS) jest jedną ze standaryzowanych metod, za pomocą których na świecie dokonuje się pomiaru błędów poznawczych (Raylu, Oei, 2004; 2004a). Składa się ona z 5 podskal odpowiadających pięciu błędom poznawczym związanym z hazardem: postrzeganie możliwości zaprzestania gry, kontrola predykcijna, oczekiwania hazardowe, błędy interpretacyjne oraz iluzja kontroli (O'Connor, Dickerson, 2003). Jest to kwestionariusz samoopisowy, który bada podatność na powszechnie występujące zniekształcenia poznawcze związane z graniem hazardowym:

- niemożność przerywania gry – określenie na ile osoba jest w stanie przestać grać,
- kontrola predykcijna – przekonanie, że można przewidzieć, kiedy wynik gry będzie pozytywny,
- oczekiwania hazardowe – oczekiwanie konkretnych korzyści wynikających z grania,
- błędy interpretacyjne – przeformułowanie wyników gry, tak by zachęcały do dalszego grania,
- iluzja kontroli – przekonanie o posiadaniu wpływu na wynik gry.

W przeciwieństwie do zorientowanych klinicznie skal hazardowych, takich jak *South Oaks Gambling Screen*, wyniki GRCS dobrze rozkładają się w populacji osób bez problemowego grania (Raylu i Oei, 2004; 2004a).

Wersja oryginalna GRCS składa się z 23 itemów, które składają się na 5 podskal:

- iluzja kontroli,
- kontrola predykcijna,
- błędy interpretacyjne,

- oczekiwania hazardowe,
- niemożność przerwania gry.

Raylu i Oei (2004) uzyskali wysokie współczynniki wewnętrznej spójności w całej skali GRCS (alfa=0,93), jak również w odniesieniu do pięciu podskal (alpha=0,77-0,91).

W polskiej adaptacji analiza struktury wewnętrznej GRCS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, uzyskanej na wynikach 474 osób, które wypełniły GRCS. Próba odzwierciedlenia oryginalnej struktury skali poprzez wyłonienie 5 czynników ortogonalnych nie powiodła się. Powtórna analiza czynnikowa wyłoniła dwa czynniki, które wyjaśniały łącznie 70,6% wariacji. Po przeprowadzeniu rotacji skośnej oblimin na macierzy ładunków czynnikowych, otrzymane czynniki zidentyfikowano jako: niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli oraz kontrola predykcijna. Czynniki wysoko korelują ze sobą ($r=0,8$). Pozycje pierwszego czynnika składają się ze stwierdzeń, które oryginalnie należały do trzech podskal: niemożność przerwania gry, błędy interpretacyjne oraz iluzja kontroli. Największe ładunki czynnikowe uzyskały w nowym czynniku pozycje z podskali niemożność przerwania gry. Trzon czynnika drugiego stanowią pozycje z oryginalnej podskali kontrola predykcijna. Różnice pomiędzy strukturą oryginalnej wersji GRCS i jej polskiej adaptacji mogą odzwierciedlać różnice międzykulturowe bądź procesy rozwojowe. Skala GRCS została skonstruowana i zwalidowana na dorosłych. Być może w okresie dorastania błędy poznawcze dotyczące hazardu nie są jeszcze dobrze zróżnicowane z wyjątkiem błędu kontroli predykcijnej.

Rzetelność skali GRCS oszacowano na próbie 474 osób. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,94 dla niemożności przerwania gry/błędów interpretacyjnych/iluzji kontroli, 0,90 – dla kontroli predykcijnej oraz 0,95 dla całej skali. Są to wyniki wysokie. Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 50 osób w odstępnie 4 tygodni, wyniósł 0,85. Rzetelność wersji oryginalnej GRCS szacowana na próbie osób dorosłych wynosi 0,93 (Raylu, Oei, 2004).

Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano analizując jej związki ze zmiennymi, które są powiązane z uleganiem błędom poznawczym. Były to płeć i hazard patologiczny mierzony przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (w polskiej adaptacji Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz z 2013 roku). W przypadku obu tych zmiennych obserwowano zależności oryginalnej GRCS (Raylu i Oei, 2004). Oczekiwano, że mężczyźni uzyskają wyniki wyższe w GRCS i że wyniki tej skali będą pozytywnie skorelowane z hazardem patologicznym. W badaniach korelatów GRCS stwierdzono, że w obu podskalach mężczyźni uzyskali istotnie

wyższe wyniki od kobiet [niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli: M kobiety=15,24 (SD=3,42); M mężczyźni=21,85 (SD=14,95); $t(70,914)=-3,30$; $p=0,002$; kontrola predykcijna: M kobiety=10,61 (SD=3,82); M mężczyźni=15,02 (SD=10,53); $t(83,443)=-2,93$; $p=0,004$]. Należy przy tym zauważyć, że rozkłady mężczyzn charakteryzowały się ponadto znacznie większą dyspersją wyników od rozkładów kobiet (niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli: $F=22,383$; $p<0,001$; kontrola predykcijna: $F=17,214$; $p<0,001$). Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między błędami poznawczymi a hazardem patologicznym mierzonym za pomocą SOGS-RA ($n=93$; $r=0,47$; $p<0,001$ dla niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli; $r=0,52$; $p<0,001$ dla kontroli predykcijnej). Wyniki te wskazują na trafność teoretyczną polskiej wersji GRCS w badanym zakresie. Polska wersja skali GRCS jest użytecznym narzędziem do badania podatności na błędy poznawcze w odniesieniu do hazardu. Składa się ona z dwóch podskal. W skład podskali niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli wchodzi 14 pozycji, zaś w skład podskali kontroli predykcijnej – 9 pozycji.

Zakończenie

Artykuł ten jest próbą podsumowania projektu „Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem”, realizowanego przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum, a współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji ministra zdrowia. Efektem działań prowadzonych w ramach tego projektu jest polska adaptacja czterech narzędzi badawczych: *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – Kwestionariusz Motywów Hazardowych; *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu; *Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – Kwestionariusz Przekonań i Postaw wobec Hazardu oraz *Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – Skala Myśli Związanych z Hazardem.

Korzystanie z adaptowanej do polskich warunków baterii metod z jednej strony umożliwi osobom naukowo zajmującym się problematyką uzależnienia od hazardu pogłębienie wiedzy w tym zakresie, z drugiej zaś przyczyni się do planowania i wdrażania bardziej dopasowanych do polskich warunków oddziaływań profilaktycznych oraz terapeutycznych przez osoby zawodowo pracujące z młodzieżą.

Bibliografia dostępna w redakcji.

16 kwietnia 2015 roku w Rydze łotewska prezydencja w Radzie UE zorganizowała posiedzenie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków¹ pod nazwą „Cannabis: state of play and future challenges” (Konopie indyjskie: stan aktualny i wyzwania na przyszłość). Głównym celem spotkania była analiza i dyskusja dotycząca nowych trendów w redukcji popytu i podaży konopi indyjskich oraz kierunków rozwoju polityk w tym zakresie.

KONOPIE INDYJSKIE – STAN OBECNY I WYZWANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Agnese Zile-Veisberga
Krajowy Koordynator ds. Narkotyków
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Łotwy

W posiedzeniu udział wzięli przedstawiciele 24 państw członkowskich UE, reprezentanci Sekretariatu Generalnego Rady Unii Europejskiej, Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Europolu. Łotewską prezydencję reprezentowali Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Zdrowia, krajowy Focal Point i policja. Posiedzenie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków otworzyła Evika Silina, podsekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Łotwy, i Janis Bekmanis, przewodniczący Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Rady UE. Przedstawicielka łotewskiego Focal Pointa Linda Sile przedstawiła sytuację narkotykową na Łotwie, w tym kwestie związane z konopiami indyjskimi. Stwierdziła ona, że rozpowszechnienie używania konopi indyjskich na Łotwie utrzymuje się na stałym poziomie, natomiast odnotowuje się wzrost liczby osób podejmujących leczenie i zwiększenie upraw konopi. W trakcie posiedzenia przekazano również informację, że internetowa petycja postulująca depenalizację konopi indyjskich osiągnęła próg wymaganych głosów do przedstawienia jej łotewskiemu parlamentowi.

Sytuacja dotycząca marihuany w Europie

Danilo Ballotta, główny analityk polityk antynarkotykowych z EMCDDA, przedstawił informacje na temat kwestii związanych z konopiami indyjskimi na poziomie europejskim. Położył on nacisk na zagadnienia prawne nielegalnego rynku konopi, konsumpcji marihuany i haszyszu, polityki

narkotykowej oraz karania. Według danych EMCDDA dwie trzecie przestępstw przeciwko ustawom narkotykowym w krajach członkowskich UE miało związek z konopiami indyjskimi, z tego 85% dotyczyło używania marihuany. Konopie indyjskie nadal pozostają najczęściej spożywanym narkotykiem w Europie: około 19,3 mln dorosłych w wieku 15-64 lata zgłaszała ich użycie w ciągu ubiegłego roku, przy czym 14,6 mln z tej liczby stanowią osoby młode – w wieku od 15 do 34 lat. Szacuje się, że około 1% wszystkich dorosłych to osoby używające konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. Konopie stanowią główną przyczynę podejmowania leczenia uzależnienia w przypadku pacjentów pierwszorazowych. Liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ze względu na problemy z konopiami indyjskimi wzrosła w Europie z 45 tys. w 2006 roku do 61 tys. w 2013 roku. 57% osób zgłaszających się do leczenia z powodu marihuany używało tego narkotyku codziennie. Średnia wieku osób sięgających po marihuanę wynosi 16 lat. Dzięki zastosowaniu nowych metod uprawy, konopie mają coraz większą zawartość THC. W Chorwacji odnotowano marihuanę z zawartością THC 50%, w Austrii 57%, a w Słowenii nawet 66%. Liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 roku liczbę konfiskat haszyszu. W 2013 roku w Unii Europejskiej zgłoszono 671 tys. konfiskat konopi indyjskich, z czego 431 tys. dotyczyło marihuany, a 240 tys. haszyszu. Na tę sytuację ma prawdopodobnie wpływ coraz większa dostępność marihuany wytwarzanej w ramach produkcji krajowej w wielu państwach Europy, co przekłada się na rosnącą liczbę konfiskat roślin konopi. Mimo to jednak ilości haszyszu konfiskowanego w Unii Europejskiej nadal

są znacznie większe od ilości marihuany (460 t w stosunku do 130 t). Konkurencją dla marihuany są syntetyczne kannabinoidy (w Polsce sprzedawane jako „dopalacze”), które mają podobne działanie. Od 2011 roku wzrasta ilość konfiskat tego typu substancji. Jednakże poziom ich konsumpcji jest nadal znacznie niższy od konopi indyjskich. Prezentacja zawierała również informacje na temat prób legalizacji konopi indyjskich w Stanach Zjednoczonych i związanym z tym zainteresowaniem mediów oraz wpływem tego typu tendencji na politykę wobec konopi indyjskich na świecie. Marcowa wypowiedź prezydenta Stanów Zjednoczonych Baracka Obamy wskazuje, że rząd amerykański jest otwarty na zmiany. Prezydent Obama powiedział, że jeśli wystarczająca liczba stanów zreformuje swoje prawo dotyczące marihuany, Kongres może zmienić prawo federalne, które obecnie traktuje konopie jako substancje nielegalne. Do marca 2015 roku 19 stanów i dystrykt Kolumbii zalegalizowało posiadanie niewielkich ilości marihuany na własny użytek. Dwadzieścia trzy stany zalegalizowały marihuanę do celów medycznych; cztery stany oraz dystrykt Kolumbii zalegalizowały marihuanę do celów rekreacyjnych. W Holandii tzw. coffee shopy, oferujące marihuanę, zaopatrują się w nią na nielegalnym rynku. Laimonas Vasiliauskas, starszy specjalista w Europolu, przedstawił główne wnioski z programu SOCTA 2015 w zakresie kluczowych trendów dotyczących metod przemywania konopi indyjskich. Uczestnicy posiedzenia otrzymali również informacje na temat Focal Pointa zajmującego się konopiami indyjskimi i działającego w strukturach Europolu oraz systemów informacyjnych poświęconych przemytowi i krajowym uprawom konopi. Przedstawione zostały także przykłady rutynowych działań Europolu w zakresie zwalczania przemytu konopi indyjskich.

Monitorowanie syntetycznych kannabinoidów

W czasie lotewskiego spotkania Magal Martinez zaprezentowała wstępne wyniki projektu I-Trend (*Internet tools for research in Europe on new drugs*), który dotyczy syntetycznych kannabinoidów. W projekcie tym, finansowanym z środków Komisji Europejskiej, uczestniczy Francja, Wielka Brytania, Holandia, Czechy i Polska. W jego ramach została przeprowadzona analiza sklepów internetowych, forów użytkowników nowych substancji psychoaktywnych, badania ilościowe on-line oraz analiza zakupionych substancji w sklepach internetowych. Jednym z efektów I-Trend mają być techniczne foldery (dokumenty zawierające szczegó-

we informacje o nowych substancjach psychoaktywnych) najbardziej popularnych nowych substancji psychoaktywnych („dopalaczy”) w krajach uczestniczących w projekcie. Prezentacja Martinez dotyczyła przede wszystkim analizy forów użytkowników nowych substancji psychoaktywnych. Okazuje się, że jedynie w trzech z pięciu krajów realizujących projekt syntetyczne kannabinoidy znalazły się na liście 10 najbardziej rozpowszechnionych nowych substancji psychoaktywnych. Na polskim i francuskim TOP 10 znalazły się dwa syntetyczne kannabinoidy – UR-144 i AM-220, a w Wielkiej Brytanii była to substancja 5F-AKB-48. Kolejnym wnioskiem z projektu jest stwierdzenie, że monitorowanie przestrzeni cyfrowej powinno się odbywać przy pomocy odpowiednich narzędzi. Ponadto wyrażona została opinia, że istnienie w kraju sklepów stacjonarnych może ułatwić w znacznym stopniu dostęp do syntetycznych kannabinoidów. Jednakże z analizy forów wynika, że użytkownicy internetu w badanych krajach wykazują większe zainteresowanie stymulantami, np. syntetycznymi katynonami. W trakcie dyskusji podniesiona została kwestia, iż może to być wynikiem tego, że najbardziej aktywnymi uczestnikami forów są osoby często używające substancji psychoaktywnych – tzw. psychonauci. Dla tej grupy użytkowników marihuana oraz syntetyczne kannabinoidy nie są najczęściej używanymi narkotykami.

Wyniki analiz pokazują, że coraz popularniejsze będą kolejne syntetyczne kannabinoidy: 5F-PB 22, AB-CHIMINACA, AB-FUBINACA. Z ramienia Polski w projekcie I-Trend uczestniczy Uniwersytet SWPS oraz eksperci z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wyniki projektu zostaną przedstawione na konferencji dla gmin organizowanej corocznie przez Centrum Informacji KBPN i na konferencji zorganizowanej przez SWPS i KBPN na jesieni.

