



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (76) 2016

NR 4

2016

# WPROWADZENIE

*Drodzy Czytelnicy,*

przyłączam się do gratulacji przekazanych Alexisowi Goosdeelowi przez Artura Malczewskiego w związku z objęciem przez Alexisa funkcji dyrektora Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii i zachęcam do zapoznania się z wywiadem z nowym dyrektorem tego najważniejszego ośrodka informacji na temat narkotyków w Unii Europejskiej.

Numer Serwisu, który oddajemy Państwu do rąk, jest ostatnim wychodzącym pod tytułem Serwis Informacyjny Narkomania. Od 2017 roku nasze pismo zmienia formułę, co pociąga za sobą zmianę nazwy na Serwis Informacyjny Uzależnienia. Pismo będzie finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia. Bez uszczerbku dla problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych treść wzbogacona zostanie o problematykę uzależnień behawioralnych. Zapowiedzią zmian są już materiały publikowane w niniejszym numerze pisma. Anna Borkowska prezentuje artykuł poświęcony niebezpieczeństwom, jakie dla młodych ludzi stanowią gry komputerowe. Gry dostępne poprzez nowe technologie – komputery, tablety, telefony komórkowe, konsole – stają się coraz powszechniejsze, dla coraz liczniejszej grupy dzieci i młodzieży stanowią coraz popularniejszą formę spędzania wolnego czasu. Grać zaczynają dzieci coraz młodsze, nierzadko już w wieku przedszkolnym. Badania pokazują zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje dla młodych ludzi korzystania z tej formy aktywności. Jedną ze stwierdzonych zależności jest związek między występowaniem w grach agresji i przemocy a podniesieniem się poziomu agresji u dzieci. Młodzi gracze uczą się wrogich zachowań wobec innych, lekceważenia ich praw oraz tego, że skutecznym sposobem na rozwiązywanie problemów jest przemoc. Zjawisko elektronicznej agresji wśród adolescentów opisują psycholożki z Uniwersytetu Warszawskiego – Anna Szuster i Julia Barlińska. Cyberagresja jest współdeterminowana elektronicznym zapośredniczeniem kontaktów społecznych. Wynika to m.in. z tego, iż kontakt internetowy sprzyja deindywidualizacji, redukując jednocześnie poczucie odpowiedzialności. Na innym zagrożeniu behawioralnym dla młodych ludzi – hazardzie – koncentruje się Jacek Pyżalski, wskazując że niemal 25% młodych ludzi (18-24 lata) w Polsce wykazuje objawy ryzykownego angażowania się w hazard. Artykuł prezentuje wyniki badań, mających na celu stworzenie narzędzia do badania rozpowszechnienia problemów hazardowych wśród adolescentów.

Wśród materiałów poruszających w Serwisie problematykę uzależnień od substancji psychoaktywnych chciałbym zwrócić Państwa uwagę na prezentację danych z badania systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków, prowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w latach 2014–2015 (Projekt ASK). Celem badania – zainspirowanego i sfinansowanego przez Krajowe Biuro – była ocena stopnia zaspokojenia potrzeb osób uzależnionych od narkotyków w zakresie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej poprzez identyfikację tych potrzeb oraz analizę funkcjonalności i efektywności różnego typu placówek. W podsumowaniu autorzy raportu oceniają, że wzrosła w naszym kraju dostępność leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz zwiększył się zakres usług świadczonych tej kategorii pacjentów.

Powołując się na różnorodne doświadczenia wielu krajów i stanów w Stanach Zjednoczonych w zakresie polityki antynarkotykowej, Krzysztof Krajewski pokazuje, że poza dwoma przeciwstawnymi podejściami – prohibicją z jednej oraz legalizacją z drugiej strony – możliwe są podejścia pośrednie, takie jak „quasi-legalizacja” niektórych narkotyków, poczynając od „medycznej marihuany”, poprzez dopuszczenie psychoaktywnych leków substytucyjnych i „prawdziwych narkotyków” w programach leczenia podtrzymującego, po rozwiązania polegające na dekryminalizacji czy depenalizacji.

Na koniec pragnę zwrócić Państwa uwagę na artykuł Bartosza Michalewskiego i Krzysztofa Grabowskiego, prezentujący wyniki polskiego modułu badań prowadzonych w pięciu krajach UE na temat m.in. dostępności nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Mimo zamknięcia w 2010 roku przez Państwową Inspekcję Sanitarną wszystkich zidentyfikowanych sklepów z „dopalaczami”, prowadzone w latach 2014–2016 badania pokazały, że stacjonarny rynek „dopalaczy” nadal funkcjonuje w Polsce, choć w ograniczonym zakresie. Znacznie bardziej rozbudowanym rynkiem „dopalaczy” jest rynek wirtualny. Wybór substancji oferowanych w internecie jest bardzo duży, można też bez problemu zamówić znaczne ich ilości. Państwo stara się blokować „dopalacze” poprzez wpisywanie substancji o stwierdzonym działaniu psychoaktywnym na ustawową listę środków, których posiadanie, produkcja, przetwarzanie, przewóz i obrót są nielegalne.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury*

*Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### EMCDDA WOBEC NOWYCH WYZWAŃ

Wywiad z Alexisem Goosdeelem, dyrektorem EMCDDA ..... 2

## Polityka narkotykowa

### RÓŻNORODNOŚĆ ROZWIĄZAŃ W POLITYCE NARKOTYKOWEJ W EUROPIE I NA ŚWIECIE

Krzysztof Krajewski ..... 7

## Prawo

### OPIEKA NAD DZIECKIEM W KONTEKŚCIE UZALEŻNIENIA RODZICÓW. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska ..... 12

## Profilaktyka

### EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW – PORADNIKI

Piotr Oniszk ..... 17

## Nowe substancje psychoaktywne

### RYNEK DOPALACZY W POLSCE I SPOSOBY JEGO OGRANICZENIA

Krzysztof Grabowski, Bartosz Michalewski ..... 21

## Leczenie, redukcja szkód

### ADEKWATNOŚĆ SYSTEMU LECZENIA UZALEŻNIEŃ W STOSUNKU DO POTRZEB JEGO KLIENTÓW – PROJEKT ASK

..... 26

## Uzależnienia behawioralne

### GRY KOMPUTEROWE – NIEWINNA ROZRYWKA CZY DROGA DO UZALEŻNIENIA? – CZĘŚĆ 1

Anna Borkowska ..... 32

## Cyberagresja

### O MOŻLIWOŚCI OGRANICZENIA AGRESJI RÓWIEŚNICZEJ W INTERNECIE: ROLA PRZYJMOWANIA PERSPEKTYWY INNEJ OSOBY I EMPATII

Anna Szuster, Julia Barlińska ..... 36

## Uzależnienia behawioralne

### ŁÓDZKI KWESTIONARIUSZ PROBLEMÓW HAZARDOWYCH WŚRÓD ADOLESCENTÓW. ZAŁOŻENIA I WYBRANE WYNIKI

Jacek Pyżalski ..... 41

## Współpraca międzynarodowa

### WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W OBSZARZE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Artur Malczewski ..... 48

## Internet

ANTYUZALEŻNIENIOWE PORADNICTWO ONLINE ..... III i IV okładka



## EMCDDA WOBEC NOWYCH WYZWAŃ

Z Alexisem Goosdeelem, nowym dyrektorem<sup>1</sup> Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), rozmawia Artur Malczewski.

*– Na początku, w imieniu Serwisu Informacyjnego Narkomania, chciałbym panu pogratulować objęcia stanowiska dyrektora EMCDDA. Jakie są pana priorytety w tej nowej roli?*

– Jednym z naszych najważniejszych celów jest przygotowanie się na czekające nas w przyszłości nowe zjawiska w obszarze narkomanii. Przez ostatnie 20 lat, od momentu powstania EMCDDA, wiele zmieniło się w kwestii zakresu i charakteru problemu narkotykowego. Kiedy w 1995 roku organizacja rozpoczęła swoją misję, w Europie szerzyła się plaga uzależnień od heroiny, ze wszystkimi swoimi zagrożeniami i konsekwencjami dla zdrowia publicznego. Obecnie, w 2016 roku, problem narkotykowy jest dużo bardziej złożony, a wiele z monitorowanych obecnie substancji było praktycznie nieznanymi w latach 90. XX wieku. W dzisiejszych czasach w większości krajów Unii Europejskiej publiczne zażywanie narkotyków zdarza się o wiele rzadziej niż kiedyś. W związku z tym zjawisko narkomanii stało się mniej widoczne i prawdopodobnie nie tak istotne z punktu widzenia politycznego, co również stanowi dla nas wyzwanie. Można również zaobserwować coraz większą rolę internetu w zakupie, handlu i przemyśle narkotyków oraz w przepływie informacji na ich temat.

Kolejnym ważnym wyzwaniem jest zmiana środowiska instytucjonalnego. O powstaniu EMCDDA zdecydowało 12 państw członkowskich Unii Europejskiej w 1993 roku, a jego działalność rozpoczęto w 1995 roku w 15 państwach. Obecnie działamy w 28 państwach członkowskich oraz w Turcji i w Norwegii. Współpracujemy również z krajami Bałkanów Zachodnich oraz krajami sąsiadującymi z UE. Ponadto wprowadzono zmiany i poprawki w wielu traktatach unijnych, także w polityce UE dotyczącej zjawiska narkomanii; zwiększył się też nacisk na osiąganie coraz lepszych wyników przez instytucje UE.

Naszym trzecim wyzwaniem jest ewolucja samego EMCDDA. Podczas gdy na początku organizację tworzyło trzech czy czterech członków personelu, to nasza obecna kadra liczy około 100 pracowników. Z biegiem lat zwiększyła się liczba zadań i stanowisk oraz budżet przeznaczony dla nowych pracowników, jednak niedawno nastąpiło również ograniczenie zasobów w wyniku kryzysu finansowego. Mimo to organizacji udało się przekształcić w instytucję o coraz większym zasięgu terytorialnym, zdolną do prowadzenia dogłębnej analizy zjawiska narkomanii w Europie. Wierzę, że reputacja EMCDDA osiągnęła obecnie swój szczytowy punkt. Cieszymy się coraz lepszą opinią jako obiektywne i neutralne źródło informacji na temat narkotyków.

Obecnie pracujemy nad długoterminową strategią dla Unii Europejskiej – Horizon 2025. Nasza długoterminowa wizja strategiczna jednoznacznie podkreśla nasze dążenia do uczynienia Europy „zdrowszym i bezpieczniejszym miejscem” poprzez dostarczanie rzetelnych dowodów naukowych dla strategii i działań zapobiegających narkomanii. Wizja ta opiera się na usystematyzowanej refleksji i analizie doświadczenia nabytego w ciągu 20 lat naszego istnienia, ewoluującego zjawiska narkomanii oraz rozwoju środowiska instytucjonalnego i międzynarodowego. W kontekście roli i obszarów kompetencji EMCDDA strategia ta umożliwi nam dostarczanie informacji mających znaczenie.

W grudniu przedstawię Zarządowi EMCDDA propozycję, aby organizacja skoncentrowała swoją działalność na potrzebach trzech głównych klientów: instytucji UE, krajowych decydentów oraz specjalistów zajmujących się problematyką narkomanii. W tym celu konieczna będzie stopniowa zmiana roli organizacji z dostawcy informacji na rzecz dostawcy usług, ponieważ nasi interesanci wymagają analizy dostępnych informacji.

*– EMCDDA stworzyła wyjątkową sieć współpracy w formie punktów kontaktowych Reitox. Czy mógłby pan przypomnieć naszym czytelnikom, jaki jest ich*



## **cel oraz jak pan sobie wyobraża ich dalszą kooperację z EMCDDA?**

Europejska sieć informacji o narkotykach i narkomanii – sieć Reitox – powstała w 1993 roku i obecnie w jej skład wchodzi 30 krajowych centrów monitorowania lub krajowych punktów kontaktowych (National Focal Points – NFP) w 28 państwach członkowskich, w Norwegii i w Turcji oraz jeden punkt kontaktowy przy Komisji Europejskiej. Krajowe punkty kontaktowe, z których EMCDDA czerpie większość swoich danych, gromadzą i analizują krajowe informacje dotyczące narkotyków, pochodzące z różnych sektorów, w tym służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości.

NFP na realizację zadań otrzymują środki z własnych krajów, z kolei EMCDDA zapewnia im dodatkowe fundusze dzięki umowom o dofinansowanie, co umożliwia im określony wkład w analizę problemu narkotykowego w Europie. Krajowe punkty kontaktowe są kluczowymi interesariuszami i głównymi źródłami danych dla EMCDDA, stanowią podstawę europejskiego systemu monitorowania narkotyków.

W ciągu następnych trzech lat (2017–2019) główne priorytety EMCDDA w zakresie współpracy z siecią Reitox obejmują wsparcie NFP we wdrażaniu nowego pakietu sprawozdawczego poprzez program szkoleniowy Akademii Reitox, bieżące wsparcie techniczne oraz dostarczanie informacji zwrotnych i sprawozdań dotyczących jakości informacji.

Będziemy również pracować nad wzmocnieniem zdolności instytucjonalnych NFP, aby usprawnić ich pracę zarówno jako dostawców danych dla EMCDDA, jak i punktów odniesienia w zakresie narkotyków na szczeblu krajowym. Będzie to wymagało konsolidacji systemu dofinansowania sieci Reitox w celu zapewnienia dobrej jakości wyników, a także przejrzystości finansowej wykorzystanych w tym celu środków unijnych. Ponadto w 2017 roku zostanie opracowany i wdrożony system akredytacji NFP; praca rozpoczęta w ubiegłych latach będzie kontynuowana zgodnie z potrzebami sieci w celu zwiększenia jej wartości zarówno na szczeblu krajowym, jak i unijnym.

Kluczowe będzie również usprawnienie przepływu informacji w obrębie społeczności Reitox oraz pomiędzy siecią a innymi partnerami w celu wypracowania synergii i poprawy ogólnej komunikacji. Przede wszystkim będzie się to odbywać podczas corocznych posiedzeń

Reitox i za pośrednictwem internetowej platformy komunikacyjnej.

Nowa Struktura Rozwoju Reitox, która określi priorytety sieci oraz wyznaczy jej przyszłe działania, zostanie opracowana – w ramach długoterminowej strategii EMCDDA (2025) – we współpracy z krajowymi punktami kontaktowymi. Po jej zatwierdzeniu EMCDDA będzie wspierać jej wdrożenie przez NFP.

## **– Konopie indyjskie wciąż pozostają najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem w Europie. W niektórych krajach na świecie sprzedaż konopi została zalegalizowana. Jaki jest status prawny konopi indyjskich w Europie?**

– Swoją odpowiedź ograniczę do konopi indyjskich zażywanych w celach rekreacyjnych, unikając przy tym odniesień do uzasadnionego zażywania konopi w celach medycznych, ponieważ ten aspekt najlepiej wpasowuje się w główny obszar kontroli EMCDDA.

Do tej pory jedynym państwem, w którym sprzedaż konopi indyjskich w celach rekreacyjnych została oficjalnie zalegalizowana, jest Urugwaj. Podobnie uczyniło osiem stanów w USA, a w Kanadzie zbliżone rozwiązanie planowane jest w przyszłym roku.

Żaden rząd europejski nie wyraził poparcia dla legalizacji sprzedaży konopi w celach rekreacyjnych. Lokalne pozwolenia, obowiązujące w poszczególnych miastach lub regionach, np. w sklepach z konopiami indyjskimi w Kopenhadze i Berlinie czy klubach non-profit w północno-wschodniej Hiszpanii, nie zostały zatwierdzone na poziomie krajowym.

Od ponad 20 lat w Holandii istnieje sieć tzw. coffee shopów – lokali, w których można kupić i spożyć konopie indyjskie – które zgodnie z prawem są nielegalne. Jednak dyrektywa prokuratora krajowego określa okoliczności, w których są one tolerowane (np. pozwolenie od lokalnych władz, zakaz sprzedaży nieletnim, zakaz sprzedaży innych narkotyków lub alkoholu).

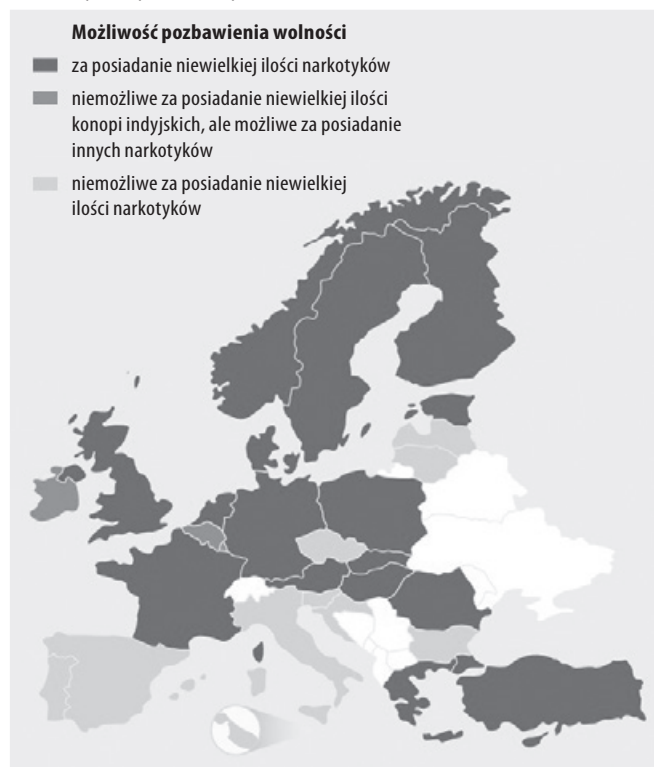
Obecnie istnieje niemal 600 takich lokali. Ponieważ zakres „tolerancji” nie obejmuje uprawy konopi indyjskich sprzedawanych w coffee shopach, działalność ta jest przeważnie domeną zorganizowanych grup przestępczych. Władze holenderskie zdają sobie z tego sprawę, jednak do tej pory nie znaleziono zadowalającego rozwiązania tego problemu. Niedawno do parlamentu wpłynął wniosek dotyczący pełnej lega-

lizacji produkcji, jednak do chwili obecnej rząd nie wydaje się go popierać.

Ponieważ systemy prawne i definicje przestępstw różnią się w zależności od danego kraju UE, najłatwiej jest porównać przepisy obowiązujące w danych krajach, biorąc pod uwagę karę więzienia za nieproblemowe, drobne wykroczenie posiadania narkotyków na własny użytek. W przypadku konopi indyjskich kara więzienia za takie wykroczenie nie jest przewidziana w 13 krajach (BE, BG, CZ, IE, ES, HR, IT, LV, LT, LU, MT, PT, SI) (rys. 1). Należy przy tym zauważyć, że dotyczy to treści przepisów prawa. Jeżeli jednak uwzględnilibyśmy wytyczne dla policji, prokuratorów i sędziów, wówczas okazałoby się, że dużo więcej krajów wyklucza karę więzienia.

Jeśli weźmiemy pod uwagę sprzedaż, to we wszystkich krajach jest ona traktowana jako przestępstwo. Wyroki przewidziane prawnie i te wydawane w praktyce mogą się od siebie znacznie różnić, ponieważ w każdym kraju panują różne poglądy na temat „odpowiedniej” kary. Zależy to od nastawienia każdego społeczeństwa do przestępczości w ogóle i nie ogranicza się do przestępstw związanych z narkotykami.

### Rys. 1. Kary przewidziane prawem: możliwość pozbawienia wolności za posiadanie narkotyków na własny użytek (wykroczenia).