Odpowiedź na zjawisko

W czasie posiedzenia głos zabrał także przedstawiciel Polski. Artur Malczewski z Krajowego Biura mówił na temat programów dotyczących profilaktyki i leczenia osób uzależnionych od konopi, które są realizowane w państwach członkowskich UE. Jego wystąpienie opierało się na informacjach uzyskanych z ankiety wysłanej do wszystkich krajów członkowskich UE. Na wstępie została omówiona sytuacja epidemiologiczna w Europie dotycząca marihuany. Na wykresie 1. przedstawione są dane z badań w populacjach generalnych zrealizowanych nie wcześniej

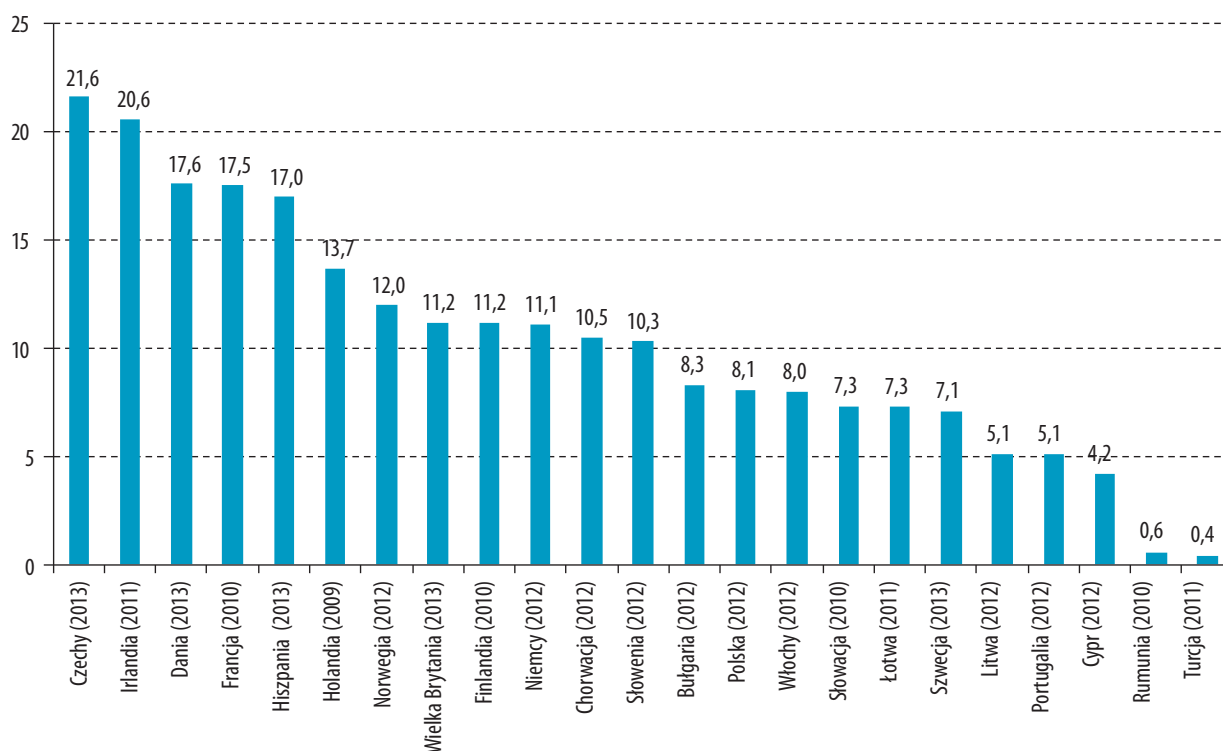
niż w 2010 roku. Krajami z najwyższymi wskaźnikami używania marihuany wśród młodych dorosłych (15-34 lata) są Czechy i Irlandia. W tych krajach co piąty badany był aktualnym użytkownikiem konopi. Wysokie wskaźniki odnotowano również we Francji, Hiszpanii i Danii (około 17%). Bardzo niski poziom używania marihuany pokazały wyniki badań z Rumunii i Turcji.

W ramach przeprowadzonej ankiety w krajach członkowskich podjęto próbę przeglądu działań dotyczących profilaktyki i leczenia w związku z marihuaną. Wyniki pokazujące, w jakich krajach prowadzone są działania z zakresu redukcji popytu na marihuanę, zostały przedstawione w tabeli 1. Większość krajów prowadzi działania ukierunkowane na przetwory konopi: 22 wdrażają programy profilaktyki uniwersalnej, 16 profilaktyki selektywnej, a 12 profilaktyki wskazującej.

Ponadto, na podstawie danych z portalu EMCDDA na temat najlepszych praktyk (*Best practices* – EDDRA), przedstawiona została analiza porównawcza przeprowadzona przez Centrum Informacji KBPN w zakresie spójności tychże programów z minimalnymi standardami jakości UE w re-

dukcyj popytu na narkotyki. W portalu EMCDDA znajduje się 7 programów profilaktycznych i 4 lecznicze dotyczące marihuany. Portal może stanowić wsparcie dla interwencji w obszarze redukcji popytu na narkotyki, ale jednak potrzeba w tym celu większej ilości nowych informacji. Wyniki analizy działań dotyczących marihuany w krajach członkowskich pokazały, że w Europie podejmowanych jest wiele aktywności mających na celu ograniczenie popytu na marihuanę. Szczególnie kraje z wysokimi wskaźnikami używania marihuany wdrażają dużą liczbę programów. Kwestią otwartą jest zasięg i liczba odbiorców, przede wszystkim programów opartych na dowodach naukowych (tzw. *evidence-based*). Istnieją programy dotyczące marihuany, które są wdrażane w ramach współpracy międzynarodowej, należą do nich „Unplugged” (profilaktyka uniwersalna) i „Fred goes net” (profilaktyka selektywna). Są one sprawdzonymi i skutecznymi interwencjami. Baza EDDRA EMCDDA oferuje kilkanaście programów dotyczących marihuany – od kampanii profilaktycznych po leczenie. Trzeba jednak stwierdzić, że większość programów jest w bazie od ponad 10 lat. Brakuje zatem nowych programów, które będą dobrymi

Wykres 1. Używanie marihuany przez młodych dorosłych (15-34 lata) w krajach UE – wyniki badań w populacji generalnej (%).



Źródło: Biuletyn statystyczny EMCDDA, w nawisach rok przeprowadzenia badania.

praktykami do wdrażania w Unii Europejskiej. Minimalne standardy dotyczące redukcji popytu na narkotyki mogą stanowić wsparcie w podnoszeniu jakości działań w tym zakresie. Standardy dotyczą nie tylko programów, ale także działań na poziomie regionu oraz kraju. Wysoki poziom ogólności może wymagać ich doprecyzowania, z drugiej strony ułatwia dopasowanie minimalnych standardów do specyfiki danego kraju.

Ruchy społeczne na rzecz marihuany

Agnese Zile-Veisberga, Krajowy Koordynator ds. Narkotyków z Łotwy, wygłosiła wykład na temat debaty publicznej w kwestii konopi indyjskich oraz oddolnych inicjatyw w Europie opowiadających się za zmianą postawy wobec marihuany. Jest to relatywnie nowe zjawisko, które dogłębniej badano w Stanach Zjednoczonych i Urugwaju, gdzie tego typu ini-

Tabela 1. Działania krajów członkowskich Unii Europejskiej w redukcji popytu na marihuanę – wyniki ankiety opracowanej przez łotewską prezydencję.

Kraj	Profilaktyka			Leczenie	Uwagi
	uniwersalna	selektywna	wskazująca		
Dania	Tak	Tak	Tak	Nie	
Grecja	Tak	Tak	Tak	Nie	
Hiszpania	Tak	Tak	Tak	Nie	Mimo odpowiedzi „tak”, w Hiszpanii nie są realizowane programy ukierunkowane na wybrane substancje.
Finlandia	Tak	Tak	Tak	Tak	
Francja	Tak	Tak	Tak	Nie	
Chorwacja	Tak	Tak	Tak	Tak	Chorwacja w części opisowej ankiety nie wykazała programów, które dotyczyłyby marihuany, dlatego też mimo odpowiedzi „tak”, trudno jest jednoznacznie ocenić, czy takie programy są wdrażane.
Włochy	Tak	Tak	Tak	Tak	
Rumunia	Tak	Tak	Tak	Tak	
Szwecja	Tak	Tak	Tak	Tak	
Belgia	Tak	Tak	Nie	Tak	
Republika Czeska	Tak	Tak	Nie	Tak	
Niemcy	Nie	Tak	Tak	Tak	
Polska	Tak	Tak	Tak	Tak	
Słowenia	Tak	Tak	Nie	Tak	
Słowacja	Tak	Tak	Nie	Tak	
Austria	Nie	Nie	Tak	Nie	
Cypr	Tak	Nie	Nie	Nie	
Irlandia	Tak	Nie	Nie	Tak	
Łotwa	Tak	Nie	Nie	Nie	
Litwa	Tak	Nie	Nie	Nie	
Luksemburg	Tak	Nie	Nie	Tak	Luksemburg nie wypełnił ankiety. Informacje zostały uzyskane na podstawie innych źródeł (raport roczny Focal Pointa).
Holandia	Tak	Nie	Nie	Tak	Holandia nie wypełniła ankiety. Informacje zostały uzyskane na podstawie innych źródeł (raport roczny Focal Pointa).
Bułgaria	Nie	Nie	Nie	Nie	
Estonia	Nie	Nie	Nie	Nie	
Węgry	Nie	Nie	Nie	Nie	
Portugalia	Nie	Nie	Nie	Tak	
Wielka Brytania	Nie	Nie	Nie	Tak	

Źródło: Dane opracowane przez Centrum Informacji KBPN na podstawie ankiety wysłanej do krajów członkowskich w ramach łotewskiej prezydencji w UE.

cyjatywy promują bardziej liberalne podejście do przepisów regulujących kwestie związane z konopiami indyjskimi. Zmiany zachodzące w Ameryce Północnej bez wątpienia wywierają wpływ na kraje europejskie, których społeczeństwa obywatelskie propagują depenalizację lub legalizację używania konopi oraz posiadania ich na własny użytek.

Niniejsze opracowanie opiera się na odpowiedziach udzielonych przez 24 kraje członkowskie UE. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące funkcjonujących stron internetowych w językach ojczystych, demonstracji, organizacji, petycji, inicjatyw podejmowanych przez posłów do parlamentów oraz innych regulacji na szczeblu regionalnym. Otrzymane odpowiedzi dały możliwość analizy debaty publicznej, bazującej na teorii czterech etapów rozwoju ruchów społecznych – powstanie, jednoczenie, biurokratyzacja, schyłek. W większości krajów zaobserwowano symptomy powstawania ruchów i inicjatyw społecznych na rzecz liberalizacji prawa dotyczącego konopi. Przykładowo, we wszystkich 24 krajach stwierdzono funkcjonowanie stron internetowych doradzających w zakresie prawidłowej uprawy i używania konopi (np. Soft Secret), możliwości zakupu niezbędnego sprzętu, przeglądu upraw itp. Tego typu fora stanowią platformę do budowania wspólnej wizji na temat polityki dotyczącej konopi. Jednocześnie jeden kraj sprawozdał, że na jego terytorium nie zidentyfikowano tego typu stron w języku ojczystym, natomiast trzy kraje sprawozdały, iż działające strony internetowe są mocno niedopracowane. Siedemnaście krajów odpowiedziało, że na ich terytorium działa jedna lub kilka nieformalnych grup propagujących liberalizację przepisów dotyczących konopi, natomiast dziewięć krajów potwierdziło istnienie jednej scentralizowanej organizacji/instytucji, co może świadczyć o bardziej systemowym czy planowym podejściu do omawianego zagadnienia. Coraz powszechniejsze stają się demonstracje organizowane pod szyldem liberalizacji polityki wobec konopi. Według danych za 2015 rok w dziewięciu krajach organizuje się co roku imprezy, takie jak Global Cannabis March, natomiast w dziewięciu innych krajach tego typu imprezy odbywają się, ale mają one raczej charakter sporadyczny i spontaniczny. Pozostałe sześć krajów poinformowało, że na ich terytorium nie odnotowano tego typu wydarzeń.

Kolejnym ciekawym zjawiskiem jest zbieranie głosów obywateli, np. w ramach petycji internetowych. W 17 krajach (Austria, Belgia, Czechy, Estonia, Grecja, Hiszpania, Finlandia, Francja, Litwa, Łotwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Włochy) takie akcje przeprowadzono przynajmniej raz. Mimo że w tych krajach osiągnano

niezbędny próg głosów wymaganych do podjęcia dalszych działań, to jednak czyniono to rzadko. W wielu przypadkach inicjatorami podpisywania petycji były pojedyncze osoby, które nie otrzymały wsparcia dla swoich dalszych działań. Celem tego typu akcji była głównie depenalizacja i legalizacja konopi oraz posiadania narkotyku na własny użytek. Jeśli chodzi o inicjatywy członków parlamentów, to tego typu działania stwierdzono w 17 krajach (Austria, Belgia, Czechy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Francja, Litwa, Łotwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy). Większość z nich miała związek z używaniem konopi do celów medycznych. Omawiany kwestionariusz potwierdził również, że temat używania konopi do celów medycznych jest częściej dyskutowany w krajach członkowskich UE na szczeblu decydentów. Po przeanalizowaniu wszystkich odpowiedzi można stwierdzić, że większość krajów znajduje się na pierwszych dwóch etapach rozwoju ruchów społecznych – powstanie i jednoczenie. W niewielu krajach legalizacja konopi otrzymała polityczne wsparcie, co jest oznaką biurokratyzacji tego typu oddolnych inicjatyw. Jednakże biorąc pod uwagę procesy zachodzące w Ameryce Północnej oraz ogólny wyraźnie przychylny stosunek mediów do liberalizacji prawa dotyczącego konopi, to w najbliższej przyszłości głosy liberalne coraz częściej będą kierowane do decydentów.

Sofia Aragon Sanches poinformowała, że niedawno w Hiszpanii na poziomie regionalnym i lokalnym wprowadzono przepisy regulujące funkcjonowanie konopnych klubów towarzyskich, jednakże podkreśliła, że na poziomie krajowym takie rozwiązania nie obowiązują i władze centralne nie zamierzają wdrożyć przepisów umożliwiających funkcjonowanie tego typu miejsc w Hiszpanii.

Kluby konopne zajmują się uprawą i używaniem konopi w celach rekreacyjnych na własny użytek. Pierwsze powstały ponad 10 lat temu w Hiszpanii, a ich rozwój zaczął się po decyzjach sądowych. Sąd Najwyższy ustalił, że uprawa marihuany na własny użytek nie jest przestępstwem i nie kwalifikuje się jako handel narkotykami. Liczba klubów konopnych jest trudna do oszacowania, jednakże jest ich co najmniej 100. W trakcie dyskusji uzyskano informacje, że kilka tego typu klubów zaczęło również działać w Belgii. Agnese Zile-Weisberga przedstawiła wyniki ankiety przeprowadzonej w państwach członkowskich na temat oddolnych inicjatyw oraz ruchów społecznych w obszarze konopi. Wyniki pokazują, że w większości państw członkowskich istnieją inicjatywy promujące złagodzenie rozwiązań kontrolnych w zakresie konopi indyjskich (np. depenalizacja

czy legalizacja). Wyniki wskazują również na intensyfikację tego typu tendencji w najbliższej przyszłości. Jindrich Voboril, Krajowy Koordynator ds. Narkotyków z Czech, zreferował uczestnikom posiedzenia wnioski z konferencji, zorganizowanej w marcu 2015 roku w Pradze, poświęconej medycznemu wykorzystaniu konopi indyjskich i kannabinoidów. Omówił szerzej zmiany legislacyjne w swoim kraju dotyczące medycznego wykorzystania konopi. Podstawowym zagadnieniem jest w jego opinii oddzielenie kwestii medycznej marihuany od marihuany używanej w celach rekreacyjnych.

Wnioski i podsumowanie

Przedstawione prezentacje oraz poglądy wyrażone przez przedstawicieli państw członkowskich na spotkaniu w Rydze potwierdzają, że konopie indyjskie stanowią wyzwanie w kontekście krajowych i unijnej polityki antynarkotykowej. Są one podstawowym źródłem dochodów dla organizacji przestępczych. Trzeba też pamiętać, że nowe odmiany konopi charakteryzują się większą zawartością THC, co stwarza

większe zagrożenie dla zdrowia publicznego i w związku z tym istnieje coraz wyraźniejsza potrzeba reagowania na to zagrożenie. Zauważono również, że niedawne inicjatywy dotyczące legalizacji rekreacyjnego używania konopi w Urugwaju i niektórych stanach USA w połączeniu z przychylną postawą mediów mogą prowadzić do zmiany nastawienia opinii publicznej i w efekcie do zwiększenia poparcia społecznego na całym świecie na rzecz legalizacji konopi. Przetwory konopi są najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem zarówno wśród młodzieży, jak i w populacji ogólnej. Są również najczęściej podstawowym narkotykiem, który jest zgłaszany przez pacjentów po raz pierwszy przyjmowanych do leczenia w Europie. W niektórych krajach nastąpił rozwój biznesu konopnego: wydawane są specjalistyczne czasopisma, dystrybuowany jest sprzęt do uprawy i akcesoria, rośnie sprzedaż nasion. Biorąc pod uwagę rozwój podaży tego narkotyku (coraz więcej upraw marihuany w Europie), jak również działania ruchów społecznych na rzecz legalizacji marihuany, to należy podkreślić, że marihuana będzie stanowić wyzwanie dla działań z zakresu redukcji popytu i podaży.

Szacuje się, że prawie jedna czwarta populacji osób dorosłych w Unii Europejskiej, czyli ponad 80 mln dorosłych, przynajmniej raz w życiu spróbowała narkotyków. W większości przypadków były to konopie indyjskie – 73,6 mln osób (EMCDDA, 2014). Większość korzysta z narkotyków w sposób okazjonalny, często rezygnując lub znacząco ograniczając ich używanie w wieku dorosłym.

SKUTECZNE METODY LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD PRZETWORÓW KONOPI

Bogusława Bukowska

Zastępca Dyrektora w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Używanie przetworów konopi nie musi prowadzić do uzależnienia. Z badań wynika, że zespół uzależnienia rozwija się u około 9% osób, które kiedykolwiek używały marihuany lub haszyszu. W przypadku kokainy czy heroiny wskaźnik ten wynosi odpowiednio 15% i 24% (Budny i in., 2007). Jednak ze względu na to, że używanie kannabinoidów jest bardziej rozpowszechnione niż używanie jakiegokolwiek innej nielegalnej substancji, to liczba osób uzależnionych od marihuany czy haszyszu jest znacznie większa niż liczba osób uzależnionych od kokainy, heroiny czy innych nielegalnych

substancji psychoaktywnych. Rozwojowi uzależnienia sprzyja inicjacja używania w wieku adolescencji oraz duża częstotliwość sięgania po te substancje (co najmniej raz w tygodniu). Z badań wynika, że niewielka liczba osób uzależnionych od marihuany czy haszyszu zgłasza się do leczenia. W artykule zostaną omówione wyniki badań naukowych dotyczących czynników utrudniających i sprzyjających zgłaszaniu się do leczenia z powodu problemowego wzoru używania kannabinoidów oraz skuteczne podejścia terapeutyczne adresowane do tej grupy użytkowników. Zostanie także zaprezentowany

profil pacjenta podejmującego terapię w programie CANDIS, który jest adresowany do osób uzależnionych od marihuany czy haszyszu, a realizowany w ambulatoryjnych placówkach leczenia uzależnień w Polsce.

Bariery i ułatwienia w dostępie do leczenia z powodu uzależnienia od przetworów konopi

Stosunkowo niewiele badań przeprowadzono w celu zidentyfikowania występujących ograniczeń i ułatwień w dostępie do leczenia w związku z używaniem marihuany czy haszyszu. W jednym z badań (Ellingstad i in., 2006) zapytano problemowych użytkowników kannabinoidów, którzy zaprzestali ich używania samodzielnie, bez udziału w terapii i zachowywali co najmniej roczną abstynencję przed badaniem, o to, jakie były przyczyny, że nie zgłosili się oni do leczenia. Uzyskane wyniki wskazują, że najważniejszą barierą było głębokie przekonanie problemowych użytkowników kannabinoidów, że ich używanie nie powoduje problemów, a jeśli już te problemy występują, to ich nasilenie nie wymaga interwencji leczniczych. Innymi słowy, osoby te nie wykazywały motywacji do podjęcia terapii, ponieważ nie dostrzegały szkód, które wymagałyby profesjonalnej pomocy. Opinię taką przedstawiło ponad 80% badanych.

Inną istotną przeszkodą wymienianą przez respondentów było przekonanie, że samodzielnie można podjąć skuteczną próbę zrezygnowania z używania tego narkotyku (76% badanych) lub że poszukiwanie pomocy w profesjonalnych systemach leczenia wiąże się ze znaczącą stygmatyzacją społeczną (wymienione przez 48% badanych). Znacznie rzadziej na liście powodów unikania leczenia pojawiały się takie argumenty, jak: negatywna opinia o skuteczności leczenia (44% badanych), niechęć do dzielenia się swoimi problemami (36% respondentów), brak wiedzy na temat możliwych opcji leczenia (32% respondentów) czy konieczność poniesienia kosztów terapii (24% badanych). W innym badaniu (Vendetti i in., 2002) zwrócono uwagę, że stosunkowo niskie wskaźniki zgłaszalności do leczenia osób uzależnionych od kannabinoidów wiążą się z brakiem dostępu do specyficznych programów terapii adresowanych wyłącznie do nich, ze względu na typ używanej substancji, co koreluje z niechętnym stosunkiem uzależnionych od marihuany do uczestnictwa w programach leczniczych zdominowanych przez osoby uzależnione od alkoholu, opioidów czy innych narkotyków.

Spójne z powyższymi wynikami badań pozostają rezultaty naukowych dociekań dotyczące czynników, które ułatwiają zgłoszenie się do leczenia (Gates i in., 2009). Zwraca uwagę duża liczba osób uzależnionych od kannabinoidów, która wskazuje na potrzebę formułowania specyficznych programów terapii adresowanych wyłącznie do tej grupy pacjentów. Co ciekawe, argument ten częściej był wskazywany przez kobiety niż mężczyźni. W celu dotarcia do jak największej liczby potencjalnych odbiorców proponuje się w celach informacyjnych i promocyjnych wykorzystanie środków masowego przekazu, takich jak lokalne radio, kanały telewizyjne oraz media elektroniczne. Ponadto uczestnicy badań zwracali uwagę na sposób przyjmowania na terapię. Tryb przyjęcia powinien być maksymalnie uproszczony i przyjazny pacjentom. Wśród potencjalnych ułatwień wymieniano np. przyjmowanie do leczenia w krótkim czasie po zgłoszeniu, unikanie list oczekujących, brak wymogu abstynencji od narkotyków w chwili zgłoszenia się do terapii.

Pomimo występowania wielu czynników utrudniających podjęcie leczenia, z roku na rok liczba osób zgłaszających się do placówek leczenia uzależnień z powodu używania kannabinoidów systematycznie rośnie. Trend ten od co najmniej dekady obserwowany jest nie tylko w Polsce, ale także w pozostałych krajach europejskich, USA czy Australii. Obecnie co drugi pacjent po raz pierwszy zgłaszający się do leczenia w Polsce jest uzależniony od przetworów konopi. Dane gromadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach systemu sprawozdawczości TDI (*Treatment Demand Indicator*) za rok 2013 wskazują, że ok. 3% pacjentów w lecznictwie stacjonarnym i ok. 30% w lecznictwie ambulatoryjnym zgłasza się do terapii z powodu problemów spowodowanych używaniem marihuany lub haszyszu.

Skuteczne podejścia terapeutyczne

Badania nad skutecznymi metodami leczenia osób uzależnionych od przetworów konopi są prowadzone od ponad 25 lat m.in. w USA, Australii i niektórych krajach europejskich. Obecnie za najlepiej udokumentowane uważa się terapie wzmacniające motywację (*Motivational Enhancement Therapy* – MET), terapie poznawczo-behawioralne, terapie oparte na systemie zachęt (*contingency management*) oraz, w przypadku młodzieży, różne formy terapii rodzin (Budny i in., 2007). Poszukując skutecznych oddziaływań psychoterapeutycznych oraz tych najbardziej efektywnych kosztowo, badano także kombinacje wszystkich wymienionych podejść.

Abstynencja i ograniczanie używania przetworów konopi to główne miary stosowane w ocenie skuteczności badanych podejść psychoterapeutycznych i psychospołecznych.

Terapia wzmacniająca motywację odwołuje się przede wszystkim do założeń dialogu motywującego Rollnicka i Millera. W podejściu tym kładzie się nacisk na empatię terapeuty, uważne słuchanie, wskazywanie rozbieżności pomiędzy stanem pożądanym przez klienta a tym, w którym się obecnie znajduje, wzmacnianie poczucia własnej skuteczności klienta oraz jego mocnych stron. Celem terapii nie jest uczenie nowych umiejętności psychospołecznych, takich jak radzenie sobie ze stresem, komunikowanie swoich potrzeb czy rozpoznawanie sygnałów nawrotu choroby, lecz pobudzenie klienta do refleksji i sprowokowanie go do zmiany wzoru używania na mniej szkodliwy lub rezygnacji z używania kannabinoidów.

Terapie poznawczo-behawioralne mają ugruntowaną pozycję wśród metod o udokumentowanej skuteczności. Znajdują zastosowanie w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i wielu innych zaburzeń psychicznych. W leczeniu uzależnień programy wywodzące się z tego nurtu obejmują zwykle od 6 do 14 sesji, realizowanych w cyklach cotygodniowych lub częściej. Każda sesja trwa od 45 do 90 minut. W podejściu tym wykorzystywane są nie tylko metody i techniki zaczerpnięte z dialogu motywującego, ale także stosowany jest szeroki wachlarz technik ukierunkowanych na nabywanie umiejętności psychospołecznych sprzyjających ograniczeniu używania substancji lub rezygnacji z nich. Czas pomiędzy sesjami przeznaczony jest na realizację zadań domowych, które polegają na sprawdzaniu i utrwalaniu umiejętności omawianych podczas spotkań terapeutycznych. System zachęt (*contingency therapy*) to kolejne podejście wykorzystywane w leczeniu osób uzależnionych od przetworów konopi. Wywodzi się ono z terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu, kokainy i opioidów. Wprowadzenie do terapii wzmocnień w postaci finansowych zachęt (voucherów) ma za zadanie utrzymać pacjenta jak najdłużej w terapii i zachęcić do utrzymywania abstynencji. Pacjenci uzależnieni od przetworów konopi, wobec których zastosowano system finansowych zachęt, czy to w ramach programów badawczych, czy codziennej praktyki klinicznej, mogli otrzymać do kilkuset dolarów w trakcie trwania terapii, pod warunkiem zachowywania abstynencji. W okresie pierwszych dwóch tygodni terapii często awansem otrzymywali vouchery stanowiące równowartość ok. 2 dolarów każdy, bez względu na wynik badania testowego. Wiadomo bowiem, że u osób używających długotrwale kannabinoidów

pozytywny wynik badania moczu można otrzymywać do dwóch tygodni po zaprzestaniu ich używania. W kolejnych tygodniach stosowania systemu zachęt negatywny wynik badania skorelowany był z pozytywnym wzmocnieniem, czyli uzyskaniem określonej gratyfikacji finansowej w postaci voucheru. Pod koniec trwania terapii pacjent mógł uzyskać różnego rodzaju dobra materialne, których wartość stanowiła ekwiwalent zgromadzonych podczas terapii środków finansowych (voucherów) (Budney, 2006).

Choć każda z wymienionych metod została uznana za skuteczną w badaniach uwzględniających losowy dobór do grupy eksperymentalnej i kontrolnej, to jednak wskaźniki tej skuteczności, wyrażane w odsetkach osób zachowujących abstynencję po ukończonym leczeniu w katamniezie rocznej, osiągają bardzo umiarkowane wartości w porównaniu z grupami kontrolnymi (wobec których nie stosowano oddziaływań psychoterapeutycznych). Roczna abstynencję po zastosowaniu kombinacji terapii wzmacniającej motywację z terapią poznawczo-behawioralną zachowywało, w zależności od badania, od 19 do 29% dorosłych pacjentów. Osoby, które uczestniczyły wyłącznie w terapii wzmacniającej motywację, czyli najkrótszej formie oddziaływań, utrzymywały (w zależności od badania) w rocznej katamniezie abstynencję na poziomie 9-28% osób. Z kolei po zastosowaniu terapii rodzin odsetek młodzieży utrzymującej abstynencję w rok po zakończeniu terapii wahał się pomiędzy 17 a 34%. Wysokimi wynikami skuteczności odznaczał się także system zachęt. O ile wyniki osiągnięte na końcu leczenia z zastosowaniem tego podejścia jako samodzielnej metody były podobne do tych uzyskiwanych w przypadku kombinacji terapii poznawczo-behawioralnej, wzmacniania motywacji i systemu zachęt, o tyle wyniki odroczone w rocznej katamniezie wskazywały na większą skuteczność podejścia opartego na kombinacji wymienionych metod niż wyłącznie systemu zachęt. Uzyskane wyniki należy interpretować w ten sposób, że nabycie m.in. określonych umiejętności społecznych, uzyskanie wglądu w mechanizmy nawrotu choroby sprzyja utrzymywaniu długotrwałej abstynencji po ukończonym leczeniu. Samodzielnie stosowany system zachęt pozbawiony był tego waloru terapeutycznego, a jego efekty były widoczne przede wszystkim w utrzymaniu pacjenta w terapii i zachowywaniu w trakcie jej trwania abstynencji.

Na tle powyższych wyników wyróżniają się rezultaty osiągnięte w programie zatytułowanym CANDIS, wykorzystującym elementy dialogu motywującego, terapii poznawczo-behawioralnej i treningu umiejętności społecznych (D'Zurilla, Goldfried, 1971). Osiągnięty w badaniu wskaźnik absty-

nencji, bliski 50% w pół roku po zakończeniu terapii, jest znacząco wyższy niż w wielu innych badanych programach prowadzonych w podobnych populacjach pacjentów (Hoch i in., 2011, Hoch i in., 2012). Należy dodać, że skuteczność programu CANDIS była oceniana dwukrotnie. Po raz pierwszy w warunkach eksperymentalnych, po raz drugi zaś w warunkach codziennej praktyki klinicznej w 11 poradniach leczenia uzależnień w Niemczech. Osiągnięte wskaźniki skuteczności, zarówno w pierwszym, jak i w drugim badaniu, były optymistyczne (odpowiednio wskaźnik abstynencji wyniósł 50% i 41%).