Źródło: Europejski Raport Narkotykowy, 2016.

*– Ostatni Europejski Raport Narkotykowy z 2016 roku opublikowany przez EMCDDA podkreśla wyzwania, z którymi mierzymy się w obliczu nowych substancji psychoaktywnych (NSP). W Polsce problematyka NSP („dopalaczy”) jest istotnym elementem rządowej polityki antynarkotykowej. Jak wygląda sytuacja NSP w Europie i w jaki sposób EMCDDA może pomóc państwom członkowskim w tym zakresie?*

– W ciągu ostatniej dekady odnotowano drastyczny wzrost liczby nowych narkotyków na całym świecie. W Europie każdego tygodnia wykrywane są średnio dwie nowe substancje psychoaktywne (NSP), a w samym 2015 roku odnotowano blisko 100 nowych substancji.

EMCDDA może pomóc państwom członkowskim poprzez wczesne ostrzeżenie i ścisłe monitorowanie NSP i podobnych zagrożeń. W ramach uznawanego na całym świecie unijnego Systemu Wczesnego Ostrzeżenia (Early Warning System – EWS) organizacja monitoruje obecnie ponad 560 nowych substancji, z których 70% zostało zidentyfikowanych w ciągu ostatnich pięciu lat. Warto zauważyć, że obecnie liczba nowych substancji na rynku jest dwukrotnie większa niż liczba narkotyków kontrolowanych w ramach międzynarodowych konwencji dotyczących kontroli narkotyków.

Działający od prawie 20 lat unijny system EWS może pomóc państwom członkowskim poprzez szereg pełnionych funkcji. Należą do nich: monitorowanie występowania NSP oraz reagowanie na substancje szkodliwe dla zdrowia, analiza i ocena danych w celu wykrycia oznak szkód (umożliwiająca państwom członkowskim reakcję w odpowiednim czasie) oraz gromadzenie danych ad hoc (wspólne sprawozdania) na temat szkodliwych substancji. Sprawozdania te mogą prowadzić do oceny ryzyka, na podstawie której Rada Unii Europejskiej może zastosować odpowiednie środki kontroli w całej UE.

Zagrożenia związane z NSP są coraz większym problemem, który ściśle monitorujemy poprzez EWS, wysyłając ostrzeżenia o zagrożeniach dla zdrowia publicznego, jeżeli jest to konieczne. Zagrożenia te mogą mieć różny charakter i niektóre z nich mogą być poważne i prowadzić do silnego zatrucia, a nawet śmierci. W latach 2014–2015 EMCDDA ogłosiła 33 alarmy zdrowotne w państwach członkowskich w związku ze stosowaniem NSP. W Polsce w 2015 roku ogłoszono alarm zdrowotny po serii poważnych zatruciu związanych z legalnym „dopalaczem” o nazwie Mocarz, zawierającym syntetyczne kannabinoidy.

Monitorowanie i reagowanie na NSP stwarza wiele wyzwań zarówno dla unijnych, jak i krajowych systemów wczesnego ostrzegania. Wyzwania te obejmują potrzebę wzmocnienia potencjału organów ścigania (np. służb celnych, policji) oraz medycyny sądowej i laboratoriów toksykologicznych w celu identyfikacji nowych substancji i prekursorów oraz odnotowywania poważnych niepożądanych zdarzeń związanych z NSP. Równie ważne jest ściśle monitorowanie rynków internetowych – zwłaszcza tych związanych ze sprzedażą hurtowych ilości substancji zarówno w sieci zindeksowanej, jak i na anonimowych rynkach – oraz wspieranie badań farmakologicznych i toksykologicznych NSP i opartej na dowodach naukowych odpowiedzi na ich zażywanie.

W 2016 roku ocenie ryzyka został poddany pierwszy agonista receptorów kannabinoidów syntetycznych (MDMB-CHMICA). Również w tym roku EMCDDA i Europol, reagując na sygnały z państw członkowskich, zajęły się zbieraniem danych dotyczących dwóch pochodnych fentanylu.

**– *Rolą EMCDDA jest nie tylko monitorowanie, ale także promowanie skutecznych i opartych na dowodach naukowych rozwiązań w przeciwdziałaniu narkotykom, np. poprzez Portal Najlepszych Praktyk. W jaki sposób baza danych naukowych EMCDDA może zostać wykorzystana w poprawie jakości profilaktyki na szczeblu krajowym?***

– Na poziomie krajowym zachęcamy naszych partnerów do korzystania z rozpowszechnianych przez nas informacji i narzędzi, do dostosowywania i wdrażania ich na poziomie lokalnym oraz dostarczania nam informacji zwrotnych na ich temat w celu ciągłej wymiany doświadczeń i nabytej wiedzy.

„Oparty na dowodach naukowych” to uniwersalne pojęcie. Gdy mówimy, że dana interwencja jest oparta na dowodach naukowych, sugerujemy, że udowodniona została możliwość zastosowania jej w różnych kontekstach. Jednak jeśli chodzi o wdrożenie takich interwencji, wówczas jest to zależne od kontekstu, ponieważ takie interwencje są przeprowadzane na szczeblu lokalnym lub krajowym. Z tego powodu EMCDDA nie tylko rozpowszechnia informacje o opartych na dowodach naukowych interwencjach i narzędziach, ale także promuje wymianę doświadczeń związanych z ich wdrożeniem<sup>2</sup>.

Standardy jakości odgrywają dużą rolę we wspomnianym procesie wdrażania, a Polska jest pionierem w ich opracowywaniu. Standardy te określają ogólne założenia, do których może dążyć każde państwo, pracując w swoim własnym tempie i z własnym poziomem zasobów. Pozwalają one wszystkim państwom UE uczynić krok w kierunku poprawy jakości interwencji. Zdajemy sobie sprawę z wielkiej odpowiedzialności wobec naszych partnerów za rozpowszechnianie dowodów naukowych i zachęcanie do inwestowania w niektóre interwencje. W związku z tym stworzyliśmy Portal Najlepszych Praktyk we współpracy z uznanymi na całym świecie organizacjami specjalizującymi się w promowaniu dowodów naukowych w działaniach (np. Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration). Organizacje te zapewniają naukową rzetelność i gromadzą dowody naukowe z wielu krajów i w wielu językach, co z kolei jest kluczowe w odpowiedzi na potrzeby naszych wielokulturowych interesariuszy.

Opieranie działań na dowodach naukowych oznacza dla EMCDDA dwukierunkowy proces, w którym kluczowe jest wsparcie państw członkowskich UE. Oświadczenie Unii Europejskiej przy okazji międzysesyjnego posiedzenia 59. sesji Komisji ds. Narkotyków w Wiedniu (10 października 2016 roku) odzwierciedla wspomniane poparcie: „Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z siedzibą w Lizbonie odgrywa kluczową rolę w gromadzeniu dostępnych dowodów naukowych i najlepszych praktyk oraz wykorzystaniu ich w procesie decyzyjnym. Prowadzony przez organizację Portal Najlepszych Praktyk, dostępny dla wszystkich zainteresowanych, jest ważną bazą danych, służącą do wymiany informacji na temat profilaktyki, leczenia oraz ograniczenia ryzyka i szkód, reintegracji społecznej oraz niektórych nowo pojawiających się tematów, takich jak nowe substancje psychoaktywne. Chcielibyśmy zachęcić wszystkich zainteresowanych do podejmowania decyzji opartych na dowodach naukowych z wykorzystaniem tego cennego źródła<sup>3</sup>”. W oświadczeniu tym UE docenia nasze starania i podkreśla potrzebę kontynuowania inwestycji w rozwój najlepszych praktyk. Kluczowa rola wsparcia w praktyce została przeze mnie podkreślona w długoterminowej strategii EMCDDA (2025).

**– *W Polsce zarówno lokalne (np. gminne), jak i regionalne (wojewódzkie) samorządy odgrywają ważną***



***rolę w profilaktyce narkotykowej. Czy lokalne i regionalne samorządy mogą wykorzystać doświadczenie EMCDDA w ocenie lokalnej sytuacji narkotykowej w celu wdrożenia takich wniosków w opracowaniu lokalnych strategii antynarkotykowych?***

– Wierzę, że tak. Na początku 2017 roku EMCDDA opublikuje analizę systemów profilaktyki w całej Europie. W analizie tej udostępniemy przykłady wykorzystania przez lokalne i regionalne samorządy obowiązujących standardów, takich jak Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień (European Drug Prevention Quality Standards – EDPQS) i towarzyszących im zestawów narzędzi<sup>4</sup> w celu poprawy profilaktyki narkotykowej na różnych poziomach oraz istniejących dowodów pokazujących, co działa w profilaktyce narkotykowej. Przyjrzymy się również programom doskonalenia kompetencji pracowników zajmujących się profilaktyką<sup>5</sup> oraz doświadczeniom innych krajów we wspieraniu podmiotów działających na szczeblu lokalnym we wdrażaniu strategii i programów opartych na dowodach naukowych. W tym kontekście będziemy również przekształcać i modernizować nasze repozytorium interwencji opartych na dowodach naukowych, tak aby stało się ono centralnym ośrodkiem wielu połączonych ze sobą krajowych baz danych dostarczających informacji na temat interwencji opartych na dowodach naukowych oraz sposobów ich wdrażania.

W ciągu ostatnich 15 lat EMCDDA współpracowało z Polską w tworzeniu krajowego systemu informacji o narkotykach, a także regionalnego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii (Eksperti Wojewódzcy ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii). Zapewniliśmy także pomoc w zakresie szkolenia wspomnianych zespołów. Jest to bardzo dobry przykład wykorzystania międzynarodowych i europejskich standardów oraz ujednoliconych narzędzi gromadzenia danych we wspieraniu procesów decyzyjnych oraz planowaniu usług i interwencji na szczeblu lokalnym.

***– W ostatnich latach w EMCDDA prowadzono intensywne prace nad stworzeniem systemu monitorowania nielegalnych rynków narkotykowych i ograniczenia podaży narkotyków na podstawie wskaźników. Ponadto opublikowano sprawozdania EMCDDA i Europolu dotyczące rynków narkotykowych. Jak skutecznie monitorowany jest ten obszar przez EMCDDA?***

– EMCDDA od wielu lat gromadzi informacje na temat różnych aspektów podaży na rynku narkotykowym. Począwszy od 2010 roku, dzięki bliskiej współpracy z Europolem i Komisją Europejską, zwiększyliśmy nasze wysiłki w celu ulepszenia istniejących baz danych dotyczących podaży narkotyków oraz jej ograniczenia, do czego zostaliśmy upoważnieni przez Radę Unii Europejskiej w 2013 roku.

Główne monitorowane przez nas obszary i wskaźniki to konfiskaty narkotyków, ceny, czystość oraz przestępstwa związane z narkotykami, jak również szacunkowa wielkość rynku i dostępność narkotyków, z których wszystkie dostarczają informacji do wykorzystania w trzech kluczowych obszarach dotyczących podaży: rynkach narkotykowych, ograniczeniu podaży narkotyków oraz przestępstwach związanych z narkotykami. Dane ilościowe dostarczane przez 30 państw (28 państw członkowskich, Turcję i Norwegię), uzupełnione o dane kontekstowe od krajowych sieci ekspertów, umożliwiają przeprowadzenie analizy strategicznej, która pozwala określić ważne punkty odniesienia dla działań oraz strategii antynarkotykowych.

W 2013 roku opublikowano pierwsze połączone sprawozdanie Europolu i EMCDDA – „Raport na temat rynków narkotykowych w UE”, w którym dane informacyjne Europolu zostały połączone z całościowym przeglądem problemu narkotykowego EMCDDA.

Druga edycja tego sprawozdania, wprowadzająca pewne innowacje, została opublikowana w kwietniu 2016 roku. Omówione w nim zostały na przykład rozległe konsekwencje istnienia rynku narkotykowego oraz różne czynniki napędzające ten rynek, takie jak globalizacja, internet oraz różne działania podejmowane w odpowiedzi na ten problem. Po raz pierwszy oszacowaliśmy minimalną wartość detalicznego rynku narkotykowego dotyczącą głównych narkotyków, która wyniosła 24 mld euro.

Należy podkreślić, że potrzeba stopniowego zwiększenia monitorowania nielegalnej podaży narkotyków w Europie stanowi ważny element obecnej strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020. Strategia ta, jako priorytet dla UE, wyznacza działania w kierunku skuteczniejszej polityki w dziedzinie ograniczenia podaży narkotyków poprzez wzmocnienie oceny i analizy polityki w celu lepszego zrozumienia rynków narkotykowych, przestępstw związanych z narkotykami oraz większej skuteczności działań organów ścigania w walce



z narkotykami. Umożliwią nam to ostatnie innowacje w sprawozdawczości, w ramach których państwa członkowskie proszone są o przekazanie danych dotyczących podaży na rynku narkotykowym. Jak w przypadku każdego procesu zmian, wprowadzenie tych modyfikacji będzie wymagało czasu. Ponadto w naszym systemie monitorowania istnieją pewne luki dotyczące na przykład zabójstw związanych z narkotykami w UE lub podaży narkotyków na kryptorynkach – już teraz inwestujemy czas i zasoby w tych obszarach. Sądzę, że EMCDDA odnosi na tym polu wiele sukcesów oraz że wraz z naszymi partnerami pozostaniemy zaangażowani w pomoc państwom członkowskim w zakresie poprawy gromadzenia danych, tak aby w jak naj-

lepszy sposób wpływać na politykę zorientowaną na podaż na szczeblu krajowym i unijnym.

– *Dziękuję za rozmowę.*

### Przypisy

- <sup>1</sup> Alexis Goosdeel jest Belgiem; od 1 stycznia 2016 roku przez kolejne pięć lat będzie pełnił funkcję dyrektora EMCDDA.
- <sup>2</sup> Informacje na ten temat są prezentowane na stronie <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/best-practice> – tekst dostępny także w języku polskim.
- <sup>3</sup> [https://www.unodc.org/documents/postungass2016//contributions/IGO/EU/EU\\_Statement\\_on\\_Demand\\_Reduction\\_10\\_October\\_2016.pdf](https://www.unodc.org/documents/postungass2016//contributions/IGO/EU/EU_Statement_on_Demand_Reduction_10_October_2016.pdf)
- <sup>4</sup> <http://prevention-standards.eu/summary/>
- <sup>5</sup> Np. <https://www.issup.net/training/universal-prevention-curriculum>

*Redukcja konsumpcji i redukcja szkód nie muszą być traktowane jako wykluczające się cele polityki narkotykowej. Mogą być to cele o komplementarnym charakterze. Zrównoważona polityka narkotykowa może i powinna dążyć do realizacji obu tych celów. Pytanie brzmi jedynie: jak realizować cel w postaci redukcji konsumpcji, bez wywoływania nadmiernych szkód społecznych i indywidualnych, oraz jak realizować cel w postaci redukcji społecznych i indywidualnych szkód wynikających z używania narkotyków, bez ryzyka nadmiernego wzrostu rozmiarów konsumpcji?*

## RÓŻNORODNOŚĆ ROZWIĄZAŃ W POLITYCE NARKOTYKOWEJ W EUROPIE I NA ŚWIECIE

Krzysztof Krajewski  
Katedra Kryminologii  
Uniwersytet Jagielloński

Jednym z podstawowych nieporozumień, jakie występują w dyskursie publicznym na temat polityki narkotykowej, jest manichejski sposób postrzegania możliwych rozwiązań i opcji w zakresie oddziaływania na zjawisko używania środków odurzających i substancji psychotropowych. Wyraża się to w przekonaniu, że istnieją jedynie dwa, nawzajem wykluczające się, alternatywne podejścia do tego problemu: prohibicja i legalizacja. Jeśli odrzucić legalizację jako opcję w polityce narkotykowej, to jedynym, co pozostaje, jest prohibicja.

Na pierwszy rzut oka można sądzić, że jest to wniosek poprawny logicznie i merytorycznie. Prohibicja oznacza bowiem zakaz produkcji, obrotu i używania narkotyków

do celów innych niż dozwolone zastosowania medyczne lub naukowe, tj. zakaz używania tylko i wyłącznie w celu doznania efektu psychoaktywnego, „dla przyjemności”, w celach rekreacyjnych. Zakaz taki wyraża z reguły stosowna norma prawa administracyjnego (w Polsce jest to art. 33 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – u.o.p.n.). Temu zakazowi towarzyszą zawsze normy prawa karnego, stojące niejako „na straży” jego przestrzegania poprzez kryminalizację tak podaży nielegalnych środków psychoaktywnych (produkcja, przemyt, obrót, handel, udzielanie), jak i popytu (używanie, nabywanie, posiadanie na własny użytek). To ostatnie nie jest co prawda warunkiem koniecznym realizacji polityki prohibicji (czego przykładem

prohibicja alkoholowa w USA, gdzie przestępstwem był tylko wyrób i obrót alkoholem, ale nie jego posiadanie, ale kryminalizacja jest powszechnie postrzegana jako jej kluczowy element. W takim ujęciu legalizacja jest prostym przeciwieństwem prohibicji i sprowadza się do dopuszczenia produkcji, obrotu i używania narkotyków do celów rekreacyjnych, a tym samym oczywiście braku kryminalizacji takich czynności.

## Prohibicja „twarda” i „mięka”

Takie proste, dychotomiczne podziały okazują się szczególnie atrakcyjne w naładowanym emocjami dyskursie politycznym czy medialnym, w przypadku polityki narkotykowej przybierają często formę publicznej awantury. Rzeczywistość okazuje się jednak o wiele bardziej złożona. W przypadku polityki narkotykowej dotyczy to zarówno rozwiązań możliwych teoretycznie, jak i tych funkcjonujących w praktyce różnych krajów. Przede wszystkim warto zwrócić uwagę, że – wbrew potocznemu przekonaniu – prohibicja może przyjmować różne formy: „twardą” i „miękką”. Prohibicja „twarda” polega na tym, że represja karna stosowana jest nie tylko wobec producentów, przemytników, dealerów, ale także wobec użytkowników narkotyków dopuszczających się przestępstw związanych z konsumpcją (np. posiadanie na własny użytek). Prohibicja „mięka” polega na ograniczeniu kryminalizacji do stwarzania podaży narkotyków. W stosunku do użytkowników narkotyków dopuszczających się przestępstw, w tym przede wszystkim takich użytkowników, którzy są osobami uzależnionymi, podejmuje się różne próby całkowitego albo przynajmniej częściowego zaniechania stosowania represji karnej, w połączeniu z różnymi formami działań profilaktycznych, leczniczych itp. Istotą tego podejścia jest to, że jako problem kryminalno-polityczny traktowana jest jedynie podaż, popyt zaś jako przede wszystkim problem polityki zdrowotnej i socjalnej. Klasyczne formy takiego podejścia stanowią dekryminalizacja użytkowników (oznacza ją, iż czyny typowe dla tej grupy osób przestają w ogóle stanowić przestępstwa) oraz depenalizacja użytkowników (oznacza ją, że czyny takie pozostają przestępstwami, ale organom ścigania i wymiaru sprawiedliwości zostaje przyznana kompetencja do rezygnacji ze ścigania karnego ich sprawców, jeśli spełnione są określone przesłanki). Przejawem tego samego podejścia jest stosowanie wobec użytkowników

narkotyków dopuszczających się przestępstw środków alternatywnych o charakterze leczniczym, które mogą być stosowane nie tylko obok, ale przede wszystkim zamiast kary. Za każdym razem mamy tutaj do czynienia z rezygnacją z posłużenia się represją, po to, aby można było lepiej realizować cele z zakresu polityki zdrowotnej.