Program CANDIS w Polsce

Rosnąca liczba osób uzależnionych od przetworów konopi skłoniła Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii do poszukiwania odpowiedniej dla nich oferty leczniczej. Program CANDIS, adresowany do osób powyżej 16. roku życia, opracowany przez Centralny Instytut Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Heidelberga w Mannheim we współpracy z Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie, wydawał się spełniać te oczekiwania. Dostępne w 2012 roku wyniki ewaluacji tego programu, cytowane powyżej, zachęcały do nawiązania kontaktu z niemieckim partnerem i rozpoczęcia systematycznych szkoleń polskich terapeutów. Obecnie ok. 177 terapeutów z ok. 100 ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień posiada kwalifikacje do prowadzenia tego programu.

Z informacji i danych ankietowych zbieranych przez realizatorów programu CANDIS w Polsce i analizowanych przez Krajowe Biuro wynika, że podobnie jak w całym leczeniu uzależnień, w programie CANDIS zdecydowanie dominują mężczyźni, którzy stanowią 80% leczonych osób. Średnia wieku pacjentów to 22,5 lat. Więcej niż połowa z nich w chwili zgłoszenia się do programu uczyła się lub studiowała (53%). Kolejne 31% były to osoby pracujące. Największy odsetek stanowiły osoby (67%), które przed rozpoczęciem terapii w programie CANDIS używały przetworów konopi nie dłużej niż 5 lat. Kolejne 25% leczonych to osoby mające staż używania pomiędzy 5 a 10 lat. Osoby używające powyżej 10 lat stanowiły ok. 8% leczonych pacjentów. Najczęściej (70%) była to ich pierwsza próba leczenia. Pacjenci programu CANDIS w 70% pochodzili ze stabilnych, poprawnie funkcjonujących rodzin. Pacjenci zgłaszali się do programu, ponieważ byli zmęczeni swoją sytuacją życiową, dostrzegali, że ich życie koncentruje się niemal w całości wokół palenia „trawki” lub jej organizowania. Dostrzegali często, że dłu-

gotrawe używanie marihuany czy haszyszu negatywnie wpłynęło na ich pamięć krótkotrwałą, utrudniało im wywiązywanie się z obowiązków szkolnych czy zawodowych oraz sprzyjało konfliktom i trudnościom z otoczeniem. Decyzję o podjęciu leczenia najczęściej podejmowali pod wpływem zachęt ze strony bliskich i rodziny (43%). Znaczący odsetek deklarował także, że była to ich samodzielna decyzja wynikająca z braku satysfakcji z dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Presja kuratora lub prokuratora stanowiła powód zgłoszenia się do terapii dla 16% ankietowanych pacjentów. W przypadku 5% były to inne, niewymienione tu przyczyny. Program CANDIS był szeroko promowany przez Krajowe Biuro zarówno wśród użytkowników przetworów konopi, terapeutów uzależnień, jak i przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Niebagatelny wpływ na upowszechnienie informacji o tym programie miało umieszczenie odpowiednich ogłoszeń na stronach internetowych m.in. Ruchu Wolne Konopie. Program CANDIS ma swoją stronę internetową (www.candisprogram.pl), poprzez którą można uzyskać także poradę pocztą elektroniczną. Wdrażanie programu, pomimo udokumentowanej wysokiej skuteczności, napotyka na poważne trudności, przede wszystkim polegające na tym, że oprócz Krajowego Biura i oczywiście grupy terapeutów uzależnień, żadna instytucja nie jest zainteresowana jego finansowaniem w sposób, który zachęcałby terapeutów, poradnie, stowarzyszenia, do jego szerokiej implementacji. Jaskółką, która nie czyni wiosny, jest kilka samorządów gminnych, które finansują realizację programu na terenie swoich gmin. Optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie obligatoryjnego pakietu metod i programów leczenia osób uzależnionych, które powinny znajdować się w ofercie większości placówek udzielających świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Dopiero wówczas otworzyłyby się drzwi do wprowadzenia na szeroką skalę zróżnicowanych, udokumentowanych metod leczenia, w tym dla osób uzależnionych od przetworów konopi, stanowiących najliczniejszą grupę pacjentów.

Podsumowanie

Wśród nielegalnych substancji psychoaktywnych to problemy powodowane używaniem przetworów konopi stanowią najczęstszą przyczynę zgłaszania się do leczenia. Pomimo to, z badań wynika, że tylko niewielka liczba osób uzależnionych od marihuany czy haszyszu zgłasza się do terapii. Za skuteczne podejścia terapeutyczne w leczeniu osób uzależnionych od kannabinoidów uważa się obecnie terapię wzmacniającą

motywację, podejście poznawczo-behawioralne, system zachęty oraz różne formy terapii rodzin, w szczególności w odniesieniu do uzależnionej młodzieży.

Skuteczność powyższych podejść mierzona odsetkiem osób zachowujących abstynencję po roku od zakończenia leczenia wynosi od 9 do 34%. Korzystnie w tym kontekście wyglądają rezultaty realizowanego w Polsce programu CANDIS, którego absolwenci w okresie 6 miesięcy po zakończeniu terapii zachowują abstynencję od 41% (w warunkach codziennej praktyki klinicznej) do 50% (w warunkach eksperymentalnych). Potrzeba prowadzenia dalszych badań nad poprawą wyników terapii jest podnoszona przez wielu badaczy i praktyków. Testowana jest także użyteczność i skuteczność terapii on-line z wykorzystaniem przewodników do samodzielnej terapii dla osób uzależnionych od przetworów konopi.

W interesie decydentów, terapeutów oraz pacjentów leży to, aby w najbliższych latach kłaść nacisk na upowszechnianie metod o udokumentowanej skuteczności.

Bibliografia

- Budny A.J., Roffman R., Stephens R.S., Walker D., „Marijuana dependence and its treatment”, *Addiction Science and Clinical Practice* 4/2007.
- Ellingstad T.P., Sobel L.C., Sobel M.B., Eickbleberry L., Golden C.J., „Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviours* 31/2006.
- Gates P., Taplin S., Copeland J., Swift W., Martin G., „Barriers and facilitators to Cannabis Treatment. National Cannabis Prevention and Information”, Centre University of New Wales, Sydney 2009.
- „Europejski raport narkotykowy”, EMCDDA, 2014.
- Vendetti J., McRee B., Miller M., Christiansen K., Herrel J., „The Marijuana Treatment Project Research Group. Correlates of pre-treatment drop-out among persons with marijuana dependence”, *Addiction* 97/2002.

DRUID to skrót od nazwy projektu *Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (Prowadzenie samochodu pod wpływem narkotyków, alkoholu i leków)*, który był realizowany w Europie w latach 2006–2011. Badanie to jest jednym z największych tego rodzaju przedsięwzięć przeprowadzonych jak dotąd na świecie¹.

DRUID – SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

W projekcie uczestniczyło 38 ośrodków badawczych i naukowych z kilkunastu państw europejskich. W 13 państwach, w tym w Polsce, przeprowadzono we współpracy z policją badania drogowe Roadside Surveys, na podstawie których oszacowano rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród kierowców. Oprócz tego w sześciu z tych państw przebadano kierowców poszkodowanych w wypadkach, a w czterech – zabitych. Łącznie badaniem objęto 48,5 tys. kierowców.

Na podstawie uzyskanych wyników i badań eksperymentalnych oceniających wpływ poszczególnych substancji na zdolność prowadzenia pojazdu, określono poziom ryzyka dla osób jeżdżących po narkotykach lub alkoholu.

Badanie DRUID ma się przyczynić do zwiększenia skuteczności oddziaływań społecznych wobec osób siadających za kierownicą po spożyciu substancji psychoaktywnych, a w efekcie końcowym do zmniejszenia liczby ofiar wypadków z tego powodu. Warto dodać, że w latach 2001–2010

liczba ofiar tego typu wypadków spadła z ponad 54 tys. do 31 tys. rocznie (w 1991 roku życie straciło ponad 75 tys. ludzi!).

Badania ogólnej populacji kierowców

Występowanie substancji psychoaktywnych wśród kierowców badano podczas kontroli drogowych wykonywanych przez policję przy współpracy z osobami cywilnymi, które przeprowadzały ankietę i pobierały próbki śliny bądź krwi. W kwestionariuszach uwzględniano miesiąc, dzień tygodnia, godzinę i rodzaj drogi, na której dokonywano kontroli oraz typ pojazdu (samochód, motor, rower), płeć i wiek kierowców. Oprócz pobierania próbek, pytano o spożycie substancji. Wyniki posłużyły do porównania sytuacji epidemiologicznej różnych krajów.

Zestawienie danych z poszczególnych państw wskazało na kilka trendów charakterystycznych dla regionów Europy. I tak np. kraje Południa – Hiszpania, Włochy, Portugalia

cechuje najwyższy wskaźnik prowadzenia pojazdów zarówno pod wpływem alkoholu, jak i narkotyków. W przypadku alkoholu dołączają do nich także Belgia i Litwa. Z kolei kraje północne – Szwecja, Norwegia i Finlandia – miały stosunkowo wysoki odsetek prowadzących pojazdy pod wpływem leków, głównie tzw. *Z-drugs* i opiatów medycznych. Na Północy często wykrywano również benzodiazepiny, jednak te były popularne w większości państw, m.in. w Belgii i w krajach określonych jako wschodnie, tj. w Czechach, na Węgrzech i na Litwie. W Polsce ten odsetek był znikomy i wynosił 0,14%; podobnie niskie wskaźniki powtarzały się dla większości substancji.

Alkohol

Zdecydowana większość badanych kierowców była trzeźwa – średnia europejska to 92,57%, przy czym dla krajów północnych i wschodnich było to ponad 97%, a dla Południa ok. 85%.

Najczęściej wykrywaną substancją był alkohol. Zidentyfikowano go u 3,48% skontrolowanych kierowców. Najwyższe odsetki odnotowano we Włoszech – 8,59%, Belgii – 6,42% i Portugalii – 4,93%. Niewiele poniżej 4% było w Hiszpanii i na Litwie. Te same państwa, choć w innej kolejności, pojawiają się w czołówce, jeśli wziąć pod uwagę stężenie alkoholu powyżej 0,5 promila: Włochy(5,24%), Litwa (2,31%), Belgia (2,15%), Hiszpania (1,61%) i Portugalia (1,22%).

Najmniej przypadków prowadzenia pojazdów po alkoholu odnotowano na Węgrzech – 0,02% i w Norwegii – 0,15%. Poniżej 1% odnotowano także w Finlandii i Czechach. Polska plasuje się poniżej średniej, ze wskaźnikiem 1,47%.

Wiek i płeć

Prowadzenie pod wpływem alkoholu jest domeną mężczyzn, głównie starszych, w przedziałach wiekowych 35-49 lat i 50+, choć w niektórych krajach, takich jak Portugalia, Litwa, Finlandia alkohol częściej wykrywano u najmłodszych kierowców – z grupy 18-24 lata.

Tabela 1. Stężenie alkoholu we krwi w różnych kategoriach wiekowych mężczyzn (Polska).

Stężenie	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+	Łącznie
0,1–0,49 g/L	0,34	1,26	1,90	0,09	1,05
0,5–0,79 g/L	0,17	0,30	0,10	0,26	0,21
0,8–1,19 g/L	–	0,91	0,07	–	0,32
1,2+	0,03	0,15	0,33	0,09	0,17
Łącznie	0,54	2,61	2,41	0,45	1,75

W Polsce w grupie wiekowej 18-24 lata jazda po spożyciu alkoholu zdarzała się stosunkowo rzadko (0,47%) i najczęściej były to ilości poniżej 0,5 promila alkoholu we krwi. Natomiast w tej grupie najczęściej wykrywano inne substancje: THC (1,52%), benzodiazepiny (0,31%) i amfetaminę (0,12%). W trendach dotyczących podziału wg płci wyjątek stanowią Włochy i Hiszpania. W państwach tych więcej kobiet niż mężczyzn prowadziło pod wpływem alkoholu (w pozostałych krajach mężczyźni przeważali o co najmniej 50%). Specyfika Włoch na tym jednak się nie kończy – w grupie kobiet w wieku 25-34 lata wykrywalność alkoholu osiągnęła poziom ponad 18% – fenomen ten badacze tłumaczą błędem preselekcji osób zatrzymywanych przez policjantów (należy też zwrócić uwagę, że ta grupa kobiet stanowiła zaledwie 0,09% wszystkich badanych we Włoszech – 120 osób). Z kolei wśród Włosek w wieku powyżej 50 lat (0,02% badanych) odsetek prowadzących pod wpływem alkoholu wyniósł ponad 15%, przy czym wszystkie przypadki znalazły się w grupie dopuszczalnej ilości 0,1-0,49 promila.

Ilości

W rekomendacjach autorzy badania proponują uznanie 0,5 promila alkoholu za dopuszczalną ilość progową, powyżej której zaburzenia zdolności prowadzenia pojazdu znacznie zwiększają ryzyko wypadku. Ilość ta była również odniesieniem dla ustalenia ilości progowych dla innych substancji. Oprócz Litwy, gdzie u ponad 40% skontrolowanych kierowców stężenie alkoholu we krwi przekraczało 1,2 promila – oraz Włoch, gdzie próg 0,5 promila przekroczyło 60% badanych – granica ta była przekraczana przez niewielki odsetek kierowców.

W Polsce najbardziej ryzykowna pod tym względem okazała się grupa mężczyzn w wieku 25-34 lata, w której zdarzało się najwięcej przypadków spożycia dużych ilości alkoholu: 0,3% skontrolowanych kierowców miało powyżej 0,5 promila alkoholu we krwi, 0,9% powyżej 0,8 promila, 0,15% powyżej 1,2 promila.

Przy tym najwyższe stężenia – powyżej 1,2 promila – zdarzały się częściej w grupie 35-49 lat (u 0,33% badanych). W liczbach bezwzględnych jest to prawie 40 tys. kierowców. Alkohol w takich ilościach zwiększa statystyczne ryzyko zaistnienia wypadku nawet kilkusetkrotnie.

Czas wykrycia

Jeśli chodzi o czas wykrywania alkoholu, to w większości krajów najwięcej przypadków ujawniono nocami (od 22.00

do 3.59) w tygodniu, następnie w weekendy (w Belgii było to odpowiednio 21% i 16,6%, we Włoszech 10,6% i 8,9%, w Holandii 9,2% i 6,6%). Tylko w Danii i na Litwie najczęściej przypadków odnotowywano w weekend w godzinach dziennych i wieczornych od 4.00 do 21.59 (3,3% w Danii i 5% na Litwie); podobnie było w Polsce, gdzie wykrywalność w tym okresie była prawie taka sama jak w tygodniu w nocy (1,7% i 1,72%), przy czym w weekend w dzień zdarzało się najczęściej przypadków stężenia alkoholu powyżej 0,5 promila. Specyfiką Polski i Portugalii jest również stosunkowo wysoki odsetek kierowców jadących po spożyciu alkoholu, wykrywanych w tygodniu w dzień – natomiast nocami w weekend kierowców pod wpływem alkoholu było najmniej (0,86%), stężenie alkoholu u ponad połowy z nich nie przekraczało 0,5 promila.

Alkohol jest najpopularniejszą substancją wykrywaną u kierowców i wiąże się z nim największe zagrożenia dla ruchu drogowego, dlatego autorzy raportu z badania wielokrotnie zaznaczają, że priorytetem są działania zapobiegające picciu przez kierowców. Pozostałe substancje w mniejszym stopniu

oddziałują na zdolność prowadzenia pojazdu i były znacznie rzadziej wykrywane, przez co analiza ich występowania obejmuje mniejszą ilość czynników.

THC

THC, czyli związek aktywny konopi indyjskich i ich pochodnych, to druga po alkoholu najczęściej występująca substancja psychoaktywna w skali Europy – zarówno w ruchu drogowym, jak i w populacji generalnej. Jej popularność jest największa u najmłodszych kierowców i spada wraz z wiekiem. Jak w większości przypadków, w statystykach dominują mężczyźni, ale w przypadku THC było ich jeszcze więcej niż w przypadku alkoholu.

Wyjątkiem są znów Włochy, gdzie najczęściej przypadków prowadzenia pojazdów po spożyciu THC wykryto u osób w wieku 35-49 lat i gdzie kobiet pod wpływem THC było więcej niż mężczyzn.

Średnia rozpowszechnienia THC wśród kierowców wyniosła 1,32%, jednak jest ona w znacznym stopniu kształtowana przez jedno państwo – Hiszpanię, w której THC wykryto

Tabela 2. Stężenie alkoholu we krwi kontrolowanych kierowców w przedziałach czasowych: dzień/noc i dni robocze/wolne (Polska).

Stężenie	W tygodniu		W weekend		Łącznie/ stężenie
	4:00–21:59	22:00–03:59	4:00–21:59	22:00–03:59	
0,1–0,49 g/L	0,85	1,15	1,01	0,51	0,89
0,5–0,79 g/L	0,13	0,14	0,31	0,34	0,18
0,8–1,19 g/L	0,34	0,14	0,08	–	0,27
1,2+	0,09	0,29	0,31	0,09	0,14
Łącznie/okres	1,41	1,72	1,7	0,86	1,47

Tabela 3. Odsetek kierowców, u których wykryto THC samo oraz w kombinacji z innymi substancjami.

	ES	NL	PT	IT	PL	NO	CZ	BE	DK	HU	FI	SE	LT
THC	5,99	1,67	1,38	1,15	0,57	0,48	0,46	0,35	0,2	0,19	0,04	0,03	–
THC + inna substancja	0,9	0,43	0,41	0,96	0,02	0,16	0,11	0,14	0,11	0,02	–	–	–

Tabela 4. Odsetek kierowców, u których wykryto kokainę samą i w kombinacjach.

	ES	IT	NL	BE	NO	HU	FI	PT	CZ	DK	LT	PL	SE
Kokaina	1,49	1,25	0,3	0,2	0,06	0,04	0,03	0,03	–	–	–	–	–
Kokaina + inna substancja	1,09	0,39	0,36	0,23	0,07	–	–	0,22	0,05	0,06	–	–	0,01

Tabela 5. Odsetek kierowców, u których wykryto amfetaminę samą i w kombinacjach.

	CZ	LT	NL	ES	SE	NO	FI	PL	DK	BE	HU	IT	PT
Amfetamina	0,36	0,22	0,19	0,11	0,07	0,06	0,05	0,05	0,02	–	–	–	–
Amfetamina + inna substancja	0,02	–	0,18	0,11	–	0,15	0,05	0,02	0,02	–	–	0,33	0,02

u 6% kierowców. Na Litwie nie odnotowano ani jednego przypadku, a w sześciu innych krajach występowanie nie przekroczyło 0,5%.

Kraje o najwyższym odsetku to, oprócz Hiszpanii, także Holandia, Portugalia i Włochy – o najniższym: Szwecja, Finlandia i Dania. W Polsce THC wykryto u 0,59% kierowców.

Stymulanty

Z grupy stymulantów oddzielnie badano kokainę oraz amfetaminy (amfetaminę, metamfetaminę, MDMA i metabolity). Kokaina była kolejną, po alkoholu i THC, najczęściej występującą substancją wśród kierowców prowadzących pojazdy – średnia europejska to 0,42%. Na ten wynik wpływały przede wszystkim Hiszpania i Włochy (odpowiednio 1,49% i 1,25%, nie licząc połączeń), następujące po nich Holandia i Belgia mają wyniki kilkakrotnie niższe (0,3% i 0,2%). W pozostałych państwach występowanie samej kokainy nie przekroczyło 0,06% (Norwegia, Węgry, Finlandia, Portugalia) lub nie wykryto jej w ogóle (Czechy, Dania, Litwa, Polska, Szwecja).

W Hiszpanii i we Włoszech główną grupą użytkowników dróg, którzy jeździli pod wpływem kokainy, byli mężczyźni z grup wiekowych 25-34 lata i 35-49 lat. W Belgii i Holandii użytkownicy byli młodsi – od 18 do 34 lat. Kobiety jeżdżące pod wpływem kokainy w znaczących odsetkach wykryto jedynie w Hiszpanii (0,65%) i Holandii (0,15%).

Należy tu zaznaczyć, że wyniki dla kokainy niemal podwajają się, jeśli wziąć pod uwagę występowanie jej w połączeniu

z innymi substancjami. W kombinacjach pojawiła się ona dodatkowo w Czechach, Danii i Szwecji.

Amfetaminy wykrywano znacznie rzadziej, jednak i tutaj zaobserwować można znaczny wzrost występowania w połączeniu z innymi substancjami, co wydaje się specyfiką stymulantów.

Średnia europejska to 0,08%. W czterech państwach nie natrafiono na samą amfetaminę, najwięcej przypadków wykryto w Czechach – 0,36%, na Litwie – 0,22%, w Holandii – 0,19% i w Hiszpanii – 0,11%. Natomiast w połączeniu z inną substancją, amfetaminy w znacznych ilościach występowały dodatkowo we Włoszech (0,33%) i w Norwegii (0,21%), a w Hiszpanii i Holandii podwoiły wynik wykrywalności. W pozostałych państwach, w tym w Polsce, która jest jednym z czołowych, obok Holandii, producentów amfetaminy, w sumie wykryto tę substancję u maksymalnie 0,07% kierowców.

W czterech krajach nie wykryto samej amfetaminy (Belgia, Węgry, Włochy i Portugalia), w dwóch z nich (Włochy i Portugalia) pojawiła się ona w połączeniu z innymi substancjami. Amfetaminy cechuje dodatkowo polaryzacja użytkowników – w części krajów, w tym w Polsce, jest to domena niemal wyłącznie kobiet, w innych – wyłącznie mężczyzn. Jako że w większości państw kobiety stanowiły mniej niż połowę badanych, wyniki w tej grupie znacznie przekraczają średnie liczone dla całych populacji kierowców – np. na Litwie wykrywalność wśród kobiet przekroczyła 1,5%, w Hiszpanii 0,3%, a w Polsce 0,1%.

Warto tutaj nadmienić, że badania eksperymentalne nie wykazały zaburzeń zdolności prowadzenia pojazdu po stymulantach, a zagrożenia związane z tymi substancjami wynikają z niedoboru snu lub występowania innych substancji w organizmie, zwłaszcza alkoholu.

Opiaty i leki

W badaniu DRUID opiaty podzielono na nielegalne i medyczne. Do pierwszej grupy zaliczono heroinę, morfinę

Tabela 6. Odsetek kierowców, u których wykryto amfetaminę z podziałem na kobiety i mężczyzn.

	Kobiety	Mężczyźni
LT	1,53	0,08
ES	0,3	0,06
PL	0,11	0,04
CZ	0	0,46
SE	0	0,09

Tabela 7. Odsetek kierowców w Europie używających opiatów.

	IT	PT	BE	PL	ES	NL
Opiaty	0,30	0,15	0,09	0,09	0,05	0,01
Opiaty + inna substancja	0,71	0,03	0,07	–	0,21	–

Tabela 8. Odsetek wszystkich kierowców w Europie, u których wykryto opiaty medyczne.

	DK	BE	SE	FI	IT	CZ	ES	NL	NO	HU	PT	PL	LT
Opiaty med.	0,79	0,75	0,63	0,56	0,53	0,21	0,19	0,16	0,16	0,11	0,11	0,03	–
Opiaty med. + inna substancja	0,01	0,23	0,11	0,09	0,7	–	–	0,05	0,08	0,19	0,09	–	–

i kodeinę. Kombinacje morfiny z kodeiną, gdy ta ostatnia przeważała, traktowano jako opiaty medyczne.

Nielegalne opiaty są zjawiskiem rzadkim w ruchu drogowym, co przypisuje się ich efektem jako depresantów, takim jak senność i ociężałość. Występowały tylko w sześciu z trzynastu krajów, w tym w Polsce. Badacze wskazują przy tym na dużą nieregularność wyników, która ogranicza możliwość porównań.

Większość użytkowników opiatów to mężczyźni w wieku 35-49 lat. Wyjątek stanowi Belgia, w której najwięcej było mężczyzn w wieku 18-24 lata i kobiet po 50. roku życia, oraz Hiszpania, ze sporym odsetkiem kobiet w wieku 18-24 lata. We Włoszech i w Hiszpanii opiaty często mieszano z innymi substancjami. W krajach tych oraz w Portugalii najczęściej wykrywane były one w weekendy oraz w porach nocnych. Jedynie w Polsce i we Włoszech na nielegalne opiaty trafiano w ciągu tygodnia, w porach dziennych.

Do medycznych opiatów i opioidów zalicza się substytuty heroiny oraz środki przeciwbólowe i uspokajające (metadon, tramadol, morfina, kodeina). Ich występowanie było znacznie częstsze niż opiatów nielegalnych i dotyczyło większości państw – wyjątek stanowi Litwa, gdzie nie wykryto tych substancji. Polska była na ostatnim miejscu z odsetkiem 0,03% kierowców.

Tabela 9. Odsetek kierowców pod wpływem opiatów medycznych wśród kobiet i mężczyzn.

Kraj	%	Płeć
IT	0,3	m
IT	1,24	k
BE	0,51	m
BE	1,25	k
DK	0,45	m
DK	1,46	k
SE	0,53	m
SE	0,87	k
FI	0,59	m
FI	0,5	k
ES	0,23	m
ES	0	k
CZ	0,13	m
CZ	0,47	k

Tabela 10. Odsetek kierowców, u których wykryto benzodiazepiny.

	PT	BE	HU	LT	ES	IT	NO	FI	CZ	DK	NL	SE	PL
Benzodiazepiny	2,73	2,01	1,50	1,41	1,40	0,97	0,84	0,79	0,62	0,47	0,40	0,19	0,14
Benzodiazepiny w kombinacjach	0,22	0,27	0,25	0,03	0,32	0,75	0,20	0,29	0,04	0,04	0,04	0,02	–

W porównaniu z innymi substancjami, opiaty medyczne, podobnie jak większość leków psychoaktywnych, cechuje duża popularność w krajach skandynawskich. Przy uwzględnieniu kombinacji z ich udziałem na pierwsze miejsca w statystykach wysuwają się jednak Włochy i Belgia. W Czechach, Hiszpanii, Polsce i na Litwie opiaty medyczne nie występowały w kombinacjach.

Kolejna cecha tych substancji to duża popularność wśród kobiet. W krajach o największej wykrywalności, odsetki wśród kobiet były znacznie wyższe niż wśród mężczyzn. Wyjątkiem jest Finlandia, gdzie przeważają mężczyźni, i Hiszpania, gdzie nie było przypadku kobiet pod wpływem opioidów.

Wiek użytkowników najczęściej przekraczał 35 lat. Młodsze kobiety znaczącą grupę stanowiły tylko w Danii i Czechach (25-34 lata) oraz w Szwecji (18-34 lata). Młodszy mężczyźni zdarzali się tylko w Finlandii (25-34 lata) i Belgii (18-24 lata).

Benzodiazepiny

Benzodiazepiny to grupa leków uspokajających stosowanych w leczeniu stanów lękowych i bezsenności. Cechuje je duży potencjał uzależniający i znaczny wpływ na zdolność prowadzenia pojazdu, zwłaszcza przez pierwsze dwa tygodnie przyjmowania. W badaniu sprawdzano obecność diazepam, nordiazepam, oxazepam, lorazepam, alprazolam, flunitrazepam i clonazepam.

Benzodiazepiny okazały się dość popularne w ruchu drogowym. Średnia europejska to 0,9%; wykryto je we wszystkich państwach uczestniczących w badaniu, przy czym w dwóch średnia przekraczała 2%, a w kolejnych trzech 1,4%. W Polsce benzodiazepiny zidentyfikowano u 0,14% kierowców, co jest najniższą średnią we wszystkich państwach.

Występowanie benzodiazepin w kombinacjach jest stosunkowo rzadkie, jedynie we Włoszech 44% przypadków stanowiły osoby używające równocześnie innych substancji, a w Finlandii 27%.

Wśród użytkowników benzodiazepin również przeważają kobiety, choć nie w tak dużym stopniu jak w przypadku opioidów. Jedynie w Portugalii i na Litwie odsetek wśród kobiet był kilkakrotnie wyższy niż u mężczyzn (w Portugalii

Tabela 11. Odsetek kierowców używających tzw. Z-drugs.

	NO	FI	DK	SE	BE	HU	NL
Z-drugs	0,69	0,36	0,32	0,31	0,22	0,07	0,04
Z-drugs + inna substancja	0,07	0,22	–	0,11	0,07	0,08	0,01

4,75% kobiet i 1,68% mężczyzn, na Litwie odpowiednio 7,07% i 0,82%). Mężczyźni przeważali tylko w Danii (0,6% i 0,22%) i Finlandii (0,56% i 0,92%); natomiast w Polsce nie było przypadków kobiet kierujących pod wpływem benzodiazepin.

Najpopularniejsza wśród obu płci grupa wiekowa to osoby powyżej 50. roku życia. Wyjątkiem były Włochy, gdzie niemal wszyscy użytkownicy benzodiazepin mieli 18-24 lata, natomiast na Węgrzech odsetek mężczyzn z tej grupy wiekowej był drugi co do wielkości po 50+. W Portugalii spory udział miały kobiety z przedziału wiekowego 25-49 lat, przy czym w grupie 50+ występowanie przekroczyło 10%. Fenomenem jednak okazała się Litwa, gdzie benzodiazepiny wykryto u prawie połowy kobiet po 50. roku życia. Autorzy raportu wskazują jednak na niewielką reprezentację tej grupy (121 osób), co dopuszcza przypadek.

Z kolei fenomenem krajów skandynawskich okazały się tzw. Z-drugs. Oprócz Norwegii, Szwecji, Danii i Finlandii, wykryto je jedynie w Belgii i w niewielkich ilościach w Holandii i na Węgrzech.

Z-drugs (zolpidem, zopiclon) to leki nasenne o działaniu zbliżonym do benzodiazepin, jednak pochodzące z innej grupy chemicznej. Ulotki tych leków ostrzegają przed nadmiernymi dawkami oraz przed prowadzeniem pojazdu bez odpowiedniej ilości snu.

Podobnie jak benzodiazepiny, substancje te używane są najczęściej przez kobiety po 50. roku życia. Wśród mężczyzn również zdecydowanie przeważa ta grupa wiekowa – osoby młodsze stanowią u obu płci rzadkość (wyjątkiem są Węgry, gdzie leki te wykrywano wyłącznie u kobiet w wieku 25-34

Tabela 12. Odsetek kierowców, u których wykryto jakikolwiek narkotyk oraz przypadki używania więcej niż jednej substancji.

	ES	PT	IT	BE	NL	NO	HU	FI	DK	CZ	LT	SE	PL
Jeden narkotyk	9,23	4,41	4,19	3,62	2,77	2,27	1,91	1,83	1,80	1,65	1,63	1,23	0,88
Więcej niż jeden	0,57	0,23	1,22	0,30	0,35	0,28	0,27	0,29	0,06	0,11	–	0,12	0,02

Tabela 13. Odsetek kierowców, u których wykryto alkohol oraz alkohol w połączeniu z innymi substancjami.