## Legalizacja – różne formy i zakresy

Również legalizacja substancji psychoaktywnych może mieć różny zakres i formy. Przede wszystkim legalizacja nie musi dotyczyć wszystkich narkotyków, a jedynie niektórych z nich, szczególnie tych mniej groźnych (co nie znaczy zupełnie niegroźnych), z którymi związane jest mniejsze ryzyko (jak np. *cannabis*). Równocześnie różny może być jej zakres. Już dzisiaj mamy do czynienia z legalizacją wielu narkotyków, w tym tych bardzo niebezpiecznych, w celach medycznych, tj. dopuszczeniem ich legalnej produkcji, udzielania i używania w celach terapeutycznych, ze wskazań lekarskich, ze względów natury medycznej. To samo dotyczy dopuszczalności prowadzenia badań naukowych. Takich środków odurzających czy substancji psychotropowych jest dzisiaj wiele, aczkolwiek są i takie, co do których wykluczone jest jakiegokolwiek ich zastosowanie medyczne czy badawcze (jak to ma miejsce dzisiaj w przypadku *cannabis*). Dopuszczenie środka odurzającego lub substancji psychotropowej do obrotu medycznego (legalizacja medyczna) jest przede wszystkim kwestią wiedzy medycznej i farmakologicznej, istnienia zastosowań terapeutycznych danej substancji. Problem pojawia się szczególnie wówczas, gdy brak jest w środowisku medycznym i farmakologicznym pełnej zgody co do istnienia takich zastosowań. Przykładem może być dzisiaj oczywiście znowu przede wszystkim *cannabis* i kontrowersje wokół jego medycznego wykorzystania, a przede wszystkim wykorzystania nie tylko preparatów zawierających substancje aktywne zawarte w konopiach, ale także samych przetworów konopi (np. tzw. oleju konopnego, czy po prostu palenia „skrętów”). *Cannabis* nie jest jednak jedynym przykładem. Pojawiają się dzisiaj np. głosy, że uznanie swego czasu MDMA, czyli tzw. ecstazy za substancję nieposiadającą jakiegokolwiek zastosowań medycznych było błędem, który wstrzymał badania nad jej wykorzystaniem w leczeniu syndromu stresu pourazowego.

Od legalizacji uzasadnionej względami medycznymi odróżnić należy legalizację czysto rekreacyjną, tj. moż-

liwość legalnego dostarczania (podaż) i uzyskiwania, używania (popyt) narkotyków w celach rekreacyjnych, a więc wyłącznie „dla przyjemności”. Ale nawet taka legalizacja może przybierać różne formy: od legalizacji „żywiolowej”, całkowicie wolnorynkowej (nazywanej niekiedy „modelem supermarketu”), do legalizacji mającej formę reglamentacji produkcji, obrotu i dostępu, mogącej przyjmować różne formy, zakres i intensywność. W obecnej dyskusji na temat legalizacji narkotyków nikt zresztą modelu supermarketu nie postuluje. Cały problem dotyczy także nie tyle „rekreacyjnej” heroiny czy kokainy, co przede wszystkim konopi. Biorąc pod uwagę funkcjonującą w większości krajów reglamentację alkoholu i coraz ostrzejsze restrykcje nakładane na używanie wyrobów tytoniowych, całkowicie „wolnorynkowy” status *cannabis* (nie mówiąc ewentualnie o innych substancjach), byłby czymś absurdalnym. Ale to nie wyklucza jakichś form reglamentowanego dostępu

Dodatkowym elementem komplikującym współczesną dyskusję na temat form i środków polityki narkotykowej jest kwestia celów, jakie powinna ta polityka realizować. Rzecz w tym, że rozważanie tych zagadnień w kategoriach prostej dychotomii: albo prohibicja, albo legalizacja, wpisuje się najczęściej w przekonanie, iż jedynym akceptowalnym sposobem ustosunkowania się jednostki do narkotyków jest abstynencja, a jedynym akceptowalnym celem polityki narkotykowej jest utrzymywanie abstynencji większości jednostek i przywracanie abstynencji tych, którzy jednak po narkotyki sięgają. Inaczej mówiąc, jedynym celem polityki narkotykowej może i powinna być redukcja rozmiarów konsumpcji substancji psychoaktywnych mających negatywne konsekwencje indywidualne i społeczne. Tylko bowiem wówczas, gdy zmniejszymy lub ewentualnie (co byłoby stanem optymalnym) całkowicie zlikwidujemy używanie tych substancji w celach rekreacyjnych, zredukujemy lub zlikwidujemy negatywne konsekwencje indywidualne i społeczne ich używania. Nawet jednak w takim podejściu, nastawionym wyłącznie na redukcję rozmiarów konsumpcji, brak jest całkowitej jednolitości stanowiska na temat pożądanego poziomu konsumpcji, który polityka narkotykowa powinna osiągać. Wśród części ludzi funkcjonuje atrakcyjne propagandowo hasło społeczeństwa wolnego od narkotyków. Stawianie przed polityką narkotykową takiego celu wielu uważa jednak za postulat całkowicie nierealistyczny. Można dążyć, co najwyżej, do minimalizacji konsumpcji. W takim wypadku trudno jest jednak precyzyjnie określić stan pożądaný, tzn. taki poziom konsumpcji w danym

społeczeństwie, który można by uznać za zadowalający z punktu widzenia celów polityki zdrowotnej.

## Idea redukcji szkód i redukcji konsumpcji

Redukcja rozmiarów konsumpcji jako cel polityki narkotykowej kojarzona jest oczywiście przede wszystkim z polityką prohibicji: uważa się, że tylko ona jest w stanie osiągnąć ów cel. Co więcej, twierdzi się, że dotyczy to właściwie tylko prohibicji „twardej”. We współczesnym dyskursie na temat polityki narkotykowej częstym argumentem przeciwko wszelkim formom prohibicji „miękkiej”, szczególnie dekryminalizacji i depenalizacji użytkowników (nie mówiąc o jakiegokolwiek formie ich legalizacji), jest obawa, że będzie to rozwiązanie szkodliwe z punktu widzenia możliwości redukcji rozmiarów konsumpcji. Wręcz twierdzi się, że przyjęcie takich rozwiązań może spowodować wzrost rozmiarów używania narkotyków, co byłoby zdecydowanie niepożądane.

Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że traktowanie abstynencji i redukcji rozmiarów konsumpcji jako jedynych akceptowalnych celów polityki narkotykowej napotyka od wielu lat na narastający sprzeciw. Twierdzi się, że celem polityki narkotykowej powinna być, jeśli nie wyłącznie, to przynajmniej na równi z redukcją rozmiarów konsumpcji, minimalizacja negatywnych konsekwencji indywidualnych i społecznych ich używania w celach rekreacyjnych. Akcentowanie redukcji konsumpcji jako podstawowego celu polityki narkotykowej nie tylko nie daje od lat pożądaných efektów, ale prowadzi do licznych negatywnych efektów ubocznych. Przecistawianie świata wolnego od narkotyków, czy też świata z minimalnymi jedynie rozmiarami ich używania, światu „zniewolonemu” przez narkotyki jest alternatywą fałszywą. Różne mniej lub bardziej szkodliwe substancje psychoaktywne towarzyszyły ludzkości od zarania dziejów i szanse na ich całkowite wyeliminowanie są równe zeru. Alternatywa polega więc na konieczności akceptacji „świata z narkotykami”. Pytanie tylko, czy ma to być „gorszy” czy nieco „lepszy” „świat z narkotykami”. Środkiem służącym osiągnięciu owego „lepszego świata z narkotykami” ma być polityka redukcji szkód, czyli polityka opierająca się na założeniu, że w każdym społeczeństwie będzie istnieć grupa ludzi używających nielegalne substancje psychoaktywne. Rzecz w tym, aby używanie przez nich tych substancji wywoływało jak najmniejsze negatywne

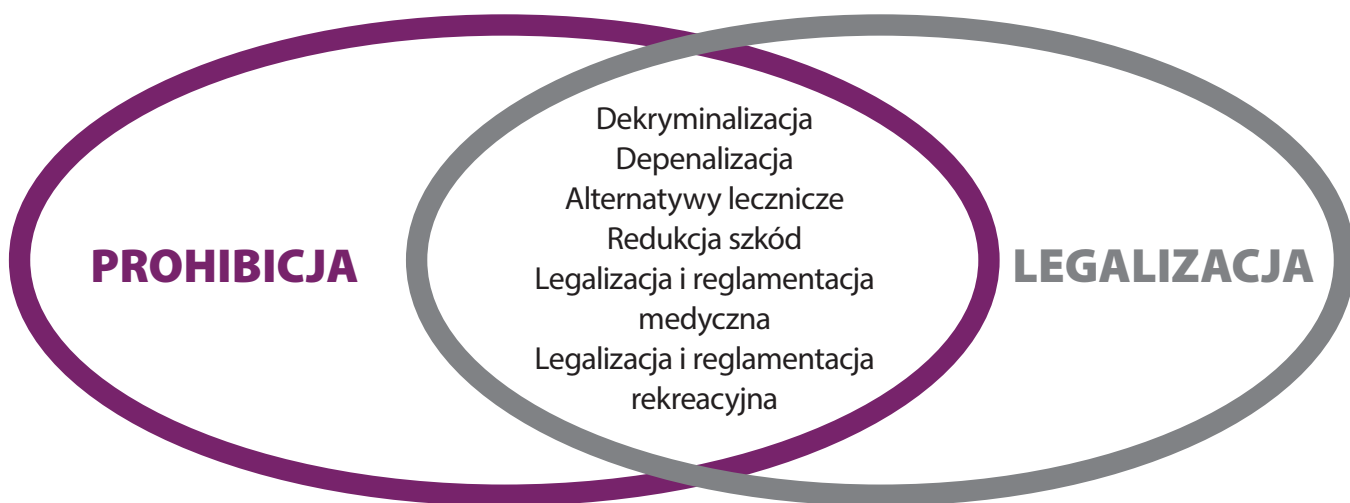


konsekwencje dla nich samych i dla społeczeństwa. Temu służą podstawowe programy redukcji szkód, takie jak programy leczenia substytucyjnego, terapia podtrzymująca, programy wymiany igieł i strzykawek, programy testowania narkotyków, czy specyficzne formy profilaktyki nastawione nie tyle na zapobieganie samemu „braniu”, co raczej na zapobieganie „braniu” w sposób najbardziej szkodliwy czy niebezpieczny.

Idea redukcji szkód była często traktowana jako podejście całkowicie konkurencyjne wobec podejścia abstynencyjnego i koncentracji na redukcji rozmiarów konsumpcji. Być może przez to była ona, a niekiedy jest do dzisiaj, postrzegana jako nie dająca się pogodzić z polityką prohibicji, a tym samym lokująca się po stronie opcji legalizacyjnej w polityce narkotykowej. Jest to jednak kolejny przejaw „manichejskiego”, dwubiegunowego myślenia o celach, formach i środkach polityki narkotykowej. Polityka redukcji szkód jest zapewne rzeczywiście trudna do pogodzenia jedynie ze wspomnianą wcześniej „twardą” postacią polityki prohibicji, która absolutyzuje abstynencję oraz minimalizację konsumpcji i w każdym, najmniejszym nawet odejściu od polityki bezwzględnej, niczym nieograniczonego posługiwania się dla osiągnięcia tych celów represją karną postrzega niebezpieczeństwo spowodowania wzrostu rozmiarów konsumpcji narkotyków. Polityka redukcji szkód może natomiast doskonale wpisywać się w prohibicję „miękką”, ale także stanowić element różnych rozwiązań legalizacyjnych. Co więcej, brakuje obecnie jednoznacznych dowodów na to, że „liberalizacja” polityki narkotykowej prowadzi nieuchronnie do wzrostu rozmiarów konsumpcji narkotyków. Zależność między restrykcyjnością i represyjnością polityki narkotykowej a rozmiarami oraz dynamiką konsumpcji narkotyków jest w rzeczywistości bardzo niejednoznaczna. Oznacza

to, że redukcja konsumpcji i redukcja szkód nie muszą być traktowane jako wykluczające się cele polityki narkotykowej. Mogą być to cele o komplementarnym charakterze. Zrównoważona polityka narkotykowa może i powinna dążyć do realizacji obu tych celów. Pytanie brzmi jedynie, jak realizować cel w postaci redukcji konsumpcji, bez wywoływania nadmiernych szkód społecznych i indywidualnych, oraz jak realizować cel w postaci redukcji społecznych i indywidualnych szkód wynikających z używania narkotyków, bez ryzyka nadmiernego wzrostu rozmiarów konsumpcji.

Przyjmując taką perspektywę, należy stwierdzić, że stosunek pomiędzy prohibicją a legalizacją jako dwiema podstawowymi formami polityki narkotykowej nie musi być bynajmniej stosunkiem wykluczania się. Można i należy traktować go jako stosunek krzyżowania się, w ramach którego polityka redukcji szkód, a nawet pewne formy „legalizacji” narkotyków mogą współistnieć z polityką będącą wciąż, co do swej istoty, polityką prohibicji. Chodzi tutaj przede wszystkim o takie formy polityki prohibicji, które wcześniej określono mianem prohibicji „miękkiej”. W jej ramach mieszczą się bowiem takie działania, które mogą stanowić legalizację lub „quasi-legalizację” niektórych narkotyków, poczynając od legalizacji „medycznej marihuany”, poprzez programy redukcji szkód (obejmujące dostęp do leków substytucyjnych i programy leczenia podtrzymującego przy wykorzystaniu „prawdziwych” narkotyków), po rozwiązania polegające na dekryminalizacji, depenalizacji czy stosowaniu alternatywnych środków leczniczych. W sumie można twierdzić, że na przecięciu polityki prohibicji i polityki legalizacji istnieje pewne pole wspólne, w którym jest miejsce na zrównoważoną politykę narkotykową łączącą różne cele i różne formy działania





i tworząc środki realizowania polityki przede wszystkim opartej na dowodach naukowych, a nie na podstawie apriorycznych założeń, mających często ideologiczny charakter, a także mocno emocjonalne podłoże.

Wiele przemawia za tym, że takie umiarkowane, „zdroworozsądkowe” podejście w polityce narkotykowej zaczyna funkcjonować w coraz to większej liczbie krajów świata. Legalizacja medyczna, wykraczająca poza tradycyjne zastosowania niektórych środków odurzających i substancji psychotropowych jako środków przeciwbólowych czy w psychiatrii, występowała już wcześniej, gdy na przełomie XIX i XX w. w USA, a później w Wielkiej Brytanii, powszechnie stosowano tzw. terapię podtrzymującą, polegającą na podawaniu uzależnionym od opiatów morfiny czy heroiny. Specyficzną formą leczenia podtrzymującego jest powszechnie dzisiaj akceptowana terapia substytucyjna. Mało kto już dzisiaj pamięta, że ta procedura medyczna jeszcze 20-30 lat temu budziła gorący sprzeciw. W Rosji i w większości byłych republik sowieckich jest zresztą do dzisiaj niedopuszczalna. W latach 90. ubiegłego stulecia Szwajcaria rozpoczęła także na dość szeroką skalę powrót do terapii podtrzymującej, tj. udzielania pewnej grupie osób chronicznie uzależnionych od opiatów „prawdziwej” heroiny. Takie programy na mniejszą skalę realizowane są także w Holandii. Ilustruje to przemiany, jakie rozwój idei redukcji szkód spowodował w zakresie medycznej legalizacji pewnych substancji psychoaktywnych.

Największe zmiany w tym zakresie dotyczą jednak *cannabis*. Pionierem w tym zakresie są Stany Zjednoczone, skądinąd ojczyzna podejścia prohibicyjnego do narkotyków. Co ciekawe, proces odchodzenia od „twardej” prohibicji ma w USA miejsce przede wszystkim na poziomie stanowym, a nie federalnym. Dzisiaj bezwzględna kryminalizacja *cannabis* obowiązuje w zasadzie w zaledwie kilku stanach. W większości funkcjonują różnie ukształtowane programy, polegające na legalizacji marihuany medycznej, często połączone z dekryminalizacją posiadania w celach rekreacyjnych, albo rozwiązania przewidujące samą dekryminalizację. W czterech natomiast stanach (Alaska, Colorado, Oregon, Waszyngton), od trzech lat obowiązuje legalizacja marihuany w celach rekreacyjnych, połączona z bardzo skrupulatną jej reglamentacją. Podobny model legalizacyjny przyjęty został także w Urugwaju, a wszystko wskazuje na to, że w tym kierunku w najbliższym czasie pójdzie Kanada. Abstrahując w tym miejscu od zarzutów, iż programy tzw. medycznej legalizacji marihuany w USA stanowią w wielu

wypadkach *de facto* legalizację w celach rekreacyjnych, dokonywaną niejako „tylnymi drzwiami”. Rzecz w tym, że we wszystkich tych krajach polityka prohibicji narkotykowej współistnieje z polityką legalizacji medycznej, a niekiedy także rekreacyjnej, tworząc to, co można określić prohibicją miękką.

Również w Europie mamy do czynienia z wyraźnym zwrotem w kierunku prohibicji miękkiej, aczkolwiek przybiera on nieco inną postać niż na kontynencie amerykańskim. Legalizacja, czy też quasi-legalizacja rekreacyjna, jest na starym kontynencie wciąż raczej wyjątkiem. Poza pionierem takiego podejścia, Holandią, pewne kroki w tym kierunku podjęto w Hiszpanii i Belgii, gdzie powstały tzw. spółdzielnie konopne (*cannabis social clubs*). Jest to jednak wynik ruchu „oddolnego”, a nie oficjalnej polityki państwa i kluby te działają często w czymś na kształt prawnej szarej strefy. Natomiast specyficzną cechą polityki narkotykowej większości krajów europejskich jest uciekanie się do dekryminalizacji lub depenalizacji jako instrumentu ograniczania represji wobec użytkowników narkotyków. Dekryminalizacja posiadania i używania narkotyków funkcjonuje dzisiaj przede wszystkim w krajach południa Europy: w Hiszpanii, Portugalii, we Włoszech, ale także w Czechach. Dekryminalizacji towarzyszą często specjalne programy profilaktyczno-terapeutyczne, do których kierowani są użytkownicy problemowi. Ale w wielu innych krajach Europy, w Austrii, Belgii, Niemczech, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii funkcjonują różne formy depenalizacji użytkowników, mające w praktyce często podobne konsekwencje praktyczne co dekryminalizacja w innych krajach. Przejawem depenalizacji w ustawodawstwie polskim jest art. 62a u.o.p.n., obowiązujący od roku 2011. Wreszcie nie można zapominać, że stosowanie represji karnej wobec użytkowników narkotyków w wielu krajach jest ograniczane poprzez system środków alternatywnych o charakterze terapeutyczno-lecznicy, które mogą być stosowane także zamiast (a nie tylko obok) kary. W USA system taki funkcjonuje we wszystkich stanach w postaci tzw. drug courts, w ramach którego sprawcy pod ścisłym nadzorem sądu i kuratorów realizują stosowne programy terapeutyczne, które zastępują karę. W krajach europejskich jest on realizowany poprzez przepisy wyrażające tzw. zasadę leczyć zamiast karać, dającą możliwość całkowitej rezygnacji ze stosowania represji karnej, pod warunkiem poddania się przez sprawcę terapii, czego przejawem w Polsce jest art. 72 u.o.p.n.