	IT	BE	PT	ES	LT	DK	NL	PL	CZ	FI	NO	HU
Alkohol	8,59	6,42	6,42	3,92	3,86	2,53	2,15	1,47	0,99	0,64	0,32	0,15
Alkohol + inna substancja	1,01	0,31	0,31	1,14	0,03	0,1	0,24	–	0,05	0,08	0,07	0,03

lata). W grupie wiekowej 18-24 lata nie zdarzały się przypadki używania przez kierowców Z-drugs.

Również podobnie jak benzodiazepiny, wykrywalność miała miejsce przez cały tydzień, najczęściej w porach dziennych, ewentualnie nocami w dni robocze (Szwecja, Finlandia). Nie było przypadków w nocy w dni wolne, co w połączeniu z wiekiem użytkowników może świadczyć o niestosowaniu tych substancji dla celów rekreacyjnych.

Połączenia substancji

Narkotyki inne niż alkohol wykryto u ponad 2,5% kierowców. Około 22% z nich używało więcej niż jednej substancji naraz. Najwięcej takich przypadków odnotowano we Włoszech i w Hiszpanii – średnie pozostałych krajów wypadły poniżej 0,35%. Włochy i Hiszpania przodują również w rozpowszechnieniu kombinacji alkoholu z innymi substancjami. Dla substancji mieszanych charakterystyki użytkowników kształtują się podobnie jak dla większości narkotyków nielegalnych, tzn. przeważają mężczyźni z młodszych grup wiekowych – i tu, co również stanowi pewien trend, wyjątkiem są Włochy, gdzie kobiety i mężczyźni występują w podobnych odsetkach oraz gdzie znaczna część użytkowników kilku substancji była w wieku 35-49 lat. Ta sama grupa wiekowa przeważa w Hiszpanii.

Z kolei na Węgrzech kombinacje narkotyk-narkotyk wykrywano wyłącznie u kobiet.

Polska uzyskała najniższe wskaźniki zarówno w przypadku używania narkotyków pojedynczo, jak i w połączeniach; jest również jedynym krajem, w którym nie wykryto kombinacji narkotyki-alkohol (Szwecja nie dostarczyła wyników dla alkoholu).

Przypisy

¹ Źródła dostępne są na stronie www.druid-project.eu w zakładce Deliveries. Przytaczane tutaj dane pochodzą przede wszystkim z raportów D 2.2.3 cz. 1. i 2. (Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in drivers in traffic in general in 13 countries), D 2.2.5 (Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers) oraz z raportu końcowego.

Używanie substancji psychoaktywnych powoduje duże szkody zdrowotne i społeczne. Konieczne staje się więc podejmowanie działań zmierzających do ograniczania popytu i podaży tych środków, a także działań mających na celu redukcję szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych. Kluczową rolę powinien w tym zakresie odgrywać samorząd terytorialny jako organ posiadający kompleksowe informacje na temat problemów społecznych, kształtujący, poprzez gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminny program przeciwdziałania narkomanii, lokalną strategię działań oraz, co chyba najważniejsze, posiadający możliwość finansowania działań zaplanowanych w tych programach.

PROFILAKTYKA I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ WE WROCŁAWIU

Sławomir Pietrzak

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Urząd Miejski Wrocławia

Diagnoza problemu uzależnień we Wrocławiu

Wrocław, stolica Dolnego Śląska, jest nie tylko siedzibą władz miejskich i wojewódzkich, ale przede wszystkim największym i najbardziej zaludnionym miastem regionu – w marcu 2014 roku mieszkało tu prawie 631 tys. osób, co stanowiło ok. 21,7% populacji województwa dolnośląskiego. Największą grupę mieszkańców stanowią osoby w wieku produkcyjnym (65,71% ogółu populacji), następnie osoby w wieku poprodukcyjnym – 19,57%, najmłodsza grupa, czyli osoby w wieku poniżej 18. roku życia stanowią 14,72% mieszkańców. Wśród mieszkańców miasta dużą grupę tworzą studenci – w kilkunastu wyższych uczelniach studiuje ponad 130 tys. osób. Wrocław jest więc miejscem szczególnym zarówno w kontekście kultury, nauki i gospodarki, ale także występujących tutaj problemów społecznych.

Niewątpliwie jednym z ważniejszych problemów społecznych, zwłaszcza w dużych miastach i aglomeracjach, jest problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

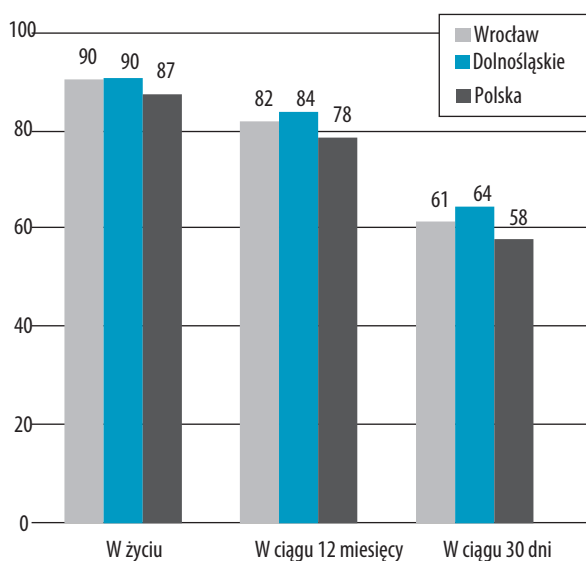
Zmiany społeczne i ekonomiczne, jakie zaszły w Polsce po 1989 roku, spowodowały znaczący wzrost dostępu do substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, jak i nielegalnych. Na początku lat 90., oprócz narkotyków pochodzenia naturalnego, pojawiły się także narkotyki syntetyczne, takie

jak amfetamina i ecstasy. A obecnie w użyciu są też inne środki psychoaktywne, popularnie nazywane „dopalaczami”. Wrocław należy do miast realizujących od kilku lat działania związane z monitorowaniem problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Oprócz gromadzenia informacji dotyczących przestępczości narkotykowej, zgłaszalności do leczenia czy też dostępności poradnictwa i terapii, w mieście realizowane są badania społeczne dotyczące problemu uzależnień. Co cztery lata realizowane jest badanie młodzieży szkolnej, zgodnie z metodologią badań ESPAD. Również co cztery lata wykonujemy badanie w populacji generalnej. Ostatnie badania, zarówno młodzieży, jak i dorosłych, zostały przeprowadzone w 2011 roku.

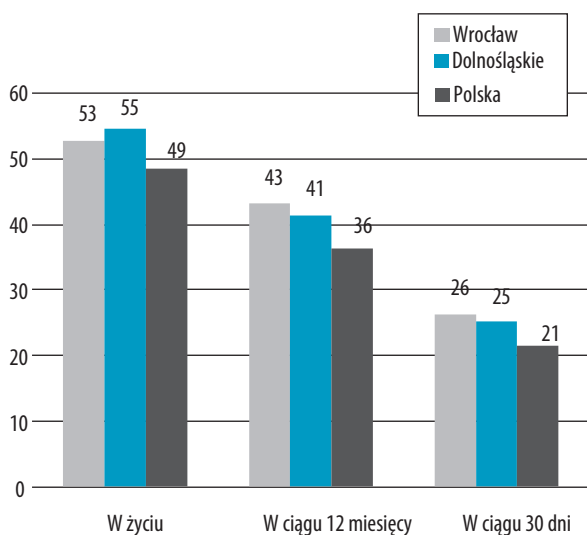
Wyniki badania ESPAD¹ pokazują, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia alkohol piło 90,1% uczniów klas trzecich gimnazjalnych i 96,3% uczniów klas drugich ponadgimnazjalnych. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 61,2% 15-16-latków oraz 84,2% 17-18-latków. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 26,4% uczniów z klas trzecich gimnazjum i 36,3% klas drugich ponadgimnazjalnych. W czasie całego życia ani razu nie upiło się 47,3% uczniów z młodszej grupy wiekowej

i 25,1% uczniów ze starszej grupy wiekowej. Według badanej grupy młodzieży dostępność alkoholu jest duża, 82% uczniów gimnazjów i 95% uczniów szkół ponadgimnazjalnych twierdzi, że nie miałyby problemów z kupieniem piwa. Podobne wyniki otrzymano, pytając o dostępność wina (odpowiednio: 71% i 90%) i wódki (64% i 89%). Najbardziej popularnym alkoholem wśród młodzieży jest piwo. W okresie ostatniego miesiąca przed badaniem sięgnęło po nie 60% uczniów gimnazjum i 82,5% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Drugim rodzajem alkoholu pod względem popularności

Wykres 1. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy pili napoje alkoholowe.



Wykres 2. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy się upili.



jest wódka, sięgnęło po nią ok. 42% uczniów gimnazjum i 65% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

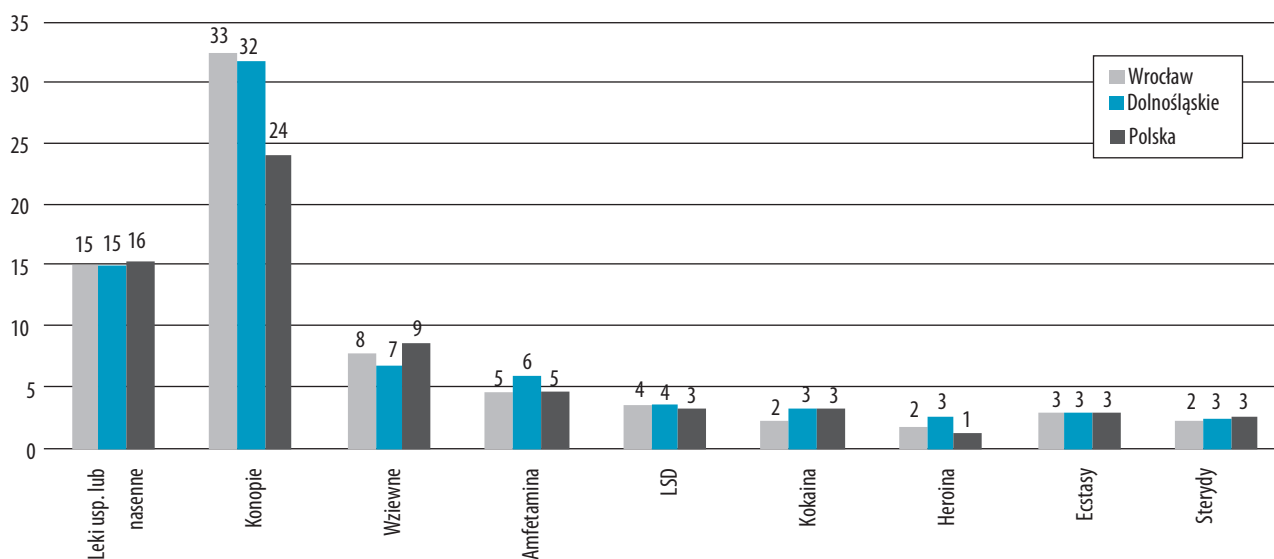
Wyniki badania ESPAD wskazują również na znacznie niższy poziom rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych niż legalnych. Większość badanych nigdy nie sięgała po substancje nielegalne. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia, większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. Od 1995 roku, tj. od początku realizacji cyklicznych ogólnopolskich badań ESPAD, nadal na pierwszym miejscu wśród najpopularniejszych narkotyków jest marihuana. Spośród uczniów klas trzecich gimnazjum chociaż raz w życiu paliło marihuanę lub haszysz 37,2% chłopców oraz 27,6% dziewcząt. Dla uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych analogiczne wskaźniki wynoszą już 52,4% dla chłopców i 44,2% dla dziewcząt. Odsetek osób uważających marihuanę i haszysz za łatwe do zdobycia rośnie wraz z wiekiem. Takich odpowiedzi udziela ponad połowa (51,3%) uczniów z klas trzecich gimnazjum oraz ponad trzy piąte (62,2%) ankietowanych z klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie danej substancji w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. Przeprowadzone badanie pokazało, że młodzież Wrocławia używa głównie trzech substancji psychoaktywnych: przetworów konopi, substancji wziewnych i ecstasy. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem przetwory konopi były używane przez 26,8% uczniów klas trzecich gimnazjum i 38,1% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Substancje wziewne używa 3,4% uczniów z młodziej grupy wiekowej i 1,5% uczniów z grupy starszej, zaś ecstasy używa regularnie 1,6% uczniów z grupy młodziej i 2,7% uczniów z grupy starszej. Eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi oraz okazjonalne i częste używanie jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż dziewcząt.

Niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach”, jednak tylko 16,2% uczniów klas trzecich gimnazjów i 22,2% uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki uczniów, którzy kiedykolwiek używali „dopalaczy”, są jeszcze niższe (12,2% gimnazjalistów i 15,7% uczniów szkół ponadgimnazjalnych). Z badań² przeprowadzonych w 2011 roku wynika, że każdy dorosły mieszkaniec Wrocławia wypił średnio 4,9 litra czystego alkoholu (100%). We Wrocławiu kobiety piją więcej alkoholu niż mężczyźni (średnio 5,2 litra czystego alkoholu rocznie w stosunku do 4,6 litra dla mężczyzn). Wiek respondentów nie wpływa znacząco na ilość spo-

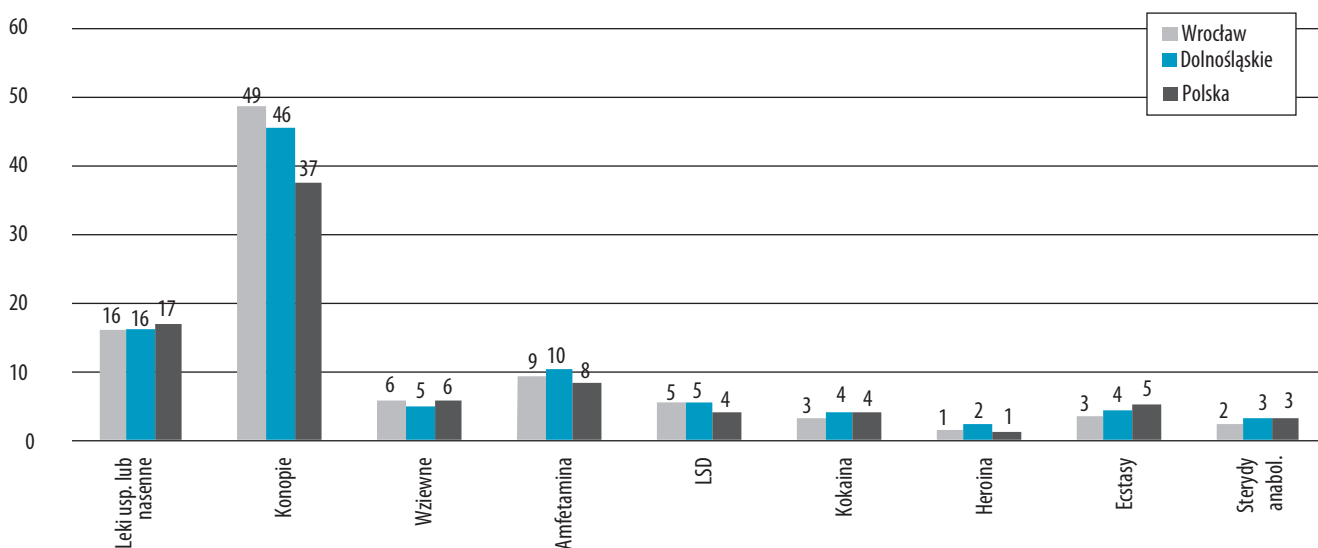
żywanego alkoholu. We wszystkich grupach wiekowych średnie spożycie alkoholu zbliżone jest do średniej dla mieszkańców Wrocławia. Porównując strukturę spożycia różnych alkoholi z uwzględnieniem miejsca konsumpcji, warto odnotować, iż zarówno w przypadku wódki, jak i piwa zdecydowanie wzrosło spożycie tych napojów na świeżym powietrzu. W 2011 roku na takie miejsce konsumpcji wódki wskazywało niemal 25% ankietowanych, podczas gdy w roku 2008 jedynie niecałe 2%. W 2008 roku 6,7% ankietowanych spożywało piwo pod tzw. chmurką, a w 2011 roku spożycie piwa na świeżym powietrzu wzro-

zło do 19,1%. Ankietowani deklarują także, że najczęściej alkohol spożywają na zaplanowanych i niezaplanowanych spotkaniach towarzyskich oraz bez specjalnej okazji. Niemal 40% deklaruje, że upiło się kilka razy w życiu, 25% ankietowanych sytuacja taka zdarzyła się raz lub dwa razy w życiu. Prawie 1% respondentów zadeklarował, że upija się regularnie kilka razy w tygodniu. Podobne odsetki uzyskano, pytając ankietowanych o zjawisko „urwanego filmu”. Prawie 30% ankietowanych zadeklarowało, że znaleźli się w takim stanie kilka razy w życiu, 25% respondentów stwierdziło, że doświadczyło „urwania filmu” raz lub dwa razy w życiu,

Wykres 3. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków psychoaktywnych chociaż raz w swoim życiu.