*Sąd opiekuńczy i inne organy władzy publicznej są obowiązane udzielać pomocy rodzicom, jeżeli jest ona potrzebna do należytego wykonywania władzy rodzicielskiej. W szczególności każde z rodziców może zwrócić się do sądu opiekuńczego o odebranie dziecka od osoby nieuprawnionej, a także zwrócić się do sądu opiekuńczego lub innego właściwego organu władzy publicznej o zapewnienie dziecku pieczy zastępczej.*

# OPIEKA NAD DZIECKIEM W KONTEKŚCIE UZALEŻNIENIA RODZICÓW.

## WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska  
Prawnik

### Uwagi ogólne

Dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską. Każdy z rodziców jest uprawniony i zobowiązany do jej wykonywania, jeżeli nie została mu ona odebrana ani ograniczona. Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka z poszanowaniem jego godności i praw<sup>1</sup>. Dziecko, pozostające pod władzą rodzicielską, winno rodzicom posłuszeństwo, a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra.

Władza rodzicielska, ze względu na swój charakter, wykazuje jako prawo podmiotowe szczególne cechy. Jej zasadniczą właściwość stanowi to, że jej atrybuty są zarazem obowiązkiem rodziców, podstawowym zaś celem jest funkcja ochronna względem dziecka<sup>2</sup>. Należy podkreślić, że władza rodzicielska ma charakter prawa niezbywalnego i niedziedzicznego. Zgodnie z art. 95 § 3 kro<sup>3</sup> władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga **dobro dziecka i interes społeczny**<sup>4</sup>. Osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małoletnim zakazuje się stosowania kar cielesnych. Poprzez dobro dziecka należy rozumieć zapewnienie dziecku wszystkich tych wartości, które są konieczne do jego prawidłowego rozwoju fizycznego i duchowego. Zgodnie z orzecznictwem do pieczy nad osobą dziecka należy przede wszystkim obowiązek i prawo do wychowania dziecka, dbałość o rozwijanie zdolności i talentów, zapewnienie odpo-

wiedniego poziomu wiedzy wg zdolności i predyspozycji dziecka, wpajanie zasad moralnych i zasad współżycia społecznego, kształtowanie prawego charakteru, obowiązek i prawo kierowania dzieckiem (m.in. określenie miejsca pobytu, odebranie od osoby nieuprawnionej, czasowe powierzenie dziecka innej osobie, wybór szkoły, zajęć pozalekcyjnych, kontrola spędzania wolnego czasu, udzielanie dziecku pomocy i rady przy podejmowaniu przez nie decyzji, oddziaływanie na dziecko własnym przykładem i autorytetem), obowiązek zapewnienia dziecku środków na jego utrzymanie poprzez zabezpieczenie warunków życia niezbędnych dla rozwoju dziecka, zapewnienie wyżywienia, odzieży, warunków mieszkaniowych, opieki lekarskiej, poczucia bezpieczeństwa polegającym na emocjonalnym wsparciu, bliskości i akceptacji oraz obowiązek dbałości o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka<sup>5</sup>.

Sąd opiekuńczy i inne organy władzy publicznej są obowiązane udzielać pomocy rodzicom, jeżeli jest ona potrzebna do należytego wykonywania władzy rodzicielskiej. W szczególności każde z rodziców może zwrócić się do sądu opiekuńczego o odebranie dziecka od osoby nieuprawnionej, a także zwrócić się do sądu opiekuńczego lub innego właściwego organu władzy publicznej o zapewnienie dziecku pieczy zastępczej.

Rozstrzygnięcia dotyczące pieczy nad małoletnimi dziećmi mają przede wszystkim służyć ich dobru. Jednak mimo tego, iż dobro dziecka stanowi nadrzędne wskazanie, nie można przy stosowaniu przepisów o władzy rodzicielskiej wykluczyć interesu rodziców<sup>6</sup>. Swoje oczekiwania i uprawnienia wynikające z władzy rodzicielskiej rodzice mogą uwzględniać i realizować jedynie

w taki sposób i w takim zakresie, który nie prowadzi do kolizji z dobrem dziecka. Stosunki między rodzicami a dziećmi pozostającymi pod ich władzą rodzicielską mają szczególny charakter w tym znaczeniu, że o stopniu staranności rodziców przy jej wykonywaniu decyduje dobro dziecka<sup>7</sup>.

Jak już wspomniano, każdy z rodziców jest uprawniony i zobowiązany do wykonywania władzy rodzicielskiej, chyba że została mu ona odebrana albo ograniczona. Decyzję w tym zakresie każdorazowo podejmuje sąd. **Uzależnienie rodziców** lub jednego z rodziców od substancji psychotropowych lub środków odurzających bez wątpienia może wpłynąć na rozstrzygnięcie sądu w zakresie władzy rodzicielskiej, ale należy pamiętać, że konkretna decyzja będzie uwarunkowana okolicznościami sprawy i zebrany materiał dowodowy. Najczęstszym sposobem uzyskania szczegółowej wiedzy o relacjach panujących w rodzinie, jak i określenia predyspozycji i kompetencji członków rodziny do zajmowania się dziećmi jest skierowanie do **opiniodawczych zespołów sądowych specjalistów**. Od dnia 1 stycznia 2016 roku obowiązuje ustawa<sup>8</sup>, zgodnie z którą istniejące dotychczas rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne stały się opiniodawczymi zespołami sądowych specjalistów, działającymi w strukturze sądów okręgowych. Ich zadaniem jest sporządzanie, na zlecenie sądu lub prokuratora, opinii w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz w sprawach nieletnich, na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych, pedagogicznych lub lekarskich. Zespoły na zlecenie sądu prowadzą także mediacje, przeprowadzają wywiady środowiskowe w sprawach nieletnich oraz prowadzą poradnictwo specjalistyczne dla małoletnich, nieletnich i ich rodzin.

## Ograniczenie władzy rodzicielskiej

Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom żyjącym w rozłączeniu, sąd opiekuńczy może ze względu na dobro dziecka określić sposób jej wykonywania i utrzymywania kontaktów z dzieckiem. Sąd pozostawia władzę rodzicielską obojgu rodzicom, jeżeli przedstawili zgodne z dobrem dziecka pisemne porozumienie o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem. Zgodnie z kro, rodzeństwo powinno wychowywać się wspólnie. W braku porozumienia, sąd uwzględniając prawo dziecka do wychowania przez oboje rodziców, rozstrzyga o sposobie wspólnego

wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem. Sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka, jeżeli dobro dziecka za tym przemawia.

Orzeczenie ograniczające władzę rodzicielską jednego z rodziców na podstawie art. 107 kro może obejmować np. decyzje związane ze zmianą miejsca pobytu dziecka, leczeniem, edukacją szkolną i pozaszkolną, wyjazdami za granicę, posiadaniem przez dziecko paszportu.

Mimo że żaden przepis nie określa podmiotu uprawnionego do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania o ograniczenie władzy rodzicielskiej, nie można przyjąć, iż postępowanie w tym przedmiocie może być wszczęte tylko z urzędu. W ocenie Sądu Najwyższego należy przyjąć, że postępowanie to może być wszczęte także na wniosek każdego z rodziców małoletniego dziecka<sup>9</sup>. Legitymację tych osób do zainicjowania postępowania w tym zakresie należy wywieść z natury władzy rodzicielskiej, która przysługuje obojgu rodzicom<sup>10</sup>.

Sąd, podejmując decyzję, kieruje się dobrem dziecka, które jest wartością nadrzędną i tym samym podlega szczególnej ochronie. Dobro dziecka może być zagrożone przede wszystkim z powodu niewłaściwego wykonywania władzy rodzicielskiej, które może polegać na: zaniedbywaniu potrzeb dziecka, nieodpowiednim dbaniu o jego zdrowie, zaniechaniu realizacji obowiązku szkolnego, pozostawieniu dziecka bez właściwej opieki, doprowadzeniu do sytuacji powstania zagrożenia zdrowia lub nawet życia dziecka. Dla przykładu, Sąd Okręgowy w Elblągu, przyznał władzę rodzicielską ojcu małoletniej, ponieważ porównując sytuację materialną i bytową rodziców małoletniej, stosownie do art. 133 kro uznał, iż ojciec ma możliwość podjęcia dodatkowego zatrudnienia po odbyciu godzin praktyki celem uzyskania dochodów, które pozwolą mu na partycypowanie w kosztach utrzymania dziecka. Ponadto sąd uznał, że ojciec jest młodym, zdrowym człowiekiem w wieku produkcyjnym i przy dołożeniu starań jest w stanie znaleźć przynajmniej dorywcze zatrudnienie. W ocenie sądu matka dziecka obecnie nie ma żadnych możliwości zarobkowych, ponieważ kontynuuje ona naukę, a swój obowiązek alimentacyjny wykonuje wobec córki poprzez osobiste starania o jej wychowanie i utrzymanie, pozostając na utrzymaniu rodziców<sup>11</sup>. W innej sprawie sąd powierzył wykonywanie



władzy rodzicielskiej matce, ograniczając władzę ojcu do współdecydowania w najistotniejszych sprawach dziecka, takich jak wybór zawodu i sposobu leczenia<sup>12</sup>. Podstawą faktyczną orzeczenia stało się ustalenie, że od czasu wyroku rozwodowego stosunek syna do ojca uległ zmianie. Małoletni chce wprawdzie utrzymywać kontakty z obojgiem rodziców, ale pragnie mieszkać z matką. Ojciec bowiem stosował wobec niego zbyt rygorystyczne, aczkolwiek dopuszczalne, metody wychowawcze, które nadmiernie ograniczały swobodę dziecka w aktualnym okresie jego dorastania do pełnoletności. Ustalenia te poczynił sąd m.in. na podstawie opinii Rodzinnego Ośrodka Diagnostyczno-Konsultacyjnego. Decydujące znaczenie miało dobro dziecka, tj. wybranie wśród istniejących warunków – w jakich dziecko mogłoby przebywać – tych, które gwarantują lepsze możliwości jego rozwoju duchowego, psychicznego i fizycznego. Znaczenie miało także wyrażone zdanie przez samego małego, który nie chcąc zrywać kontaktów z ojcem, chciał jednak powrócić do matki i z nią przebywać na co dzień. W judykaturze przyjęto, z powołaniem się na art. 12 Konwencji o prawach dziecka oraz art. 573, 574 i 576 § 2 kpc, że kierując się celowością, przy uwzględnieniu stopnia dojrzałości małego oraz charakteru sprawy opiekuńczej, właściwy sąd powinien zapoznać się ze stanowiskiem tego małego, mając na względzie jego dobro<sup>13</sup>.

Kolejny przykład dotyczy trzyosobowej rodziny – matki, ojca i ich pięcioletniej córki.

W ocenie Sądu Rejonowego dla miasta stołecznego w Warszawie, dobro dziecka przemawia za powierzeniem władzy rodzicielskiej matce i ograniczeniem tej władzy ojcu, ponieważ między stronami istnieje silny konflikt uniemożliwiający wspólne wykonywanie władzy rodzicielskiej. W trakcie postępowania ustalano, że ojciec zbyt mało czasu i uwagi poświęcał córce, lekceważył jej potrzeby twierdząc, że nie będzie podporządkowywał się pięcioletce i taka postawa wskazuje, że nie rozumie on swojej pięcioletniej córki, nie liczy się z jej zdaniem i potrzebami dziecka, nie daje dziecku wsparcia, lecz usiłuje jedynie podporządkować sobie dziecko dla własnej wygody. Małoletnia zamieszkuje z matką, znajduje się pod jej stałą opieką i to matka zdaniem sądu winna decydować o bieżących kwestiach dotyczących córki, ponieważ na co dzień stale się nią opiekuje. Sąd ustalił jednocześnie, że ojciec ma prawo współdecydowania o istotnych sprawach

dziecka w zakresie edukacji, majątku dziecka, religii, podejmowania planowanych zabiegów operacyjnych, zasadach wychowania, organizacji wypoczynku oraz do prawa do informacji o podejmowanym przez matkę leczeniu dziecka oraz do zapisywania i odbywania wizyt lekarskich, w czasie, w którym ojciec sprawuje opiekę nad córką, jeśli tego wymaga jej stan zdrowia. Pozwoli to ojcu na nawiązanie współpracy z matką dziecka w jego istotnych sprawach, o ile ojciec wykaże się chęcią porozumienia się z nią i szukania wspólnych rozwiązań dla dobra dziecka.

Ograniczenie władzy rodzicielskiej może nastąpić wskutek złożenia wniosku przez jednego z rodziców, złożenia wniosku przez każdego, kto posiada odpowiednią wiedzę na temat okoliczności uzasadniających, iż dziecku dzieje się krzywda w wyniku nienależycie sprawowanej władzy rodzicielskiej (np. w przypadku uzasadnionych przypuszczeń o biciu, zaniedbaniu lub niedożywieniu dziecka) oraz wszczęcia przez sąd postępowania z urzędu<sup>14</sup>. Wniosek o ograniczenie władzy rodzicielskiej może zostać złożony między innymi przez placówki oświatowe, policję, opiekę społeczną, organy samorządu oraz administracji rządowej, organizacje i placówki sprawujące opiekę nad dzieckiem<sup>15</sup>.

## Pozbawienie władzy rodzicielskiej

Jeżeli władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu **trwałej przeszkody** albo jeżeli **rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej lub w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka**, sąd opiekuńczy pozbawi rodziców władzy rodzicielskiej. Pozbawienie władzy rodzicielskiej<sup>16</sup> może być orzeczone także w stosunku do jednego z rodziców.

Przez trwałą przeszkodę uniemożliwiającą wykonywanie władzy rodzicielskiej należy rozumieć taki układ stosunków, który wyłącza sprawowanie przez rodziców władzy rodzicielskiej na stałe w tym sensie, że albo według rozsądnego przewidywania nie można ustalić czasu istnienia tej przyczyny, albo będzie ona istniała przez długi czas<sup>17</sup>. Można tu wskazać takie sytuacje, jak pobyt rodzica w zakładzie karnym w celu odbycia wieloletniej kary pozbawienia wolności, wyjazd za granicę na stałe przy jednoczesnym całkowitym braku zainteresowania pozostawionym w kraju dzieckiem, choroba nierokująca ustąpienia lub remisji, wyłączająca możliwość wykonywania władzy rodzicielskiej.



Nadużywanie władzy rodzicielskiej polega na wysoce nagannym zachowaniu się rodzica wobec dziecka, np. stosowaniu kar cielesnych, nadmiernym karceniu, zmuszaniu do nieodpowiedniej pracy, nakłanianiu do popełnienia przestępstwa<sup>18</sup>. Nie nadużywa władzy rodzicielskiej ojciec, który – kierując się uczuciem do dziecka – odmawia zgody na przysposobienie dziecka przez męża matki dziecka, choćby dziecko było wychowywane w nowej rodzinie należycie i było do swego ojczyzna przywiązane<sup>19</sup>. Za nadużycie władzy rodzicielskiej i rażące zaniedbywanie wynikających z niej obowiązków można uznać celowe izolowanie dziecka od drugiego rodzica i jego psychiczne sobie podporządkowanie<sup>20</sup>. Warto w tym kontekście zauważyć, że nadużycie władzy rodzicielskiej nie musi zachodzić bezpośrednio wobec dziecka. Sąd Najwyższy uznał, że: „agresywne zachowanie, stan nietrzeźwości, grożenie matce, zakłócanie spokoju domowego, wszystkie te zachowania uczestnika są manifestowane w obecności dziecka, nie można więc twierdzić, że pozostawały poza sferą oddziaływania na nie i to oddziaływania bezpośredniego. Z poczynionych ustaleń wynika, że uczestnik nie narzuca sobie jakichkolwiek ograniczeń w związku z obecnością dziecka, co oznacza, iż nie poczuwa się w żadnej mierze do troski o jego uczucia, świadomie naraża je na nieuniknione, negatywne przeżycia. Wszystko to stwarza stan poważnego zagrożenia dla prawidłowego rozwoju dziecka”<sup>21</sup>. Nadużywanie władzy rodzicielskiej zachodzi także wówczas, gdy postępowanie rodzica obiektywnie wywiera destrukcyjny wpływ na proces wychowania i rozwoju psychicznego dziecka, choćby nie było to związane z subiektywnym, negatywnym nastawieniem rodzica wobec dziecka<sup>22</sup>. W ocenie Sądu Najwyższego, rażące zaniedbywanie obowiązków to zaniedbywanie poważne lub wprawdzie zaniedbywanie o mniejszej wadze, lecz nacechowane nasileniem złej woli, uporczywością i niepoprawnością<sup>23</sup>. Za naruszenie obowiązków wobec dziecka można uznać uchylanie się od świadczeń alimentacyjnych, nadużywanie alkoholu, nadużywanie narkotyków, uprawianie przestępczego procederu<sup>24</sup>. Rażące zaniedbywanie obowiązków może również polegać na całkowitym zerwaniu więzi z dzieckiem, braku zainteresowania jego losem, wieloletnim nieutrzymywaniu kontaktów z dzieckiem z przyczyn leżących po stronie rodzica. Prowadzenie pasożytniczego trybu życia i nadużywanie alkoholu, którego następstwem jest rażące zaniedbywanie

obowiązków względem dziecka, i skazanie uczestnika na karę długoletniego pozbawienia wolności, wypełnia przesłanki art. 111 § 1 kro<sup>25</sup>.

Skutek w postaci pozbawienia władzy rodzicielskiej sąd może zastosować jedynie w przypadku, kiedy oceni, że te zaniedbania rodzicielskie, które tutaj występowały, są rażące. Sąd nie może zbyt pochopnie pozbawiać władzy rodzicielskiej. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że jako rażące sąd ocenić może zaniedbania wieloletnie, długotrwałe, krzywdzenie dziecka, bicie, spowodowanie urazów dziecka, długoletnie nadużywanie alkoholu, patologie rodzinne, na przykład przestępczość, w którą dany rodzic popada, pozbawienie wolności, opuszczenie dziecka<sup>26</sup>.

Do pozbawienia władzy rodzicielskiej z powodu zaniedbywania obowiązków względem małoletniego dziecka upoważnia sąd tylko takie zaniedbanie, które może być zakwalifikowane jako rażące. Muszą to być więc zaniedbania poważne lub zaniedbania o mniejszej wadze, lecz nacechowane nasileniem złej woli, uporczywością i niepoprawnością<sup>27</sup>.

Jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska, ustanawia się dla dziecka opiekę (art. 94 § 3 kro).

## Uwagi końcowe

Ograniczenie/pozbawienie władzy rodzicielskiej w żaden sposób nie wpływa na istnienie obowiązku alimentacyjnego względem małoletniego. Obowiązek ten wynika bowiem nie z wykonywania władzy rodzicielskiej, ale z samego faktu pokrewieństwa z małoletnim. Sąd opiekuńczy ma obowiązek wskazać tego z rodziców, któremu powierza się wykonywanie władzy rodzicielskiej. Powinien kierować się przy tym kwalifikacjami podmiotowymi obojga rodziców, uwzględniając także ich zdolności wychowawcze<sup>28</sup>. Okoliczność, że jeden z rodziców jest uzależniony od narkotyków może wpłynąć na powierzenie władzy rodzicielskiej drugiemu, ale jak już wspomniano, decydujące będą okoliczności danej sprawy. Należy odróżnić sytuację, w której rodzic leczył się odwykowo i jego uzależnienie jest przeszłością od sytuacji, w której uzależnienie trwa, a rodzic jest ponadto agresywny i nie zajmuje się swoim dzieckiem. W każdym wypadku należy ocenić, które z rodziców daje lepszą gwarancję wychowania dziecka na prawego człowieka i obywatela. Ważny jest także dotychczasowy, wzajemny stosunek rodziców zarówno do siebie, jak i do dziecka, a ponadto

czy jedno z rodziców nie wpaja dziecku uczucia niechęci lub nienawiści do drugiego i jego otoczenia<sup>29</sup>.

W określonych sytuacjach sąd opiekuńczy może zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierować małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub skierować rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń. Istnieje także możliwość poddania wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego. W ocenie Sądu Najwyższego, o tym, jakie orzeczenie należy wydać w sprawach dotyczących sprawowania władzy rodzicielskiej nad dziećmi, powinno decydować dobro dziecka, a nie dobro rodziców bądź jednego z nich<sup>30</sup>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie, natomiast w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy.
- <sup>2</sup> Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2006 roku, III CZP 98/05 (OSNC 2006, nr 10, poz. 158).
- <sup>3</sup> Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U.2015.2082 z późn. zm.
- <sup>4</sup> Rażąco naruszenie obowiązków wynikających z władzy rodzicielskiej może prowadzić do powstania odpowiedzialności karnej rodziców. Zachowanie lub też zaniechanie rodziców mogą wypełniać znamiona przestępstw przeciwko rodzinie i opiece, które zawarte zostały w rozdziale XXVI kodeksu karnego. Odpowiedzialności karnej podlega każdy, kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny. Sprawca zagrożony jest karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (art. 207 § 1 KK). Rozpijanie małoletniego, polegające na dostarczaniu mu napoju alkoholowego, ułatwianie spożycia lub nakłanianiu do spożycia, zagrożone jest grzywną, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 (art. 208 KK). Rodzice, którzy porzucą dziecko poniżej lat 15, podlegają karze pozbawienia wolności do lat 3 (art. 210 § 1 KK). Jeżeli następstwem porzucenia jest śmierć dziecka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (art. 210 § 2 KK). Zgodnie z art. 105 § 1 KW, kto przez rażąco naruszenie obowiązków wynikających z władzy rodzicielskiej dopuszcza do popełnienia przez nieletniego czynu zabronionego przez ustawę jako przestępstwo, w tym i przestępstwo skarbowe, wykroczenie lub wykroczenie skarbowe i wskazującego na demoralizację nieletniego, podlega karze grzywny albo karze nagany. Powyższa kara grozi również każdemu, kto mając obowiązek opieki lub nadzoru nad małoletnim do lat 7 albo nad inną osobą niezdolną rozpoznać lub obronić się przed niebezpieczeństwem, dopuszcza do jej przebywania w okolicznościach niebezpiecznych dla zdrowia człowieka (art. 106 KW), za Jędrejek Grzegorz, „Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Pokrewieństwo i powinowactwo. Komentarz”, LEX.
- <sup>5</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego w Bielsku Podlaskim z dnia 26 marca 2015 roku III Nsm 486/14.

- <sup>6</sup> Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 września 1995 roku, I ACz 266/95, OSA 1997, z. 4, poz. 23, LEX nr 30170.
- <sup>7</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2000 roku, V CKN 1751/00.
- <sup>8</sup> Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 roku o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów, Dz.U. 2015.1418.
- <sup>9</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2013 roku, III CZP 89/13.
- <sup>10</sup> Jeżeli jedno z rodziców nie żyje albo nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, władza rodzicielska przysługuje drugiemu z rodziców. To samo dotyczy wypadku, gdy jedno z rodziców zostało pozbawione władzy rodzicielskiej albo gdy jego władza rodzicielska uległa zawieszeniu.
- <sup>11</sup> Wyrok Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 27 lutego 2014 roku, V Ca 164/13.
- <sup>12</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2000 roku, I CKN 1106/99.
- <sup>13</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 15 grudnia 1998 roku I CKN 1122/98 OSNC 1999/6 poz. 119.
- <sup>14</sup> Przyczyny ograniczenia władzy rodzicielskiej z urzędu: zaniedbywanie obowiązków wychowawczych ze względu na uzależnienie jednego lub obojga rodziców od alkoholu czy narkotyków, nadużywanie władzy rodzicielskiej, czyli używanie przemocy fizycznej i psychicznej, zaniedbanie rozwoju dziecka (np. głodzenie, niepodejmowanie i zaniechanie leczenia, zaniedbywanie obowiązku szkolnego), namawianie dziecka do czynów przestępczych, wyjazd rodziców za granicę i nieinteresowanie się losem dziecka, trudne warunki materialne uniemożliwiające dziecku prawidłowy rozwój, źródło [www.informatorokuzumi.pl](http://www.informatorokuzumi.pl).
- <sup>15</sup> Zawiadomienie, o którym mowa w art. 572 § 1 KPC powinno być co do zasady złożone na piśmie, zwłaszcza jeżeli obciąża organy i instytucje wymienione w § 2. Nie można jednak wyłączyć zawiadomienia składanego w formie ustnej bezpośrednio przed sądem albo w sekretariacie sądowym. Zawiadomienie powinno być wtedy przyjęte do protokołu podpisanego przez przyjmującego i zawiadamiającego.
- <sup>16</sup> Pozbawienie władzy rodzicielskiej lub jej zawieszenie może być orzeczone także w wyroku orzekającym rozwód, separację albo unieważnienie małżeństwa. Przesłankami zmiany orzeczenia o władzy rodzicielskiej zawartego w wyroku rozwodowym są dobro dziecka i zmiana okoliczności (art. 106 KRO). Rozwój, zwłaszcza umysłowy, małoletniego w okresie kilku lat od daty orzeczenia rozwodu i postęp w samodzielności potwierdza wystarczająco, że doszło do zmiany okoliczności, o której mowa w przepisie, Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 sierpnia 1999 roku, III CKN 324/99, LEX nr 528123.
- <sup>17</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 2 czerwca 2000 roku, II CKN 960/2000.
- <sup>18</sup> Komentarz do art. 111 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, Jacek Wierciński (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy, za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex.
- <sup>19</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 8 lutego 1974 roku, III CRN 346/73.
- <sup>20</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 1 października 1998 roku, I CKN 834/98.
- <sup>21</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 7 września 2000 roku, I CKN 931/2000.
- <sup>22</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2000 roku, I CKN 931/00, LEX nr 1166290.
- <sup>23</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 19 czerwca 1997 roku, III CKN 122/97.
- <sup>24</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 12 stycznia 2000 roku, III CKN 834/99.
- <sup>25</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z 10 maja 2000 roku, III CKN 775/00, LEX nr 863069.
- <sup>26</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego dla miasta stołecznego w Warszawie z dnia 16 czerwca 2015 roku, VI Nsm 1358/14.
- <sup>27</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 1997 roku, III CKN 122/97.
- <sup>28</sup> Postanowienie Sądu Okręgowego w Słupsku z dnia 29 maja 2015 roku, IV Ca 221/15.
- <sup>29</sup> Komentarz do art. 107 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego – Henryk Dolecki (red.), Tomasz Sokołowski (red.), Marek Andrzejewski, Anita Lutkiewicz-Rucińska, Adam Olejniczak, Anna Sylwestrzak, Andrzej Zielonacki – za pośrednictwem Systemu Informacji Prawnej Lex.
- <sup>30</sup> Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 1952 roku, C 487/52.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii były zaangażowane w realizację projektu „Promocja dobrych praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków”, znanym również pod nazwą Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków Faza II (European drug prevention quality standards phase II). Projekt był finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach unijnego Programu Informacji i Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków.

# EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW – PORADNIKI

Piotr Oniszk

Wydział ds. Profilaktyki Uzależnień

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa

Projekt był realizowany w okresie od kwietnia 2013 roku do marca 2015 roku. Przedmiotem projektu było zbadanie możliwości wpływu standardów na doskonalenie działań profilaktycznych oraz tego, w jaki sposób możliwe jest formalne dokumentowanie wdrażania standardów. W ramach projektu „Promocji dobrych praktyk” na stronie [www.prevention-standards.eu](http://www.prevention-standards.eu) zostały opublikowane przykłady wykorzystania standardów w Europie wraz z zestawami narzędzi tzw. toolkit (poradnik) potrzebnych do wdrażania standardów.

Standardy stanowią model postępowania w zakresie planowania, wdrażania i ewaluowania działań z obszaru profilaktyki uzależnień od

narkotyków. Pomagają określić z poziomu europejskiego, czym jest wysokojakościowa profilaktyka uzależnień od narkotyków. W drugiej fazie projektu EDPQS uczestniczyło osiem regionów i krajów członkowskich UE<sup>1</sup>, w tym – jak to zostało wspomniane – Polska. Liderem projektu był Liverpool John Moores University.

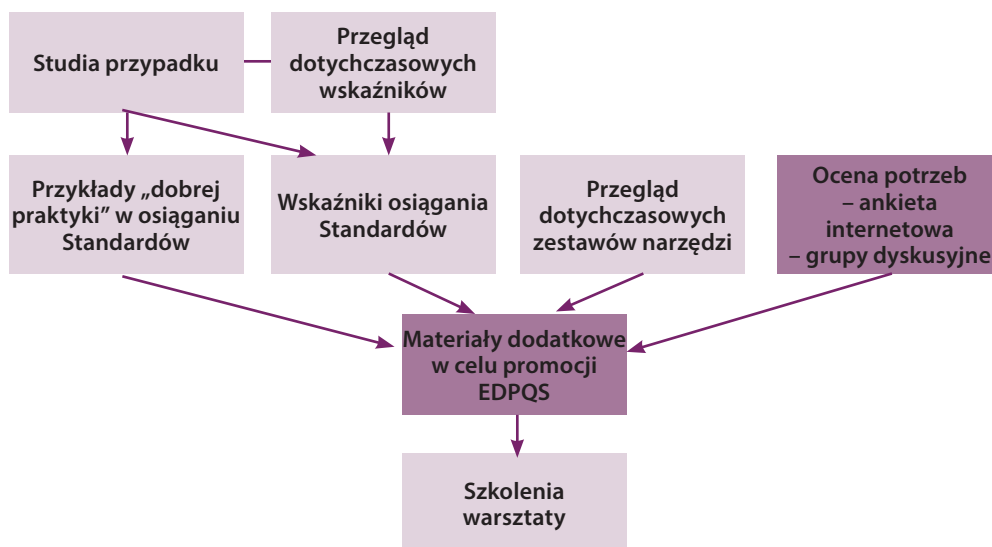
Działania w ramach drugiej fazy projektu zostały przedstawione na ryc. 1.

Druga faza projektu EDPQS miała na celu praktyczne wdrożenie Europejskich

Standardów poprzez opracowanie materiałów dodatkowych, na które złożyły się:

1. Materiały wspierające wdrożenie Standardów w działania praktyczne.
2. Szkolenia, w tym szkolenia dla trenerów, dla różnych realizatorów działań praktycznych oraz twórców strategii w przedmiotowym zakresie.
3. Wskaźniki mające na celu potwierdzenie osiągnięcia Standardów.
4. Specjalistyczne publikacje na tematy ściśle związane ze standardami jakości w profilaktyce.

Rycina 1. Metodologia projektu Europejskich Standardów (faza II).



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



W tej fazie projektu opracowane zostały materiały dla czterech grup docelowych:

- decydentów (w tym twórców strategii, sponsorów i zleceniodawców),
- praktyków (w tym twórców programów, kierowników programów i personelu),
- zawodowych szkoleniowców/edukatorów (w tym wykładowców akademickich),
- koordynatorów działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym/regionalnym/krajowym.

Powyższe materiały stanowią pomoc dla wszystkich osób zaangażowanych w działania profilaktyczne w procesie doskonalenia własnego warsztatu w oparciu o solidne zasady i dowody naukowe. Standardy zostały opracowane jako materiały do wykorzystania w profilaktyce narkotykowej, jednakże mogą one również znaleźć zastosowanie w innych obszarach działań profilaktycznych. W ramach opracowywania materiałów dodatkowych w styczniu i lutym 2014 roku ocenione zostały potrzeby kluczowych grup zajmujących się profilaktyką w odniesieniu do ich codziennej pracy, potrzeb i warunków działań w ramach badania on-line. Następnie w marcu 2014 roku zostały przeprowadzone grupy fokusowe z zamiarem szczegółowego omówienia wyników ankiety internetowej oraz określenia właściwego celu, grup docelowych i warunków opracowania przydatnych materiałów dodatkowych.

W 2015 roku Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej przetłumaczyło trzy poradniki. W listopadzie 2016 roku zostały one wydrukowane. Ponadto w latach 2014–2015 zorganizowano kilka szkoleń na temat Europejskich Standardów dla przedstawicieli samorządów z województwa mazowieckiego, wielkopolskiego, śląskiego oraz miasta Wrocławia. Polski ekspert prowadził szkolenia również na Litwie i Łotwie<sup>2</sup>. Poniżej prezentuję najważniejsze informacje dotyczące poradników.

### Poradnik nr 1 EDPQS<sup>3</sup>

Zestaw nr 1 narzędzi kierowany jest do twórców strategii, kierowników strategii, realizatorów strategii, decydentów, zleceniodawców i sponsorów zajmujących się profilaktyką uzależnień od narkotyków bądź promocją zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

Celem niniejszej publikacji jest pomoc wyżej wymienionym osobom w dbaniu o jakość wspieranych przez nie działań profilaktycznych.

Zestaw narzędzi ma na celu usprawnić proces decyzyjny poprzez dostarczenie podstawowych informacji w zakresie:

1. Czym jest jakość w profilaktyce uzależnień od narkotyków.
2. Dlaczego jakość ma znaczenie.
3. W jaki sposób osiągać jakość w programach profilaktyki uzależnień od narkotyków.

W większości przypadków to twórcy, kierownicy, realizatorzy strategii oraz inni decydenci odpowiadają za opracowywanie i wdrażanie polityk, strategii oraz planów działania. Osoby te mogą również zajmować się szerszymi strategiami, w tym planami związanymi z promocją zdrowia oraz rozwojem społecznym, które swoim zasięgiem obejmują również profilaktykę uzależnień od narkotyków.

Zleceniodawcy funkcjonują w szerszych obszarach (np. ministerstwach, samorządach czy szkołach, zajmując m.in. stanowiska urzędniczo-kierownicze w lokalnych urzędach, społecznościach czy placówkach oświatowych). Osoby te podejmują decyzje, które interwencje z obszaru promocji zdrowia i/lub profilaktyki uzależnień od narkotyków będą realizowane bądź też, które organizacje zajmujące się promocją zdrowia i/lub profilaktyką, otrzymają zlecenie na realizację danej inicjatywy lub programu.

Sponsorzy<sup>4</sup> opracowują i wdrażają mechanizmy dotyczące wyboru i finansowania inicjatyw, programów i projektów z obszaru profilaktyki uzależnień od

**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. zleceniodawcy, twórcy programów).	✓
Dyskusje w grupach (np. kierownicy programów, pracownicy terenowi).	✓
Oceny wyników pracy (np. ocena potrzeb szkoleniowych personelu).	✓

Zródło: Angelina Brotherhood „Standardy jakości w profilaktyce uzależnień. Faza 2 Projektu Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków”.



narkotyków. Współpracują oni z twórcami strategii i zleceniodawcami. W niektórych przypadkach wymienione role pokrywają się i pełni je ta sama osoba, organizacja czy podmiot.

Zestaw narzędzi bazuje na Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków, których autorem jest Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce. Podręcznik EDPQS zawiera zbiór zasad przydatnych w ocenie jakości profilaktyki narkotykowej oraz stanowi źródło zasobów w zakresie elementów formalnych pomocnych w budowaniu wysokojakościowych działań z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków.

Struktura poradnika wygląda następująco:

1. Wprowadzenie
2. Przewodnik Strategiczny
  - Przewodnik Strategiczny cz. 1: Wyzwania w zakresie wyboru jakościowych inicjatyw profilaktycznych.
  - Przewodnik Strategiczny cz. 2: Kwestie kluczowe w promocji wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków.
3. Lista kontrolna – Kryteria Oceny Jakości: wybór i przegląd jakościowych programów profilaktycznych pod kątem finansowania i wsparcia.

### Przewodnik Strategiczny

Dotyka szeregu kwestii związanych z profilaktyką uzależnień od narkotyków. Główny nacisk położony jest na dbałość o wysoką jakość działań w przedmiotowym obszarze. Omawiane są różne aspekty programów profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii związanych z podejmowaniem decyzji. Założono, że osoby, takie jak twórcy strategii, zleceniodawcy i sponsorzy stają w obliczu trudnych decyzji uwzględniając, iż wymaga się od nich dbałości o interes publiczny i rozwiązywania różnorodnych problemów społeczno-zdrowotnych, w tym z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków, a wszystko to przy ograniczeniach ekonomiczno-finansowych. Przewodnik Strategiczny zawiera jasne rekomendacje, w jaki sposób podchodzić do poszczególnych rozwiązań w pracy profilaktycznej, opierając się na i zmierzając do osiągnięcia wysokiej jakości.

Przewodnik Strategiczny cz. 1 skupia się na kilku istotnych kwestiach ogólnych:

1. Wyzwania związane z dbałością o jakość w profilaktyce uzależnień od narkotyków.
2. Jak strategia może wspierać jakość.
3. Jak strategia może lepiej wspierać codzienną praktykę poprzez zapewnianie mechanizmów odpowiedniego wyboru i finansowania.

Przewodnik Strategiczny cz. 2 porusza kwestie dotyczące jakości, z naciskiem na:

1. Praktyczne aspekty oceny potrzeb.
2. Ewaluację etapu planowania programu profilaktycznego.
3. Trwałość programów.
4. Kwestie etyczne.

### Lista kontrolna – Kryteria Oceny Jakości

Stanowi ona narzędzie dla przyszłych sponsorów, zleceniodawców, twórców strategii oraz decydentów przydatne w usystematyzowanym przeglądzie inicjatyw profilaktycznych. To praktyczne narzędzie należy zaadaptować do lokalnych uwarunkowań, a następnie wykorzystywać w codziennej praktyce jako wsparcie w procesie podejmowania decyzji finansowych, jak również w realizacji kolejnych edycji istniejących programów.

### Poradnik nr 2 EDPQS<sup>5</sup>

Ten zestaw ma na celu wsparcie i ułatwienie codziennej pracy oraz wypełnienie luki między nauką a praktyką. W szczególności może on stanowić pomoc w planowaniu bądź wdrażaniu działań profilaktycznych. Może również służyć jako model komunikacji między różnymi specjalistami od profilaktyki, wspomagać rozwój zawodowy i organizacyjny, a także pomagać w orientowaniu kultury zawodowej w obszarze profilaktyki na wysoką jakość.

Celem prezentowanego zestawu jest wsparcie i promocja samodzielnego uczenia się, autorefleksji i samodoskonalenia. Zestaw ma służyć podnoszeniu świadomości w zakresie wysokojakościowej profilaktyki uzależnień od narkotyków. Nie chodzi tu o zewnętrzną weryfikację czy ocenę działań: zestaw daje możliwość zwiększenia skuteczności codziennej pracy oraz uwzględnienia ważnych kwestii dotyczą-

cych zapewniania jakości działaniom dotyczącym zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych i promocji zdrowia.

Europejskie Standardy kładą nacisk na następujące aspekty działań profilaktycznych:

1. Adekwatność działań do potrzeb populacji docelowych oraz zgodność ze strategiami rządowymi.
2. Przestrzeganie przyjętych norm etycznych.
3. Integracja i promocja dorobku naukowego (*scientific evidence base*).
4. Wewnętrzna spójność, wykonalność i trwałość projektów.