Wykres 4. Odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków psychoaktywnych chociaż raz w swoim życiu.



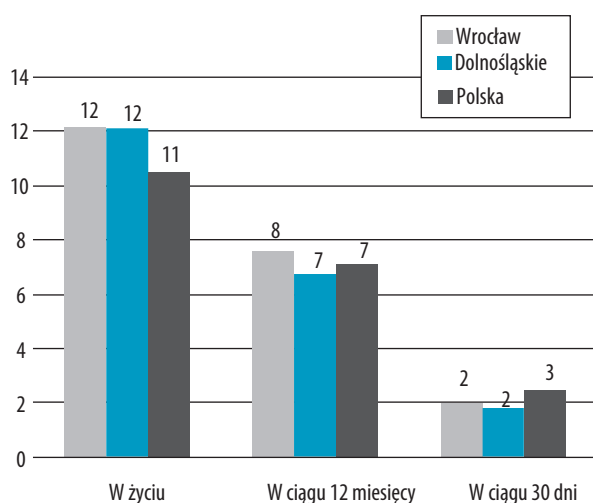
a prawie 1% badanych deklaruje, że doświadcza tego stanu kilka razy w tygodniu.

Z badań tych wynika również, że ok. 35% respondentów używało w swoim życiu przynajmniej raz jakiegoś nielegalnego środka odurzającego. Zdecydowanie najwięcej respondentów (średnio co trzeci badany) przyznaje się do spróbowania kiedykolwiek w życiu marihuany lub haszyszu. Mniej osób przyznało się do spróbowania amfetaminy (17,8%), ecstazy (11,6%), LSD (5,3%) oraz kokainy (2,8%).

We Wrocławiu najbardziej dostępnym nielegalnym środkiem odurzającym według respondentów jest marihuana. Około 27% respondentów uznało, że zdobycie jej byłoby dla nich zadaniem dosyć łatwym lub wręcz bardzo łatwym. Dla ponad połowy (52,8%) zdobycie marihuany stanowiłoby problem. Środkami, których dostępność na terenie Wrocławia można również określić jako stosunkowo wysoką, są: substancje wziewne (58,1% oceniło, że ich zdobycie byłoby dla nich bardzo łatwe; 13,6% uznało to za bardzo trudne), amfetamina (10,4% oceniło zdobycie jako bardzo łatwe; 49,9% jako bardzo trudne), LSD (9,8% oceniło zdobycie jako bardzo łatwe; 46,4% jako bardzo trudne), ecstazy (29,2% oceniło zdobycie jako łatwe; 33,9% jako trudne).

W badaniach zaobserwowano, że we Wrocławiu używanie marihuany/haszyszu jest wyższe niż średnia w kraju. Również dostępność przetworów konopi oceniana jest wyżej niż średnia w kraju, a wrocławianie są w mniejszym stopniu niż mieszkańcy Dolnego Śląska i kraju przekonani o dużym ryzyku związanym z próbami używania przetworów konopi.

Wykres 5. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali „dopalaczy”.



W 2014 roku we Wrocławiu przeprowadzono drugą edycję badań pn. Wrocławska Diagnoza Społeczna³. W przeprowadzonych badaniach występowanie problemu uzależnień lub innych niekorzystnych zjawisk zdiagnozowano w 5% badanych gospodarstw domowych. Występowanie problemu nadużywania alkoholu u przynajmniej jednego domownika zdiagnozowano w 31% tych gospodarstw, co stanowi 1,6% gospodarstw domowych w mieście. Występowanie problemu uzależnienia od leków zaobserwowano wśród 18% tych gospodarstw (tj. 0,9% wszystkich gospodarstw domowych). W zaledwie 2% „problemowych” gospodarstw zaobserwowano zażywanie tzw. dopalaczy, a w 3% zdiagnozowano zażywanie narkotyków. Analiza wyników powyższego badania pokazała również, że częstotliwość występowania uzależnienia od alkoholu jest większa w gospodarstwach, gdzie nie ma dzieci oraz osób poniżej 19. roku życia.

Działania profilaktyczne

Działania profilaktyczne realizowane we Wrocławiu wynikają bezpośrednio ze zdiagnozowanych problemów. Od 2012 roku we Wrocławiu realizowane i dofinansowywane są przede wszystkim programy profilaktyczne posiadające rekomendację Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji. Nie rezygnujemy jednak z uznanych i wartościowych programów profilaktycznych realizowanych dotychczas, których skuteczność została potwierdzona w ewaluacji, a które nie mają rekomendacji wyżej wymienionych instytucji.

W 2012 roku wspólnie z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii zostały przeprowadzone szkolenia dla nauczycieli gimnazjów dotyczące realizacji programu profilaktyki uniwersalnej „Unplugged”. W pierwszych szkoleniach wzięło udział 40 nauczycieli. W 2013 roku została przeszkolona grupa kolejnych 20 osób. Większość nauczycieli realizuje program „Unplugged” w swoich szkołach. Planujemy, że na przełomie 2015 i 2016 roku uda się przeszkolić kolejne grupy nauczycieli gimnazjów oraz szkół podstawowych – szacujemy, że będzie to ok. 100 osób. Rekomendowanym programem profilaktycznym realizowanym również na terenie miasta jest „Archipelag Skarbów”, którego wdrożenie rozpoczęło się w 2013 roku w kilku gimnazjach. W pierwszej edycji programu wzięło udział

ok. 200 uczniów, a w 2014 roku w programie uczestniczyło już 2899 odbiorców.

Na terenie miasta realizowane są także inne programy profilaktyczne posiadające rekomendacje wymienionych wcześniej instytucji centralnych. Są to: Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej Fundacji Praesterno, Program Wzmacniania Rodziny dla rodziców i młodzieży w wieku 10-14 lat oraz „Fred goes net”. We wrześniu tego roku planujemy rozpocząć realizację programu promocji zdrowia psychicznego dla dzieci pn. „Przyjaciele Zippiego”. We Wrocławiu stawiamy również na programy związane z zagospodarowaniem czasu wolnego dzieci i młodzieży. Są one realizowane w 32 świetlicach i 16 klubach środowiskowych. Ostatni tego rodzaju program autorski, który wdrażamy, nosi nazwę „Trener Osiedlowy”. W ramach tego programu na 47 boiskach przez 15 godzin w tygodniu młodzież i dzieci mogą uczestniczyć w zajęciach sportowych pod okiem profesjonalnych trenerów. W ramach zajęć, zgodnie z rekomendacjami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, realizowane są oddziaływania mające na celu kreowanie właściwych zachowań i postaw związanych z umiejętnością współpracy w grupie i zdrowym stylem życia. Codziennie w zajęciach uczestniczy ok. 700 osób. Program „Trener Osiedlowy” jest obecnie realizowany także w innych miastach regionu i kraju.

Wsparcie programów terapeutycznych

Oprócz działań profilaktycznych Wrocław wspiera także realizację programów terapeutycznych, w szczególności program leczenia substytucyjnego realizowany przez Wrocławskie Centrum Zdrowia. Program ten jest realizowany od 2007 roku i corocznie jest wspierany finansowo i organizacyjnie przez władze miasta. Obecnie uczestniczy w nim ponad 200 osób. Beneficjenci programu otrzymują nie tylko pomoc medyczną w postaci substytutu, ale także uczestniczą w terapii indywidualnej i grupowej. Współpracują też z pracownikiem socjalnym, którego zadaniem jest motywowanie do samodzielności oraz powrotu do aktywnego życia społecznego, kształtowanie pozytywnych relacji z otoczeniem, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych. Dzięki tej kompleksowej pomocy stwarzane są warunki do szybkiego powrotu do funkcjonowania w społeczeństwie. W mieście dostępna jest także sieć punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i członków ich rodzin. Można uzyskać w nich wsparcie i pomoc

w radzeniu sobie z problemem uzależnienia oraz uzyskać informacje dotyczące dostępnej pomocy ambulatoryjnej. Punkty prowadzone są przez organizacje pozarządowe wyłaniane w drodze postępowania konkursowego. W każdym punkcie dyżuruje specjalista lub instruktor terapii uzależnień. Obecnie we Wrocławiu działa osiem punktów, w których osoby uzależnione lub ich rodziny mogą uzyskać poradę. W niektórych punktach realizowane są także programy wczesnej interwencji, takie jak „Fred goes net”, czy programy terapeutyczne, np. „Candis”.

Osoby uzależnione od alkoholu mogą skorzystać z rozszerzonej oferty terapeutycznej w miejskich podmiotach leczniczych: we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ i Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED. W placówkach tych pomoc znajdą też osoby współuzależnione, DDA i inni. W działających we Wrocławiu klubach abstynenta osoby zdrowiejące mogą skorzystać z szerokiej oferty warsztatów i szkoleń pomagających im radzić sobie ze swoimi problemami.

Programy redukcji szkód

Przeciwdziałanie uzależnieniom to oczywiście nie tylko profilaktyka i terapia. To również działania z zakresu redukcji szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania środków psychoaktywnych. We Wrocławiu programy redukcji szkód są integralną częścią polityki narkotykowej miasta. W mieście działają dwa programy wymiany igieł i strzykawek: jeden we Wrocławskim Centrum Zdrowia, a drugi prowadzony jest przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Psychoprofilaktyczne RETURN. Stowarzyszenie RETURN prowadzi Centrum Redukcji Szkód, gdzie oprócz programu wymiany igieł i strzykawek, działa również świetlica „drop in”. Stowarzyszenie realizuje także w kilku wrocławskich klubach działania edukacyjno-profilaktyczne skierowane do osób zagrożonych uzależnieniem, uzależnionych i podejmujących ryzykowne zachowania. W ramach tych działań streetworkerzy i partyworkerzy prowadzą rozmowy, udzielają porad i informacji oraz rozdają prezerwatywy. We Wrocławiu prowadzone są również działania środowiskowe skierowane do klientów centrów fitness i centrów sportowych, którzy w celu kształtowania „właściwej sylwetki” nadużywają suplementów diety, odżywek oraz różnego rodzaju stymulantów, w tym także narkotyków. Działania te są realizowane przez streetworkerów: trenerów sportowych i specjalistów terapii uzależnień współpracujących z Fundacją PozyTYwka.

Szkolenia i superwizje dla realizatorów

W ramach realizowanego we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ programu, realizatorzy działań profilaktycznych oraz terapeuci mogą korzystać bezpłatnie z superwizji oraz podnosić swoje kwalifikacje. Superwizje dla profilaktyków i terapeutów realizowane są przez uznane w środowisku autorytety, a uczestniczą w nich niemalże wszystkie podmioty zajmujące się we Wrocławiu profilaktyką i terapią.

Priorytetowym działaniem związanym ze szkoleniami jest to, aby jak najwięcej terapeutów uzależnień uzyskało certyfikat specjalisty lub instruktora terapii uzależnień. W związku z tym największe dofinansowanie udzielane jest osobom, które chciałyby uzyskać taki certyfikat. W przypadku tego rodzaju szkoleń dofinansowanie nie może przekroczyć 50% kosztów szkolenia. Od momentu wprowadzenia takiego rozwiązania z dofinansowania skorzystało ponad 20 osób.

Obecnie w ramach realizowanego przez Fundację Prastero projektu „Profnet”, dwie osoby z Wrocławia przygotowują się do uzyskania kwalifikacji umożliwiających wykonywanie zawodu profilaktyka uzależnień.

Współpraca z organizacjami pozarządowymi

W realizacji większości działań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom kluczowym partnerem miasta są organizacje pozarządowe. Organizacje te prowadzą punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz kluby abstynenta. Większość świetlic i klubów środowiskowych prowadzona jest również przez NGO.

Przekazywanie organizacjom pozarządowym realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom następuje na podstawie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Większość zadań jest realizowanych w ramach umów wieloletnich, które zapewniają miastu zabezpieczenie realizacji jego zadań własnych, zaś organizacjom pozarządowym stabilność finansowania realizowanych przez nich zadań.

W trakcie roku budżetowego organizacje pozarządowe mają możliwość wnioskowania o dodatkowe finansowanie realizowanych przez nie działań w trybie artykułu 19a ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tzw. małe granty) i w trybie art. 12, umożliwiającego organi-

zacji wnioskowanie o realizację działań, które nie zostały przewidziane przez jednostkę samorządu terytorialnego. Zarówno w przypadku konkursów ofert, jak i małych grantów kluczowe znaczenie dla przyjęcia programu do realizacji i jego finansowania ma doświadczenie oferenta, jakość oferowanych przez niego programów oraz ich zgodność z istniejącymi standardami. Istotne jest również to, że do oceny wniosków w ramach konkursów ofert zapraszamy przedstawicieli organizacji pozarządowych posiadających wiedzę i kompetencje w zakresie problematyki uzależnień.