Korzystanie z niniejszego zestawu wymaga podstawowej wiedzy i zrozumienia Standardów w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków i/lub promocji zdrowia.

Niniejszy zestaw narzędzi może okazać się przydatny w następujących obszarach:

1. Przegląd jakości funkcjonujących lub zrealizowanych programów profilaktycznych.
2. Ocena, czy działanie profilaktyczne jest lub może być uznane za wysokojakościowe.
3. Ocena jakości planu projektu profilaktycznego.
4. Podniesienie kompetencji zawodowych w odniesieniu do siebie, swojej grupy roboczej lub organizacji.
5. Wsparcie wysokojakościowego planowania nowej interwencji profilaktycznej.

Ponadto zestaw może być wykorzystywany do: samodzielnej oceny własnych działań na poziomie indywidualnym, autorefleksji lub dyskusji grupowej w ramach tego samego programu profilaktycznego (np. przez zespół praktyków, którzy pracują bezpośrednio z populacją docelową programu), oceny działań profilaktycznych w ramach tej samej organizacji (np. przez kierowników programów) lub różnych realizatorów (np. przez regionalne zespoły planowania).

Niniejszy zestaw narzędzi ma wspomagać codzienną praktykę i umożliwiać przegląd jakości nowych, realizowanych lub zakończonych działań w oparciu o EDPQS. Można wykorzystywać go do nieformalnych celów, takich jak autorefleksja obejmująca identyfikację mocnych stron lub obszarów wymagających dalszego rozwoju i szkolenia zawodowego.

Zasadnicze elementy zestawu to narzędzia o określonym stopniu zaawansowania (od zastosowania podstawowego po kompleksowe). Narzędzia te można

stosować niezależnie lub łącznie, w zależności od potrzeb, etapu oraz konkretnych uwarunkowań działań profilaktycznych.

Zestaw narzędzi zawiera:

1. Szablon Planu pracy w zakresie samodzielnej oceny.
2. Listę kontrolną – Ocena Jakości bieżących działań – zawiera kilka pytań na poziomie komponentów EDPQS: są to pytania zamknięte (wymagane odpowiedzi: „tak” lub „nie”) oraz oceny osiągnięcia każdego Standardu i komponentu na skali.
3. Profil Syntezy Jakości (ang. *Quality Synthesis Profile*) – pokazuje w graficzny sposób, jak działania profilaktyczne odnoszą się do EDPQS na każdym etapie oraz w całym cyklu projektowym; identyfikuje obszary krytyczne wymagające poprawy.
4. Kwestionariusz – Wsparcie Doskonalenia (ang. *Improvement Support Questionnaire*) – zawiera otwarte pytania na temat poziomu komponentów standardów i stanowi pomoc w autorefleksji na temat własnych działań oraz planowania działań doskonalących.
5. Szablon Planu Działania – zawiera podsumowanie działań, jakie należy podjąć.
6. Dział Dodatkowe wskazówki – wskazuje dodatkowe narzędzia oparte na dowodach naukowych, które wspomagają i orientują działania doskonalące w kierunku wysokiej jakości.

## Poradnik nr 4 EDPQS<sup>6</sup>

Niniejszy zestaw narzędzi kierowany jest do osób, które pragną podnieść jakość działań profilaktycznych poprzez strategiczne promowanie stosowania standardów jakości w swoim kraju (lub regionie czy okręgu administracyjnym) lub otoczeniu zawodowym (np. konkretnym miejscu).

Ten zestaw jest dla tych osób, które zamierzają:

1. Promować standardy jakości w profilaktyce na szczeblu strategicznym (np. w swoim kraju, regionie czy innym otoczeniu zawodowym).
2. Przetłumaczyć EDPQS i materiały dodatkowe.
3. Zaadaptować EDPQS do własnych celów.
4. Opracować nowe standardy jakości (np. kryteria finansowania) w oparciu o EDPQS.
5. Dokonać rewizji istniejących standardów (np. kryteriów finansowania) w oparciu o EDPQS.

Zestaw narzędzi daje możliwość uczenia się od innych, którzy mierzyli się z tymi samymi wyzwaniami. Oferuje również usystematyzowane, etapowe podejście do procesu tłumaczenia, adaptowania i rozpowszechniania Europejskich Standardów. Oficjalne tłumaczenia i adaptacje EDPQS i formalne działania rozpowszechniające muszą spełniać zalecenia sformułowane w niniejszym dokumencie. Ponadto działania inspirowane EDPQS (np. standardy jakości opracowane w innych obszarach) mogą bazować na treściach niniejszego zestawu narzędzi, mimo iż nie muszą spełniać wszystkich zaleceń. Po zapoznaniu się z zestawem narzędzi można podnieść swoją wiedzę w zakresie:

- Planowanie adaptacji/rozpowszechniania (w tym tłumaczenie) EDPQS w sposób metodyczny od początku do końca.
- Podejmowanie świadomych decyzji w miejsce przeciągających się dyskusji na temat tego, co robić.
- Prawidłowe szacowanie wymaganych zasobów (czas, pieniądze, ludzie).
- Przewidywanie i wcześniejsze eliminowanie potencjalnych trudności.
- Pozyskiwanie środków finansowych na tłumaczenie, adaptację i/lub rozpowszechnianie EDPQS.

Oznacza to, że korzystanie z niniejszego zestawu narzędzi oszczędzi czas, pieniądze i energię i jednocześnie

ułatwi adaptację i rozpowszechnianie, co z kolei przyczyni się do powstania solidnego i rzetelnego zestawu standardów, które będą wykorzystywane przez docelową grupę użytkowników.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Wielka Brytania (lider projektu), Grecja, Francja, Włochy (2 organizacje), Węgry, Austria, Czechy, Polska.
- <sup>2</sup> Więcej informacji na stronie [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl)
- <sup>3</sup> Niniejszy zestaw narzędzi został opracowany przez Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce. Jego głównymi autorami są Katalin Felvinczi i Edit Sebestyén z Eötvös Loránd University w Budapeszcie, Węgry; Carine Mutatayi z Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Francja oraz Artur Malczewski z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Polsce.
- <sup>4</sup> W polskich realiach są to osoby, które rozdysponowują środki z tzw. korkowego.
- <sup>5</sup> Niniejszy zestaw narzędzi został opracowany przez Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce. Jego głównymi autorami są Nadia Vimercati, Corrado Celata, Simona Olivadoti z Działu do spraw Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków, Departament Uzależnień od Narkotyków, Asl Mediolan, Włochy; Ioulia Bafi z Uniwersyteckiego Instytutu Badań nad Zdrowiem Psychicznym (UMHRI), Grecja; Roland Lehner i Rainer Schmidbauer z ISPM OO Institut Suchtprävention pro mente, Oberosterreich, Austria. Pisemny wkład wnieśli również Giusi Gelmi z Asl Mediolan, Carine Mutatayi z Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Francja oraz Rachele Donini z Azienda Sanitaria Locale 2 – Savonese (ASL 2 Savonese), Włochy.
- <sup>6</sup> Niniejszy poradnik został opracowany przez Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce. Jego głównymi autorami są Angelina Brotherhood i Harry Sumnall z Centrum Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Johna Mooorea w Liverpoolu (LJMU) w Wielkiej Brytanii.

*Rynek internetowy nowych substancji psychoaktywnych (NSP) różni się od rynku tradycyjnych narkotyków. Kiedyś, żeby kupić narkotyki, trzeba było mieć „dojścia”, jeśli nie do osób związanych ze światem przestępczym, to przynajmniej do takich, które znają osoby z takimi kontaktami. Dziś nikogo takiego nie trzeba znać, wystarczy wpisać odpowiednią frazę w wyszukiwarce internetowej i już ma się możliwość zakupu kilkudziesięciu różnych substancji psychoaktywnych.*

# RYNEK DOPALACZY W POLSCE I SPOSOBY JEGO OGRANICZENIA

Krzysztof Grabowski, Bartosz Michalewski  
Poradnia Monar w Krakowie

## Wstęp

Problem nowych substancji psychoaktywnych (NSP), popularnie określanych jako dopalacze, wbrew temu, co wynika z nazwy, wcale nie jest nowy. Do „starych” substancji zaliczyć należy substancje znajdujące się w trzech używanych od setek lat roślinach, a mia-

nowicie w maku lekarskim, konopiach indyjskich i krzewie koka. Jednolita konwencja ONZ o środkach odurzających z 1961 roku, stanowiąca jeden z trzech filarów systemu prohibicji narkotykowej, dotyczyła głównie właśnie tych roślin. W XX wieku odkryto dwie nieznane wcześniej substancje psychoaktywne – amfetaminę i LSD. Zwłaszcza z tej pierwszej uży-



skano wiele pochodnych, które zaspokajały potrzeby osób poszukujących odmiennego stanu świadomości. Pojawienie się w tamtym okresie nieznanymi wcześniej substancji psychoaktywnych było wyzwaniem dla osób zajmujących się polityką narkotykową. Dopiero po 10 latach od uchwalenia konwencji z 1961 roku, ONZ uchwaliła konwencję o substancjach psychotropowych, która zakresem regulacji, obok amfetaminy i LSD, objęła 30 niekontrolowanych wcześniej substancji psychoaktywnych.

## Rynek NSP i konsumenci tych substancji

Różnica między poprzednim okresem, w którym pojawiły się NSP, a obecnym dotyczy ilości powstających substancji i organizacji rynku, na którym są one oferowane klientom. W państwach Unii Europejskiej problem zaczął nabrzmiewać w pierwszej dekadzie XXI wieku. Szczególnie widoczny stał się w Polsce, gdzie liczba sklepów stacjonarnych oferujących NSP była znacznie wyższa niż w pozostałych państwach członkowskich. W naszym kraju eksplozja tych sklepów nastąpiła w 2008 roku. Wówczas to pojawiły się sklepy *dopalacze.com*, używające tej samej nazwy, co funkcjonująca równolegle witryna internetowa sprzedająca NSP. Pod koniec 2008 roku działało już około 40 takich sklepów. Dwa lata później było ich w całej Polsce ponad 1300. W październiku 2010 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna zamknęła wszystkie zidentyfikowane sklepy z NSP. Problem widoczności sklepów stacjonarnych została zasadniczo rozwiązana. W następnych latach trudno mówić o powszechności dostępu do NSP. Przykładowo w 2011 roku zidentyfikowano 43 sklepy, co stanowi mniej niż 5% wszystkich zidentyfikowanych sklepów działających w okresie największej ekspansji sklepów stacjonarnych<sup>1</sup>.

Obecnie handel NSP przez sklepy stacjonarne prowadzony jest w wąskim zakresie. Pokazują to badania „New psychoactive substances among people who use drugs heavily”, prowadzone od 2014 roku do lutego 2016 roku w Polsce i czterech innych państwach Unii Europejskiej. Polskim partnerem w badaniach była Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia Monar w Krakowie. Badania zostały przeprowadzone przez Bartosza Michalewskiego i Grzegorza Wodowskiego. Obejmowały one wywiady pogłębione z osobami

intensywnie używającymi nowych substancji psychoaktywnych oraz tymi, które zawodowo zajmują się niesieniem pomocy takim klientom. Badania pokazały, że w Polsce na rynku stacjonarnym NSP oferuje się w sex shopach, sklepach z automatami do gier hazardowych („hot spoty”), sklepach kulturystycznych. Oczywiście oficjalny asortyment tych miejsc jest zupełnie inny. Sprzedaż NSP jest w nich prowadzona „spod lady”. W Krakowie zidentyfikowano jeszcze cztery sklepy oferujące głównie NSP. Symptomatyczna jest historia sklepu posługującego się nazwą „poradnia towarzyska”. Co pewien czas zmieniał on swoją lokalizację. Zawsze jednak znajdował się w okolicach Rynku Głównego na Starym Mieście. Wraz z upływem czasu dostęp do niego stawał się coraz trudniejszy. Przed sklepem pojawiła się kamera, a wejścia broniła żelazna krata. Dostać się do niego mógł tylko ten klient, który został wpuszczony przez sprzedawcę. Oficjalnie sklep oferował artykuły ezoteryczne, które sprzedawano jako amulety lub talizmany. Zgodnie z instrukcją producentów i sprzedawcy nie powinny one być spożywane przez ludzi. Amulety i talizmany zawierały w środku susz rośliny lub proszek, który, jak opisywali użytkownicy NSP, działał podobnie do tradycyjnych narkotyków. Poza tym sprzedaż NSP w Krakowie odbywała się także w fałszywym punkcie ksero, w którym kserokopiarka była wyłącznie dekoracją. Jediną działalnością tam prowadzoną był handel nowymi substancjami psychoaktywnymi<sup>2</sup>.

Znacznie bardziej rozbudowanym rynkiem NSP jest rynek wirtualny. W przytaczanych badaniach wyróżniono dwa rodzaje witryn internetowych oferujących NSP: internetowe smart shopy i sklepy z *research chemicals*. Te pierwsze wyróżniają się krzykliwą, barwną szatą graficzną, licznymi reklamami i banerami. Oferują NSP pod nazwami handlowymi, np. „Funky”, „Gwiazdka”, „Władziu”, „Konkret”, „Sztynny Misza”. Opakowania, w których są sprzedawane te produkty, nie zawierają informacji o składzie ani o działaniu. Tego typu witryny sprzedają swoje produkty jako preparaty do roślin, sole do kąpieli, środki czystości, a także amulety lub talizmany. Z kolei sklepy z *research chemicals* to witryny, które udają sklepy z odczynnikami chemicznymi przeznaczonymi do badań laboratoryjnych. Ich szata graficzna jest na ogół bardzo stonowana, sugerująca odwiedzającemu, że jest to profesjonalny sklep chemiczny. Takie sklepy sprzedają NSP pod nazwami chemicznymi wraz z pro-

fesjonalnym ich opisem. Często wybór oferowanych substancji jest bardzo duży, można też bez problemu zamówić znaczne ich ilości<sup>3</sup>.

Na rynku NSP działają także dilerzy. Charakterystyka tej grupy jest złożona. Stanowią ją zarówno osoby, które uzupełniają swoją dotychczasową ofertę o NSP, jak i osoby zajmujące się wyłącznie sprzedażą tego typu substancji. Tym sposobem zaopatrywania czarnego rynku NSP zajmują się na ogół ludzie młodzi, bezpośrednio niezwiązani ze światem przestępczym, którzy starają się szybko dorobić, by później, bez konsekwencji dla siebie, porzucić prowadzoną działalność. Handel nowymi substancjami psychoaktywnymi odbywa się również w klubach. Można tam kupić, oprócz NSP oferowanych w internecie lub sklepach stacjonarnych, mieszanki autorskie przygotowywane przez sprzedawcę według własnego pomysłu. Ich twórcami są na ogół osoby młode, posiadające wiedzę chemiczną w zakresie substancji psychoaktywnych. Osoby te kupują w sklepach internetowych znaczne ilości różnych środków, po czym mieszają je ze sobą, tworząc w ten sposób swoje autorskie produkty, które następnie rozprowadzają w klubach. Obrót NSP dokonuje się również pomiędzy użytkownikami<sup>4</sup>.

Z przeprowadzonych badań wynika, że wybór sklepów stacjonarnych lub dilerów oferujących NSP jest dokonywany częściej przez starszych użytkowników substancji psychoaktywnych, w tym także opiatów. Osoby te zazwyczaj doświadczają problemów społecznych i zdrowotnych i posiadają niski poziom umiejętności cenionych w społeczeństwie. Jednym z deficytów jest brak umiejętności posługiwania się komputerem i korzystania z internetu. Jest to jedna z przyczyn korzystania z ofert sklepów stacjonarnych i dilerów. Kolejną jest potrzeba szybkiego nabywania tych substancji. Taki klient nie jest zainteresowany kilkudniowym oczekiwaniem na paczkę przesłaną pocztą. Woli skorzystać z oferty pozwalającej na praktycznie błyskawiczne wprowadzenie się w odmienny stan świadomości<sup>5</sup>.

Handel w internecie wydaje się być odporny na wszelkiego rodzaju próby ograniczenia jego funkcjonowania. Jest to spowodowane kilkoma okolicznościami. Po pierwsze, ani policjanci, ani pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mogą przyjść do takiego sklepu, skontrolować go i zamknąć. Po drugie, wiele sklepów internetowych, choć zorientowanych na polski rynek, działa na zagranicznych serwerach. Mimo

wprowadzenia wielu zmian w prawie i podejmowania działań przez odpowiednie służby, handel w internecie dalej jest prowadzony. Trudno znaleźć rozwiązanie, które miałyby ten rynek ograniczyć.

Rynek internetowy NSP różni się od rynku tradycyjnych narkotyków. Kiedyś, żeby kupić narkotyki, trzeba było mieć „dojścia”, jeśli nie do osób związanych ze światem przestępczym, to przynajmniej do takich, które znają osoby z takimi kontaktami. Dziś nikogo takiego nie trzeba znać, wystarczy wpisać odpowiednią frazę w wyszukiwarce internetowej, i już ma się możliwość zakupu kilkudziesięciu różnych substancji psychoaktywnych. Dawniej kupno narkotyków wiązało się bardzo często z poważnym dyskomfortem – trzeba było udać się w niezbyt bezpieczne miejsce i rozmawiać z osobą z przestępczego półświatka. Dzisiaj podczas kupna nie trzeba wstawać z fotela we własnym domu, a zakupiona substancja dostarczana jest przez listonosza.

## Reakcja na rynek nowych substancji psychoaktywnych

Reakcja polskiego ustawodawcy na problem NSP jest podobna do reakcji obserwowanych w innych państwach europejskich. Polski ustawodawca zasadniczo opiera się na dwóch sposobach przeciwdziałania temu problemowi. Pierwszy sposób polega na rozszerzeniu zawartej w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii listy środków odurzających i substancji psychotropowych o kolejne pozycje obejmujące NSP. Wejście w życie znowelizowanej ustawy rozciąga system prohibicji narkotykowej na nowe substancje. Oznacza to m.in., że podejmowanie czynności mających za przedmiot środki odurzające lub substancje psychotropowe jest dopuszczalne tylko dla realizacji określonych celów (np. medycznych) i po uzyskaniu zezwoleń administracyjnych. W pozostałym zakresie stanowi przestępstwo. Drugim sposobem przeciwdziałania funkcjonowaniu rynku NSP jest stworzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia listy takich substancji. Jest ona częścią rozporządzenia wydanego przez tego ministra. Stworzenie drugiej listy, obok listy środków odurzających i substancji psychotropowych, jest przede wszystkim wynikiem chęci przyspieszenia procesu legislacyjnego, który w przypadku nowelizacji ustaw jest zasadniczo wydłużony. Proces legislacyjny wydawania rozporządzenia jest krótszy. Wpisanie na listę

ministerialną danej substancji stanowi wskazówkę dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej, że substancja ta jest na pewno NSP i w związku z tym wobec podmiotów ją wytwarzających lub wprowadzających do obrotu należy podjąć odpowiednie środki, w tym zakazać ich wytwarzania i wprowadzania do obrotu (art. 44c ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Poza uprawnieniami do wycofania z rynku NSP inspektorowi sanitarnemu przysługuje uprawnienie do nakładania kary pieniężnej w wysokości od 20 tys. do 1 mln złotych (art. 52a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Kary tej nie nakłada sąd, lecz organ administracyjny. Podmiotowi, na który nałożono karę, nie przysługuje szereg uprawnień przysługujących oskarżonemu, w tym prawo do obrony i domniemanie niewinności. Może jednak w toku postępowania administracyjnego odwołać się do organu administracyjnego wyższego rzędu i zarzucić decyzji błędę. Jest to więc inny rodzaj odpowiedzialności niż odpowiedzialność sprawców przestępstw wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków odurzających lub substancji psychotropowych<sup>6</sup>.

Poza stworzeniem dwóch kategorii list substancji psychoaktywnych, wobec których podejmowanie czynności rodzi różną odpowiedzialność karną, ustawodawca w nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 24 kwietnia 2015 roku<sup>7</sup> zobowiązał ministra właściwego do spraw zdrowia do powołania Zespołu do spraw oceny zagrożeń dla zdrowia i życia związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Zasadniczo zadaniami zespołu jest profilowanie nowych substancji psychoaktywnych i rekomendowanie sposobu dalszego z nimi postępowania. Zespół może zarekomendować zarówno wpisanie substancji psychoaktywnej na listę ministerialną NSP, jak i na ustawową listę środków odurzających i substancji psychotropowych. W skład zespołu mają być powoływani specjaliści posiadający wiedzę co najmniej z zakresu nauk chemicznych, farmakologii, toksykologii, psychiatrii, nauk społecznych lub nauk prawnych (art. 18a ust. 3a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Takie też osoby w rzeczywistości powołano na członków zespołu. Przewodniczącym zespołu został Główny Inspektor Sanitarny, a jego zastępcą dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jak jednak zauważa Krzysztof Krajewski, członkowie tego zespołu są ulokowani

w hierarchii urzędniczej i są zależni od naczelnych organów państwa, w tym także od ministra właściwego do spraw zdrowia. Rodzi to pytanie o niezależność od czynników politycznych. Czynniki polityczne obok czynników obiektywnych, jak właściwości chemiczne danej substancji, mogą stanowić ważny element determinujący działanie zespołu. Na razie wydaje się, że żaden polityk nie podpisałby się pod decyzją dopuszczenia do jakiegś formy reglamentacji obrotu jakiejkolwiek nowej substancji psychoaktywnej. Nie można bowiem wykluczyć, że nawet substancja charakteryzująca się poziomem ryzyka porównywalnym do kawy, może w wyniku wystąpienia szczególnych okoliczności, np. wrażliwości osobniczej konsumenta, wywołać poważne konsekwencje zdrowotne, włącznie ze śmiercią. Wtedy brak reakcji polityków mógłby zostać potraktowany jako dowód bezczynności i niekompetencji. W takiej sytuacji oczywistym jest, że lepiej jest nie ryzykować i, jak pisze Krajewski, kierując się zasadą ryzyka, podjąć działania mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia zatruć członków społeczeństwa<sup>8</sup>. Rodzi to jednak wątpliwości co do znaczenia przeprowadzanych przez zespół ocen i rekomendacji. Być może nigdy nie znajdzie się substancja, która zostanie oceniona jako ta, którą w jakiegś formie reglamentacji można dopuścić do obrotu na rynku. W takiej sytuacji zespół może zostać sprowadzony do roli podmiotu przygotowującego uzasadnienie decyzji, które i tak są oczywiste<sup>9</sup>. Poczyniony krótki opis rynku NSP i reakcji prawnej na jego funkcjonowanie umożliwia sformułowanie kilku słów komentarza. Przede wszystkim wydaje się, że regulacje prawne, pozwalające na ograniczenie rozmiarów rynku, są już zawarte w polskim prawie. Polski ustawodawca ma możliwość szybkiego obejmowania kontrolą NSP. Równocześnie wydaje się, że system umożliwi uniknięcie błędów w związku z nadmierną kontrolą popytu. Chodzi mianowicie o penalizację posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Obecnie możliwe jest wpisanie NSP na listę prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Umieszczenie substancji na tej liście stanowi potwierdzenie jej psychoaktywności i jest wskazówką przede wszystkim dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej, że powinna wobec niej podjąć przewidziane prawem działania. Nie pogarsza jednak w żadnym stopniu sytuacji konsumenta, przy którym



ujawniono tę substancję. Jej posiadanie nie stanowi bowiem przestępstwa i w zasadzie jedyną „nieprzyjemnością”, jaka go spotyka, jest zatrzymanie przez policję i zajęcie substancji. Można więc stwierdzić, że obecne regulacje pozwalają na walkę z podażą NSP bez stygmatyzacji ich konsumentów. Wymaga to jednak ich skutecznego stosowania. Chodzi przede wszystkim o szybkie usuwanie z rynku produktów zawierających nowe substancje psychoaktywne i ochronę zdrowia ich konsumentów. Nie zawsze się to jednak udaje. Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w lipcu 2015 roku. Wtedy to wchodziła w życie wspomniana wyżej nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzająca na listę środków odurzających i substancji psychotropowych 114 nowych substancji psychoaktywnych. W tym też miesiącu zanotowano rekordową liczbę zgłoszeń zatruć NSP. Jak podaje Krajewski, było ich 1966<sup>10</sup>. Trudno jednoznacznie stwierdzić, jaki wpływ na działania sprzedawców NSP miało wejście w życie znowelizowanej ustawy. Bowiem już w poprzednich latach zaczęto notować powolny wzrost zatruć dopalaczami<sup>11</sup>. Nie należy ignorować racjonalizmu osób zajmujących się sprzedażą NSP. Być może były one świadome zmian w prawie oraz grożącej im odpowiedzialności i miały czas na usunięcie substancji, które wkrótce miały stać się nielegalne. Być może jednak osoby te przespały ten okres i w ostatniej chwili zaczęły się pozbywać towaru. Na tę ostatnią zależność wskazuje bezpośrednio bliskość wejścia w życie nowelizacji i największej fali rejestrowanych zatruć związanych z użyciem NSP. Jeżeli uznać za prawdziwe to, że zaostrzenie prawa regulującego NSP było jednym z czynników wpływających na szybkie pozbywanie się towaru przez sprzedających te substancje, to z tej lekcji należy wyciągnąć wnioski. W przyszłości, w razie kolejnych zmian zaostrzających prawo regulujące NSP, należy co najmniej poinformować odpowiednie służby medyczne o możliwości wystąpienia większej ilości zatruć.

Warto też zastanowić się nad uzupełnieniem działań o takie, które obecnie chyba w ogóle nie są brane pod uwagę. Pomysł podjęcia tych działań wynika z obserwacji rynku NSP, który, jak pisze Krzysztof Krajewski za amerykańskim ekonomistą Peterem Reuterem, jest takim samym rynkiem jak rynek dóbr legalnych. Osoby sprzedające NSP kierują się przede wszystkim, jeżeli nie wyłącznie, chęcią zysku.

Dokonują zazwyczaj większych zakupów, planując w określonym czasie sprzedaż towaru i uzyskanie z tego tytułu zysku. Zaostrzenie prawa regulującego NSP stanowi dla nich zdarzenie losowe, wymagające podjęcia nadzwyczajnych działań w celu szybkiego upłynnienia towaru. W okresie wejścia w życie zmian zaostrzających prawo dotyczące NSP obserwuje się zwiększoną ilość promocji na witrynach internetowych. Nie można wykluczyć, że upłynnienie towaru polega także na zwiększaniu jego mocy. Można się zastanowić, co należałoby zrobić, żeby w takich sytuacjach towar jednak nie trafiał do konsumenta, tylko był zajmowany przez odpowiednie służby. Kontrola i konfiskaty okazują się niewystarczające. Być może te działania należałoby uzupełnić o skup NSP prowadzony przez państwo. Mógłby on przykładowo polegać na skupie po cenach hurtowych NSP zalegających w magazynach sprzedających. Wtedy więcej substancji byłoby utylizowanych. Jakkolwiek może to brzmieć nierealistycznie, to jednak może jest to jeden ze sposobów ochrony zdrowia konsumentów NSP i szybkiego pozbywania się tych substancji z rynku<sup>12</sup>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> P. Jabłoński, A. Malczewski, „Dopalacze – skala zjawiska i przeciwdziałanie”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2014, s. 4-5.
- <sup>2</sup> B. Michalewski, G. Wodowski, „New psychoactive substances among people using drugs heavily – towards effective and comprehensive responses in Europe. The report from rapid assessment & response in Poland”, Kraków 2015, s. 50-51.
- <sup>3</sup> H. Fidesova, J.-P. Grund, B. Banikova, L. Vavrincikova, „New Psychoactive Substances among People Who Use Drugs Heavily. Towards Effective and Comprehensive Health Responses in Europe - 5-country RAR report”, 2016, s. 1-19.
- <sup>4</sup> B. Michalewski, G. Wodowski G., „New psychoactive substances among people using drugs heavily...”, s. 50-51.
- <sup>5</sup> Tamże, s. 51.
- <sup>6</sup> K. Krajewski, „Kontrolować czy nie, a jeśli kontrolować, to w jaki sposób? Wyzwania związane z zjawiskiem nowych substancji psychoaktywnych”, Archiwum Kryminologii, Tom XXXVII/2015, s. 44.
- <sup>7</sup> Dz.U. 2015 nr 875.
- <sup>8</sup> K. Krajewski, „Ocena ryzyka związanego z nowymi substancjami psychoaktywnymi w świetle procedur unijnych i ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”, Alkoholizm i Narkomania 29, 2016, s. 57.
- <sup>9</sup> K. Krajewski, „Kontrolować czy nie, a jeśli kontrolować, to w jaki sposób?...”, s. 13.
- <sup>10</sup> Tamże, s. 49.
- <sup>11</sup> Za cytowanym autorem podać można, że liczba zatruć NSP zaczęła rosnąć już od marca 2013 roku. Wzrost jednak nie był dynamiczny i na tle danych statystycznych dane z lipca 2015 roku pozostają fenomenem. Zob. K. Krajewski, „Kontrolować czy nie...”, s. 50.
- <sup>12</sup> K. Krajewski, „Kontrolować czy nie...” (za:) P. Reuter, „Options for Regulating New Psychoactive Drugs: A Review of Recent Experience”, UK Drug Policy Commission 2011.

*Instytut Psychiatrii i Neurologii opublikował raport z badania systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków, prowadzonego w latach 2014–2015. Było to pierwsze tego typu przedsięwzięcie od 10 lat.*

# ADEKWATNOŚĆ SYSTEMU LECZENIA UZALEŻNIEŃ W STOSUNKU DO POTRZEB JEGO KLIENTÓW – PROJEKT ASK

Celem badania była ocena *stopnia zaspokojenia potrzeb klientów (...) w zakresie leczenia, rehabilitacji, ograniczenia szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej* poprzez identyfikację tych potrzeb oraz analizę funkcjonalności i efektywności różnego typu placówek.

## Typologia i liczba placówek

Autorzy raportu informują o ponad 300 placówkach leczniczych i terapeutycznych w całym kraju. Łącznie rozesłano 309 ankiet, na które jednak, mimo kilkukrotnych kontaktów z placówkami, odpowiedziało zaledwie 120, co daje stosunkowo niski odsetek realizacji – na poziomie 40%. Na podstawie ankiet wyodrębniono 16 typów działalności – liczba ta pochodzi m.in. z łączenia różnych działań w obrębie jednej placówki. Ostatecznie placówki pogrupowano według wiodącej działalności, co ostatecznie dało 7 ich typów.

**Tabela 1. Podział badanych placówek według typów działalności.**

Typ placówki	Liczebność	Odsetek
poradnie i punkty konsultacyjne	45	37,5%
programy substytucyjne	9	7,5%
programy redukcji szkód (drop-in, programy wymiany igieł i strzykawek)	6	5,0%
oddziały detoksykacyjne	7	5,8%
stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne	39	32,5%
programy readaptacji społecznej (hostele i mieszkania readaptacyjne)	4	3,3%
inne	10	8,3%
Ogółem	120	~100,0%

Źródło: Raport z badania, s. 18.

Jak zaznaczają autorzy, badaną próbę charakteryzuje nadreprezentacja placówek stacjonarnych i niedoreprezentacja

poradni. Z kolei po zestawieniu danych dotyczących klientów ze statystykami z corocznych sprawozdań placówek, w badanej grupie stwierdzono nadreprezentację osób statystycznie rzadziej korzystających z systemu, tj. kobiet, osób mieszkających na wsi oraz osób poniżej 18. roku życia. Uznano to jednak za atut próby, zawierającej szerszy wachlarz odbiorców, niż dostarczyłaby go reprezentacja losowa.

## Oferowane świadczenia

Na ofertę świadczeń placówki składa się kilka elementów, m.in.: adresowane substancje, rodzaje udzielanych diagnoz i formy terapii, prowadzenie testów laboratoryjnych, działania postrehabilitacyjne.

Oto jak prezentowała się oferta.

**Kryterium włączenia do badania** było posiadanie oferty dla narkotyków „tradycyjnych”. Oprócz nich **91%** placówek zajmowało się dopalaczami, a prawie **90%** lekami. Po 70% zajmuje się dodatkowo alkoholem lub uzależnieniami behawioralnymi.

Autorzy określają ofertę placówek pod tym kątem jako bardzo wszechstronną: *ponad połowa z nich zajmuje się wszystkimi substancjami i uzależnieniami behawioralnymi, kilkanaście ma w swojej ofercie jakieś substancje psychoaktywne i uzależnienia behawioralne, a 15 – wszystkie substancje, w tym alkohol, choć bez uzależnień behawioralnych.*

**Wyodrębniono cztery zakresy diagnozy:** uzależnienia, zdrowie psychiczne, diagnoza problemowa oraz psychologiczna. Tu również oferta placówek okazała się bardzo wszechstronna: *Dwie trzecie z nich oferują wszystkie cztery rodzaje diagnozy, a diagnozę zdrowia psychicznego, obok uzależnienia, stawia w sumie prawie 80%. Ponad 90% ma w swojej ofercie diagnozę problemową, a trzy czwarte – diagnozę psychologiczną.*

**W ankietach pytano też** o wykorzystanie testów laboratoryjnych na obecność narkotyków/alkoholu i testów na choroby zakaźne. Te pierwsze są powszechne – średnia

dla wszystkich placówek to 70%, przy czym prowadzą je wszystkie programy substytucyjne, oddziały detoksykacyjne i hostele oraz 90% ośrodków stacjonarnych. Testy na choroby zakaźne nie są tak częste – stosują je prawie wszystkie programy substytucyjne oraz programy redukcji szkód, 70% oddziałów detoksykacyjnych, ok. 80% ośrodków rehabilitacji, ale mniej niż 30% poradni.

**Formy terapii** oferowane najczęściej to terapia indywidualna (94% wszystkich placówek), poradnictwo (87%) i terapia grupowa (85%). Nieco zaniedbana jest terapia rodzinna (67%). Wskaźniki te są zaniżane przez oddziały detoksykacyjne, oferujące trzy pierwsze formy terapii zaledwie w 57% badanych placówek i terapię rodzinną tylko w jednym oddziale. Autorzy wskazują tu znaczne ograniczenie oferty „detoksów” w porównaniu z badaniem sprzed 10 lat, określając to zjawisko jako medykalizację usług w tym sektorze.

Z kolei najlepiej prezentują się programy redukcji szkód, z których wszystkie posiadały kompletną ofertę terapeutyczną.

**Oprócz tych podstawowych** form terapii placówki oferowały szereg innych, w tym przede wszystkim grupy zapobiegania nawrotom, warsztaty i treningi rozwoju osobistego, grupy wsparcia i programy krótkiej interwencji, które proponowane były w blisko połowie placówek, natomiast w 20% poradni prowadzono programy dla użytkowników *cannabis* – „Fred goes net” i „Candis”.

## Pacjenci

W czasie badania ze świadczeń pomocy uzależnionym od narkotyków korzystało ok. **10 tys. pacjentów**, z czego prawie połowa w poradniach, 18% w programach substytucyjnych i 16% w ośrodkach stacjonarnych.

**Jeśli wziąć pod uwagę liczby względne** – liczbę pacjentów miesięcznie obsługiwanych przez jedną placówkę danego typu – kolejność układa się inaczej. Najwięcej pacjentów obsługiwały programy substytucyjne, bo średnio aż 192 miesięcznie, przy czym mediana (ok. 100) wskazuje, że połowa placówek obsługiwała do 100 pacjentów.

Powyżej stu pacjentów na placówkę miesięcznie przypadało w poradniach i programach redukcji szkód. W ośrodkach rehabilitacyjnych średnie były o ponad połowę, a na oddziałach detoksykacyjnych trzykrotnie mniejsze (odpowiednio 43 i 34 pacjentów na placówkę).

**Zmienia się profil pacjentów.** Obecnie najliczniejszą grupę wiekową to 30-49 lat (38%) oraz 18-29 lat (33%). W stosunku do 2005 roku wzrósł średni wiek osób leczą-

cych się. **Wzrosła znacznie liczba** osób powyżej 30 lat, zwłaszcza w poradniach (z 26% do 52%) i na oddziałach detoksykacyjnych (z 20% do 40%). W programach substytucyjnych stanowili oni 73% pacjentów (w 2005 roku – 57%), a w programach redukcji szkód 60%. Znacząco zmalała liczba osób najmłodszych, poniżej 18. roku życia, które w badanej grupie stanowiły 15% pacjentów. Ten spadek jest bardzo wyraźny w poradniach (z 28% do 15%) oraz na oddziałach detoksykacyjnych (z 19% do 8%). Najliczniej reprezentowani są oni w **ośrodkach stacjonarnych – gdzie 27% wszystkich pacjentów miało mniej niż 18 lat.**

## Cele leczenia

Pacjenci poszczególnych placówek proszeni byli m.in. o wskazanie wagi zakładanego celu leczenia w skali od 0 do 10. Wachlarz celów obejmował:

- abstynencję,
- ograniczanie używania jako cel pośredni w uzyskaniu abstynencji,
- ograniczenie używania jako cel ostateczny terapii,
- zmianę wzoru konsumpcji,
- poprawę jakości życia,
- inne (m.in. poprawa zdrowia psychicznego i somatycznego, poprawa w podejmowaniu ról społecznych).

Najwyższe noty zyskała **poprawa jakości życia** (9,6/10). Ponad połowa respondentów wszystkich rodzajów placówek

**Tabela 2. Liczba osób leczących się w poszczególnych typach placówek: w sumie oraz średnio w jednej placówce w miesiącu.**

Typ placówki	Liczba pacjentów ogółem	Średnio na placówkę miesięcznie	Mediana
poradnie i punkty konsultacyjne	4579	122,0	87,0
programy substytucyjne	1731	192,3	106,0
programy redukcji szkód	653	108,8	86,5
oddziały detoksykacyjne	171	34,2	35,0
stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne	1570	43,6	37,5
programy readaptacji społecznej	51	17,0	13,0
inne	838	119,7	38,0
Ogółem	9773	93,1	47,0

Źródło: Raport z badania, s. 37.



uznała ten cel jako najważniejszy (10/10). W pozostałych celach widoczny jest z jednej strony podział na placówki stacjonarne i z drugiej – na programy redukcji szkód i substytucyjne.

W pierwszej grupie – w ośrodkach rehabilitacyjnych i postrehabilitacyjnych oraz w „detoksach” – równie wysoko jak poprawę jakości życia stawiano **abstynencję** (9,3 do 10 pkt) – znacznie niżej ocenianą w programach substytucyjnych oraz redukcji szkód (odpowiednio 7,9 i 7,4 pkt). Z kolei ważny dla klientów tej drugiej grupy cel, jakim jest **zmiana wzoru konsumpcji** (ponad 9,2 pkt), oceniany jest bardzo nisko w grupie pierwszej, „stacjonarnej” (odpowiednio 2,5; 3,5; 6,6 pkt).