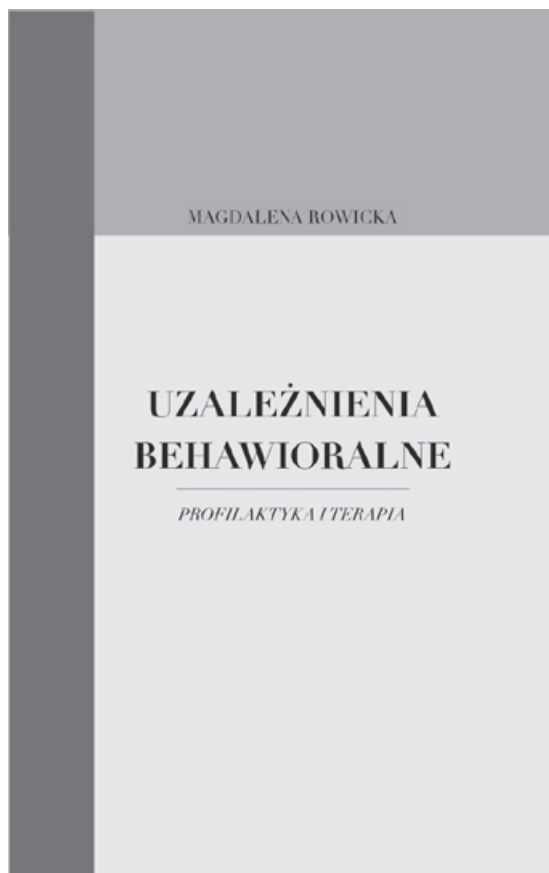
Podsumowanie

Używanie narkotyków, podobnie jak alkoholu, powoduje duże szkody zdrowotne i społeczne. Konieczne staje się więc podejmowanie działań zmierzających do ograniczenia popytu i podaży tych środków, a także działań mających na celu redukcję szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych. Szczególnie istotne jest, aby działania takie podejmowane były już na poziomie lokalnym we współpracy z wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w przeciwdziałanie narkomanii. Kluczową rolę powinien odgrywać samorząd terytorialny jako organ posiadający kompleksowe informacje na temat problemu narkomanii, kształtujący, poprzez gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminny program przeciwdziałania narkomanii, lokalną strategię działań oraz, co chyba najważniejsze, posiadający możliwość finansowania działań zaplanowanych w programach. Równie istotne jest, aby zespół kształtujący politykę alkoholową i narkotykową gminy posiadał wiedzę dotyczącą problematyki substancji psychoaktywnych.

We Wrocławiu działania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom realizowane są z uwzględnieniem zdiagnozowanych problemów i potrzeb oraz dzięki ścisłej współpracy z instytucjami i organizacjami zaangażowanymi w pracę na rzecz osób uzależnionych. Bowiem tylko współpraca i partnerstwo wielu podmiotów może przynieść wymierne korzyści społeczne i zdrowotne zarówno osobom uzależnionym, jak też innym mieszkańcom miasta.

Przypisy

- ¹ Raport z badania „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, 2011.
- ² Raport z badania „Rozpowszechnienie używania alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych wśród dorosłych mieszkańców Wrocławia”, 2011.
- ³ Raport z badań socjologicznych nad mieszkańcami Wrocławia pn. „Wrocławska Diagnoza Społeczna 2014”, 2014.



UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE. PROFILAKTYKA I TERAPIA

*Iwona Kitala-Dudek
specjalista terapii uzależnień, interwent kryzysowy,
mediator sądowy, coach*

Książka Magdaleny Rowickiej jest cenną publikacją, na którą warto było czekać. Charakteryzuje ją zwarty, jasny układ: od ogólnych informacji na temat poszczególnych rodzajów uzależnień (zaburzeń) behawioralnych, przez profilaktykę, aż po przykładowe strategie terapeutyczne.

Umiejętne połączenie wyników badań nad opisaną problematyką z przebiegiem i rozwojem zaburzenia daje czytelnikowi możliwość poznania specyfiki każdego z omawianych typów uzależnień. Podkreślić należy, że opisane zostały – poza najbardziej znanymi rodzajami uzależnień behawioralnych (uzależnienie od hazardu i od nowych technologii) – także uzależnienia rzadsze i mało znane, takie jak ortoreksja (obsesja na punkcie zdrowego odżywiania) czy tanoreksja (obsesja na punkcie opalonego ciała).

W rozdziale 1. autorka przeprowadza nas przez terminologię i dylematy związane z nazewnictwem. Spór „uzależnienie” czy „zaburzenie” opiera na dostępnej, obowiązującej klasyfikacji DSM-V. Porównuje uzależnienia behawioralne z chemicznymi, cele różnych podejść terapeutycznych, etiologię zaburzeń.

Z rozdziału 2. i 3. (hazard, zespół uzależnienia od internetu) dowiemy się nie tylko, czym charakteryzuje się osoba dotknięta danym zaburzeniem, ale poznamy też kryteria diagnostyczne oparte na dwóch podstawowych klasyfikacjach: chorób – ICD 10 i zaburzeń psychicznych – DSM-V. Opis form i faz, narzędzi diagnostycznych oraz mechanizmów odpowiedzialnych za uzależnienie, poparty wynikami badań, stanowi bardzo użyteczną pomoc nie tylko dla terapeutów czy pracowników służby zdrowia. Zawarte w publikacji informacje mogą być wykorzystywane także przez nauczycieli w pracy z uczniami (w ramach godzin wychowawczych czy zajęć profilaktycznych) i pracowników pomocy społecznej w postępowaniu wobec podopiecznych.

Rozdział 4. zawiera informacje o tych uzależnieniach, które na naszych oczach przybierają na sile: kompulsywne kupowanie, pracoholizm, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, ortoreksja i tanoreksja. Proponowane rozwiązania dylematów wiążących się z tymi zjawiskami, omówienie kwestionariuszy diagnozujących te zaburzenia są dla praktyków źródłem wiedzy doskonalącym ich warsztat pracy.

Rozdział 5. i 6. polecam w szczególności osobom, które zajmują się profilaktyką. Zestawienie polskich i międzynarodowych programów zapobiegania uzależnieniom behawioralnym oraz omówienie standardów, na jakich się opierają, to cenne wskazówki, pokazujące, jak wzmocnić skuteczność działań prewencyjnych chroniących przed patologicznymi zachowaniami.

Część III publikacji, rozdziały 7-10, prowadzą czytelnika przez strategie terapeutyczne wykorzystywane w pracy z klientem. Ocena ich skuteczności pozwala przewidywać czas i wielkość poprawy funkcjonowania klientów (ocenie poddana jest także efektywność grup samopomocowych). Ta część książki jest szczególnie cenna dla osób, które rozpoczynają pracę w zawodzie terapeuty uzależnień. Opis różnych podejść psychoterapeutycznych (nie tylko CBT czy dialogu motywującego) daje szansę na wyszkolenie kadry terapeutów przygotowanych do skutecznego udzielania pomocy szerokiej gamie klientów.

Przegląd przykładowych strategii pracy z problemami z cyberseksem, internetem, kompulsywnym kupowaniem i hazardem można wykorzystać jako cenne narzędzie, ułatwiające konstruowanie programu terapeutycznego w placówce i dostosowanie go do potrzeb i możliwości klientów poszukujących pomocy.

Tych blisko 150 stron, na których autorka zamieściła cenne, rzeczowe i poparte badaniami informacje, powinno znaleźć się w bibliotece każdego terapeuty uzależnień, nauczyciela-wychowawcy, lekarza, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego. Dzięki tej publikacji będziemy mogli zrobić więcej dla naszych podopiecznych.

Bezpłatny egzemplarz publikacji można zamówić na stronie publikacje.praesterno.pl.

DIALOG MOTYWUJĄCY – NOWA PUBLIKACJA

Dialog motywujący jest powszechnie stosowaną na świecie metodą w leczeniu uzależnień behawioralnych. Jest wykorzystywany w programach terapeutycznych jako forma przygotowania do dalszej terapii, ale także – coraz częściej – przez cały okres leczenia jako specyficzny styl prowadzenia terapii.

Prezentowana książka adresowana jest do osób, które chciałyby pogłębić wiedzę na temat możliwości zastosowania metody w obszarze uzależnień behawioralnych, zarówno w profilaktyce, jak i terapii. Niewątpliwie dużym atutem publikacji są jej autorzy. Poza Williamem R. Millerem, twórcą dialogu motywującego, redaktorkom naukowym udało się zaprosić do współpracy przy pisaniu podręcznika wielu światowej sławy ekspertów z obszaru dialogu motywującego i uzależnień.

Publikacja jest współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia.

Redakcja

Książka zawiera zbiór bardzo istotnych i potrzebnych dla środowiska terapeutycznego informacji dotyczących DM oraz jego różnorodnych zastosowań. Jest kolejnym krokiem w przełamywaniu utartych od dziesięcioleci schematów pracy z osobami uzależnionymi. Jest tym ważniejsza, iż dotyczy uzależnień behawioralnych, a więc dziedziny słabo jeszcze poznanej i zbadanej. Książkę można polecać szerokiemu wachlarzowi odbiorców – osobom chcącym dowiedzieć się więcej o uzależnieniach behawioralnych, terapeutom motywującym, osobom szkolącym się w psychoterapii, a także wszystkim, którzy chcą doskonalić swój warsztat terapeutyczny i sposoby pracy z pacjentami/klientami.

dr hab. prof. UŁ Jan Chodkiewicz
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Atutem niniejszej publikacji jest wszechstronność ujęcia tematu, co czyni ją przydatną dla specjalistów o różnym stopniu znajomości dialogu motywującego. Praca uwzględnia polski kontekst problemu oraz przedstawia historię rozwoju dialogu motywującego w Polsce. To niezwykle cenna i potrzebna w polskiej literaturze publikacja, obowiązkowa na liście każdego, kto zainteresowany jest dialogiem motywującym. Stanowi doskonale źródło inspiracji i zasługuje na uwagę zarówno specjalistów zajmujących się uzależnieniami behawioralnymi, jak i osób zaangażowanych w organizację pomocy psychologicznej oraz działania profilaktyczne.

Joanna Dudek
terapeutka motywująca PTTM, członkini MINT
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

 eneteia
www.eneteia.pl
ISBN 978-83-61538-76-9


Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej





Ministerstwo Zdrowia

DIALOG MOTYWUJĄCY

PRACA Z OSOBAMI
UZALEŻNIONYMI BEHAVIORALNIE



Redakcja naukowa
Jadwiga M. Jaraczewska
Małgorzata Adamczyk-Zientara

 eneteia

**KSIĄŻKA DOSTĘPNA JEST NA
STRONIE KRAJOWEGO BIURA
DS. PRZECIWDZIAŁANIA
NARKOMANII POD ADRESEM:
WWW.KBPN.GOV.PL
W ZAKŁADCE „PUBLIKACJE”.**

**ZACHĘCAMY PAŃSTWA
DO ZAPOZNANIA SIĘ
Z JEJ TREŚCIĄ.**

INTERNET – LUDZIE Z BRANŻY PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

Na internetowej stronie prowadzonego przez Fundację Praesterno programu PROFNET uruchomiony został unikalny w skali kraju dział prezentujący ludzi z branży przeciwdziałania uzależnieniom. Z przedstawianymi osobami prowadzone są – przez dwoje reporterów – wywiady przybliżające sylwetki bohaterów wywiadów oraz realizowane przez nich i ich organizacje programy. Materiały mają charakter osobistych wypowiedzi i odświeżają bardziej prywatne oblicze ludzi zajmujących się zawodowo uzależnieniami. Dział znajduje się pod adresem www.profnet.org.pl/organizacje-w-polsce/ludzie-programy-akcje.

Bardzo prosimy Czytelników o wskazanie osób z branży, które warto w tym dziale przedstawić.

Prosimy pisać na adres: biuro@praesterno.pl.

Redakcja

PROFNET
Wspieranie organizacji pozarządowych realizujących profilaktykę uzależnień

Ludzie, programy, akcje

- W poszukiwaniu ojca**
Rozmowa z Januszem Sakonikim – specjalistą ds. projektów społecznych w Caritasie
- Siła Dialogu Motywującego**
Rozmowa z Robertem Rejniakiem, specjalistą psychoterapii uzależnień, pedagogiem, ekspertem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przy Ministerstwie Zdrowia, od 1995 roku kierującym oddziałem Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy, a od 2002 roku wiceprezesem Zarządu Głównego PTZN.
- Profilaktyka może być optymistyczna**
Rozmowa z Rafałem Nowakiem, kierownikiem działu profilaktyki w Działalnym Centrum
- Tworzenie przyjaznej przestrzeni**
Agnieszka Skrzypczak, członkini zarządu Fundacji Zmian Społecznych „Kreatywni” w Gdyni opowiada o sąsiedztwie Fundacji oraz jej podopiecznych. Rozmawiał Dawid Zmuda.
- Dobry lider, mistrz i nauczyciel...**
...wychował wielu osób większych od siebie – rozmowa z Zygmuntem
- Szansa dla Gilwic**
Prezentacja Stowarzyszenia Promocji Zdrowia i Trwałego Stylu Życia
- Pomoc na wyciągnięcie ręki**
Z Mają Ruszpel, teatrologką z wykształcenia, założycielką fundacji Inspiratornia, dziennikarką, rzeczniczką prasową i współzałożycielką Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej rozmawia Elżbieta Szadurska-Źrbańska

Siła Dialogu Motywującego
24 KWIEŹNIA 2015

Rozmowa z Robertem Rejniakiem, specjalistą psychoterapii uzależnień, pedagogiem, ekspertem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przy Ministerstwie Zdrowia, od 1995 roku kierującym oddziałem Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy, a od 2002 roku wiceprezesem Zarządu Głównego PTZN.

„Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Z tą tezą chyba każdy się zgodzi. Okazuje się jednak, że wolimy inwestować – zarówno w skali jednostkowej jak i społecznej – w uporanie się z uzależnieniami od alkoholu, narkotyków i hazardu itp. niż zapobiegać tym uzależnieniom.

Nie wiem czy każdy, ale ja się zgadzam. Być może dysproporcja jeśli chodzi o inwestowanie opiera się na tym, że trudno wierzyć w skuteczność profilaktyki. W Polsce jest jeszcze niewiele programów, które swoją efektywność jest udokumentowana. Profilaktyka to tylko konkretne ukierunkowane oddziaływanie.

Tworzenie przyjaznej przestrzeni
20 KWIEŹNIA 2015

Agnieszka Skrzypczak, członkini zarządu Fundacji Zmian Społecznych „Kreatywni” w Gdyni opowiada o sąsiedztwie Fundacji oraz jej podopiecznych. Rozmawiał Dawid Zmuda.

Osiedle z lat sześćdziesiątych. Ściany na tyle cienkie, by nie dać się słyszeć komuś z sąsiedztwa. Komfortu zamknięcia się we własnym domu.

Kreatywni
FUNDACJA ZMIAN SPOŁECZNYCH

Pomoc na wyciągnięcie ręki
17 STYCZNIA 2015

Z Mają Ruszpel, teatrologką z wykształcenia, założycielką fundacji Inspiratornia, dziennikarką, rzeczniczką prasową i współzałożycielką Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej rozmawia Elżbieta Szadurska-Źrbańska

Dlaczego pani „przykłada rękę” – żeby sparafrazować jedno z haseł akcji społecznej Inspiratorni – do przeciwdziałania uzależnieniom?

To był przypadek. A może los. W pewnym momencie życia spotkałam niezwykle inspirujących ludzi. Szczególne znaczenie miała dla mnie możliwość pracy z Kasią Malinowską-Sempuch z Global Drug Policy Programme i doktorem Bohdanem Woronowiczem z Fundacji Zależni-Nie-Zależni. W tym samym czasie moje myślenie o osobach uzależnionych kształtowała lektura

wolnymi oczami to, co przynosi brak pracy i nadziei, braku solidarności i zmianami, żeby potem

leniające się miasto. Tu ciszej i na pierwszy rzut oka nie widać, że to jest miasto, za jezdnią trolejbusowa, niezbyt komfortowe ulice. W tym miejscu kończyły swoje felietony znanym mężem – w tym miejscu, czy myślały o tym zakątku miasta, gdyby pisać

nie nastroja do opisu okolicy, w której wysiada się z

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