Podobnie rzecz się ma z **ograniczeniem** używania jako celem ostatecznym bądź pośrednim na drodze do abstynencji – wysoko ocenianym przez klientów programów (ok. 8 pkt), nisko w ośrodkach (4,4 pkt) i na „detoksach” (6,6 pkt).

W poradniach waga większości celów, oprócz poprawy jakości życia, osiągnęła poziom średni (6,4-8,1 pkt).

## Rodzaje substancji

Pytano również o wzory konsumpcji i główną substancję uzależnienia. Większość pacjentów nie wskazała substancji wiodącej. **30% używało substancji mieszanych** bez opiatów. Stanowili oni ponad połowę klientów ośrodków rehabilitacyjnych i programów postrehabilitacji. W poradniach i programach redukcji szkód jedną czwartą. **Dodatkowo 10%** pacjentów jako problem wskazywało używanie różnych substancji, w tym opiatów.

Na drugim miejscu byli pacjenci z problemem alkoholowym (20%), dalej użytkownicy cannabis (13%) i heroiny (12%). Ci ostatni w zdecydowanej większości są klientami programów substytucyjnych, w których stanowią 100% osób. W pozostałych placówkach od 7% (programy redukcji szkód) do mniej niż 2% (poradnie i ośrodki rehabilitacyjne). 20% klientów w poradniach leczyło się z powodu **cannabis**. Co ciekawe, problem z THC wskazywało prawie 9% osób **w ośrodkach stacjonarnych** i 5% na **oddziałach detoksykacyjnych**.

**Dopalacze** wskazało 8% badanych. Warto zwrócić uwagę, że stanowili oni **37% pacjentów oddziałów detoksykacyjnych** (na kolejnym miejscu były substancje różne z opiatami, 15%, oraz amfetamina i heroina, po 14%).

Niecałe 2% pacjentów miało główny problem z lekami, znikomy odsetek z kokainą.

## Czas oczekiwania i czas leczenia

**Średni czas oczekiwania** na przyjęcie do leczenia w badanych placówkach wynosił 3,6 tygodnia, a mediana 1,5 tygodnia wskazuje, że połowa pacjentów czekała na leczenie nie dłużej niż 10 dni. Występują jednak znaczne różnice w czasie oczekiwania na różne rodzaje leczenia.

Najdłużej oczekuje się na miejsce w placówkach stacjonarnych: w ośrodkach rehabilitacyjnych średnio od 5 do 7 tygodni, w hostelach 4-6 tygodni, w oddziałach detoksykacyjnych 2-4 tygodnie. Średni czas oczekiwania w poradniach wynosił 7-10 dni, a w programach redukcji szkód i substytucyjnych mniej niż tydzień, przy czym w części tych ostatnich pacjenci mogli być przyjmowani od ręki.

Tabela 3. Odsetek osób leczących się w poszczególnych typach placówek ze wskazaniem substancji wiodącej.

Typ placówki	THC	Amfetamina	Kokaina	Heroina	Alkohol	Dopalacze	Leki	Różne bez opiatów	Różne, w tym opiaty
poradnie i punkty konsultacyjne	19,6	7,8	0,3	1,5	29,6	6,8	2,9	25,5	8,4
programy substytucyjne	0,0	0,0	0,0	93,4	0,0	0,0	0,0	0,0	10,6
programy redukcji szkód	16,7	9,0	0,5	7,0	2,8	17,9	0,5	26,1	19,3
oddziały detoksykacyjne	5,0	14,2	0,9	13,8	2,4	37,1	6,4	5,1	15,2
stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne	8,8	11,1	0,6	1,9	1,2	10,2	0,5	51,7	13,9
programy readaptacji społecznej	2,7	9,2	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	57,6	25,5
inne	8,6	5,8	0,5	0,4	43,7	0,5	0,5	37,0	3,1
Ogółem	13,3	7,7	0,4	12,0	20,5	7,9	1,8	29,4	10,3

Źródło: Raport z badania, s. 39.

**Czas leczenia** wahał się od dwóch do nawet 130 tygodni (2 lat). Najdłuższe okresy pojawiały się w ośrodkach rehabilitacyjnych, gdzie pacjenci mieszkają. 80% z nich prowadzi programy roczne, co dziesiąty nawet dwuletnie. Zaledwie cztery ośrodki oferowały krótsze pobyty – od kilku tygodni do pół roku. Terapie w poradniach trwały średnio 38 tygodni.

## Efektywność

Na ocenę efektywności leczenia składa się kilka czynników, uwzględniających jego jakość – określaną przez poziom retencji – oraz jej przełożenie na nakłady finansowe i udział personelu.

**Wskaźnik retencji**, czyli utrzymania się w leczeniu, kształtowany jest przez odsetek pacjentów rezygnujących na początku z terapii i tych kończących leczenie danego typu. Z jednej strony liczba osób kończących terapię wskazuje na skuteczność placówki, a liczba osób wypadających na początku – na nieadekwatność jej oferty, z drugiej jednak *ostra selekcja na początku programu poprawia zapewne odsetek pacjentów, którzy kończą cały program, co powinno być uwzględnione w ocenie skuteczności.*

W 80% placówek (w 60% poradni, 70% „detoksów” i 80% ośrodków rehabilitacyjnych) z leczenia **rezygnowało na początku** mniej niż 20% pacjentów. Najlepszy wynik osiągają tu jednak programy substytucyjne, w których z leczenia rezygnowało nie więcej niż 10% pacjentów – średnio 4,6%, przy medianie 2%. W ośrodkach rehabilitacyjnych wypadało średnio 13% podejmujących leczenie, w programach redukcji szkód i placówkach detoksykacyjnych po 18%, a w poradniach 21%.

**Pacjenci kończący leczenie** przedstawiali się następująco:

- w poradniach leczenie kończyło średnio 60% osób, w 40% poradni od 70-95% osób,
- w programach redukcji szkód: średnia 50%, 2/3 programów kończyło więcej niż połowa pacjentów (50-70%),
- **najwyższą średnią** miały oddziały detoksykacyjne: średnio 80% i nie mniej niż 70% kończyło leczenie,
- programy readaptacji kończyło nie mniej niż 60% osób, ze średnią 77%,
- najniższe wyniki miały ośrodki rehabilitacyjne: w prawie **70% ośrodków leczenie kończyło mniej niż połowa pacjentów**, przy średniej 40%, z jeszcze słabszą medianą 34%.

Wynikający z powyższych informacji **syntetyczny wskaźnik retencji** (uwzględniający rezygnacje i kończących leczenie) autorzy ujęli w czterech kategoriach: niski do 9%, średni

10-24%, wysoki 25-49%, bardzo wysoki powyżej 50%. **Najlepiej** prezentują się placówki readaptacyjne i detoksykacyjne, ze wskaźnikiem **bardzo dobrym**: odpowiednio 58% i 53% (mediana 70% i 60%), na średnim poziomie plasują się poradnie i programy redukcji szkód: **28% i 22%** (mediana 24% i 22%), ośrodki rehabilitacyjne mają średni wskaźnik retencji **20%**, jednak w **ponad połowie placówek najniższy** (czego wynikiem mediana 7,5%).

## Wykorzystanie personelu

Na ocenę efektywności placówek wpływa również poziom wykorzystania personelu. Jest to stosunek liczby pacjentów do liczby etatów – im wyższy, tym lepsza efektywność danej placówki. Zarazem jednak wskazuje poziom obciążenia personelu, który, gdy zbyt wysoki, może niekorzystnie wpływać na jakość opieki nad pacjentem.

**Wykorzystanie personelu** kształtuje się następująco:

- Najbardziej obciążone są **poradnie: 20 osób** na pracownika, programy substytucyjne: **18 osób** (mediana 15) oraz placówki z kategorii „inne” 21 osób.
- Odwrotnie programy readaptacji: **2,5 osoby** na pracownika, oddziały detoksykacyjne **3 osoby** (mediana 4), ośrodki **stacjonarne 5 osób** (mediana 4).

Podobnie oblicza się wskaźnik **efektywnego wykorzystania personelu** – jako stosunek liczby **pacjentów kończących** leczenie do liczby personelu.

**Ocena efektywności** wykorzystania personelu układa się analogicznie jak wykorzystanie: w poradniach leczenie kończy średnio 8 osób na jednego pracownika (mediana 5), w programach redukcji szkód 5 osób, w placówkach rehabilitacyjnych i na oddziałach detoksykacyjnych **2 osoby** (w kategorii „inne” 4).

Autorzy raportu wskazują przy tym na pozytywne zjawiska dotyczące personelu. Wzrasta poziom wykształcenia: średnio 80% personelu ma wykształcenie wyższe, a ok. połowa ma za sobą lub jest w trakcie szkolenia certyfikującego. Wskazano również pozytywny trend wzrostu zatrudnienia specjalistów terapii uzależnień w miejsce instruktorów terapii.

## Efektywność kosztowa

Na leczenie uzależnień wydaje się w Polsce ok. 60 mln zł rocznie. Na budżet ten składają się przede wszystkim pieniądze z NFZ-u, z budżetu centralnego (m.in. KBPN) oraz z budżetów lokalnych.

NFZ jest głównym płatnikiem trzech czwartych placówek. Na tym tle dobrze wypadają poradnie, które w 40% zdyswersyfikowały źródła przychodu, nawet lepiej programy readaptacji (50%), także niżle programy redukcji szkód (20%).

**Dystrybucja funduszy** prezentuje się paradoksalnie – najbardziej efektywne placówki otrzymują najmniej. Na poradnie przeznaczane jest **niecałe 6 mln zł**, co stanowi 10% budżetu (przypomnijmy, że obsługują połowę wszystkich pacjentów). Na programy substytucyjne **4,7 mln (8% budżetu)**, na programy redukcji szkód **2,6 mln (4,5%)**, **na oddziały detoksykacyjne 3,7 mln (6%)**, na ośrodki rehabilitacyjne **38 mln zł (67%)**.

Pieniądze przeznaczone na jednego pacjenta miesięcznie to średnio: **80-90 zł** w poradniach, **800 zł** w programach substytucyjnych, **300-400 zł** w programach redukcji szkód, **1,5 tys. zł** w oddziałach detoksykacyjnych, **2,5 tys. zł** w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Natomiast **średni koszt miesięczny** pacjenta „wyleczonego” (kończącego leczenie) to:

- **300 zł** w poradniach, przy czym połowa pacjentów kończących leczenie kosztowała mniej niż połowę tej sumy (mediana **147 zł**),
- **780 zł** w programach redukcji szkód (mediana **607 zł**),
- **1,9 tys. zł** w oddziałach detoksykacyjnych (mediana **1,8 tys. zł**),
- **10,2 tys. zł** w ośrodkach rehabilitacyjnych (mediana **8,3 tys. zł**).

Autorzy raportu wyraźnie wskazują na dysproporcje w finansowaniu: *Najwyższe koszty, przekraczające dwu-*

*krotnie przeciętną dla całego systemu, generują ośrodki rehabilitacji. Miesięczny koszt na jednego pacjenta kończącego leczenie w innych placówkach jest znacznie niższy. Pięciokrotnie mniejszy w oddziałach detoksykacyjnych, sześciokrotnie mniejszy w programach readaptacji społecznej, dziesięciokrotnie mniejszy w programach redukcji szkód i trzydziestokrotnie mniejszy – w poradniach.*

Można tutaj zadać jeszcze pytanie o zasadność przetrzymywania w zamkniętych ośrodkach osób z problemem używania marihuany czy osób poniżej 18. roku życia.

W podsumowaniu autorzy zwracają uwagę na wzrost dostępności leczenia. Od 2005 roku ponad dwukrotnie wzrosła liczba placówek, które świadczą usługi na rzecz osób uzależnionych od narkotyków, zwiększa się także zakres ich usług. Mówi się również o „wyczerpaniu możliwości” dużych programów substytucyjnych, ze wskazaniem na potrzebę zwiększenia ich dostępności w mniejszych placówkach, jak gabinety lekarskie czy prywatne praktyki psychiatryczne. Autorzy mówią także o potrzebie zwiększenia sieci placówek redukcji szkód, przy jednoczesnym rozwoju ich infrastruktury, oraz potrzebie rozwinięcia programów readaptacyjnych.

Autorzy raportu: Jacek Moskalewicz, Justyna Klingemann, Jakub Stokwiszewski.

Raport z badania jest dostępny na stronie [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl) w dziale Raporty > Raporty z badań > Lecznictwo.

Redakcja

Wykres 1. Dystrybucja środków finansowych w systemie leczenia uzależnień.

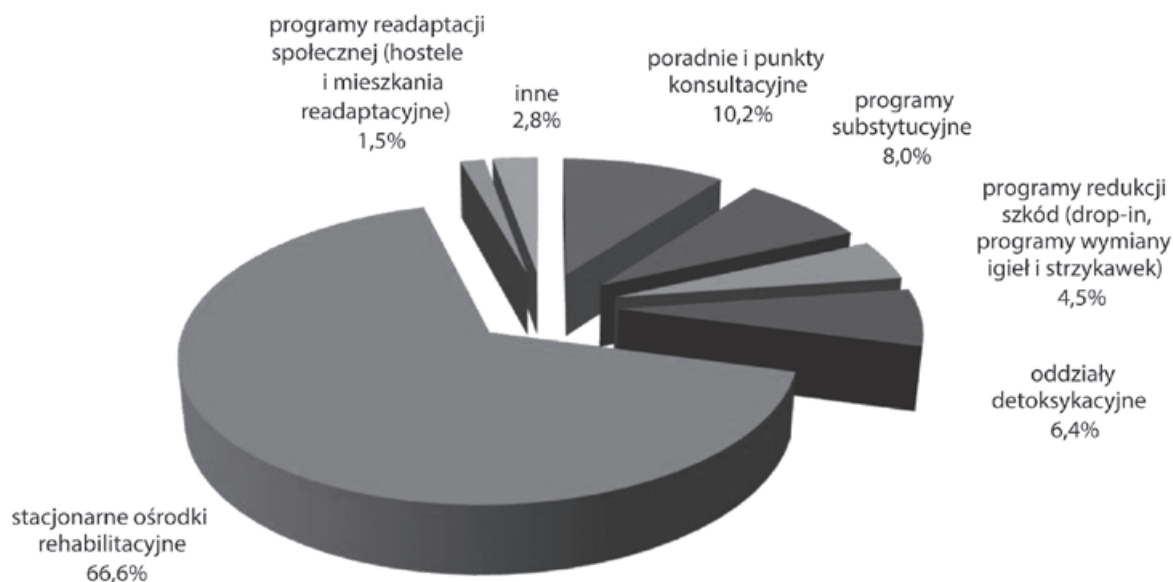




Tabela 4. Podsumowanie podstawowych informacji o ośrodkach z ankiet.

Typ placówki	PLACÓWKI				PACJENCI				EFEKTYWNOŚĆ				BUDŻET	
	Oferta terapeutyczna: 1 - poradnictwo 2 - terapia gr. 3 - terapia ind. 4 - terapia rodz.	Oferta diagnostyczna: wszystkie/co najmniej 1 i 2	Odszetek pacjentów w wieku 18>/18-49 (%)	Najczęściej substancja wiodąca**	Najważniejsze cele leczenia oprócz poprawy jakości życia***	Liczba pacjentów: ogółem (% wszystkich)/średnio na placówkę	Odszetek kończących leczenie (mediana)	Wskaźnik retencji	Liczba pacjentów na 1 etat/ z tego kończących leczenie	Średni koszt pacjenta kończącego leczenie	Ogółem (średnia)/placówkę w tys. zł	Odszetek placówek z budżetem w ponad 50% z NFZ		
poradnie i punkty konsultacyjne (n 45)	1: 100% 2: 82% 3: 95% 4: 77% wszystkie: 66%	64%/11%	15,2/70,1	różne 1: 25% alkohol: 29% THC: 20%	abstynencja: 8.1 ograniczenie 1: 8.1	4579 (47%/122)	60% (60)	niski: 31% średni: 19% wysoki: 27% b.wysoki: 23%	20,6/7,8	93,6/299,20	5 942 (10%)/148,6	61%		
programy substytucyjne (n 9)	1: 89% 2: 67% 3: 100% 4: 33% wszystkie: 33%	67%/11%	1,4/77,2	opiaty: 100%	zmiana wzoru: 9.3 ograniczenie 1: 8.8	1731 (18%/192)	n.dot.	n.dot.	18,4/n.dot	802,3/n.dot.	4 694 (8%)/670,6	100%		
programy redukcji szkód (n 6)	1: 100% 2: 100% 3: 100% 4: 100%	83%/0%	11,7/68,3	różne 1: 26% różne 2: 19% dopalacze: 18% THC: 17%	zmiana wzoru: 9.2 ograniczenie 1: 8.5	653 (7%/109)	50% (55)	niski: 33% średni: 17% wysoki: 50% b.wysoki: 0,0%	12,7/2,3	333,6/779,80	2 614 (4,5%)/435,7	83,30%		
oddziały detoksykacyjne (n 7)	1: 57% 2: 57% 3: 57% 4: 14% wszystkie: 0%	43%/43%	7,7/87,2	dopalacze: 37% różne 2: 15% heroina: 14% amfetamina: 14%	abstynencja: 10 inne: 10 ograniczenie 1: 9.4 poprawa jakości: 9	171 (2%/34)	82% (85)	niski: 0,0% średni: 0,0% wysoki: 43% b.wysoki: 57%	3,4/1,9	1 445,50/ 1 889,00	3 759 (6,4%)/626,6	100%		
stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne (n 39)	1: 74% 2: 97% 3: 100% 4: 77% wszystkie: 51%	82%/10%	27/70,3	różne 1: 51% różne 2: 14% amfetamina: 11%	inne: 9.6 abstynencja: 9.3 pozostałe: 3.5-4.7	1570 (16%/44)	42% (34)	niski: 56% średni: 19% wysoki: 5,6% b. wysoki: 19%	5,4/2,2	2 468,80/ 10 227,50	38 793 (66%)/1 141,0	91,70%		
programy readaptacji społecznej (n 4)	1: 100% 2: 82% 3: 95% 4: 70% wszystkie: 50%	25%/0%	0/100	różne 1: 57% różne 2: 25%	abstynencja: 10 inne: 10 pozostałe: 0-2.5	51 (1%)/17	77% (83)	niski: 0,0% średni: 0,0% wysoki: 33% b. wysoki: 67%	2,6/3,8	1 246,90/ 1 463,30	883 (1,5%)/220,8	50%		

\* diagnozy: uzależnienia (1), zdrowia psychicznego (2), problemowa, psychologiczna.

\*\* różnel = substancje mieszane bez opiatów; różne2 = substancje mieszane, w tym opiaty

\*\*\* we wszystkich placówkach oprócz „detoksów” najwyżej ocenianym celem była poprawa jakości życia

*Badania naukowe i obserwacje psychologów pokazują, że dzieci i młodzież spędzają przy komputerze coraz więcej czasu. Większość nastolatków ma doświadczenia z graniem w gry komputerowe, hazardem, w tym e-hazardem, oraz innymi ryzykownymi zachowaniami, choć obraz i typologia uzależnień w tej grupie są nieco inne niż w grupie dorosłych.*

# GRY KOMPUTEROWE – NIEWINNA ROZRYWKA CZY DROGA DO UZALEŻNIENIA? – CZĘŚĆ 1

Anna Borkowska  
Ośrodek Rozwoju Edukacji

## Wstęp

W gry komputerowe grają obecnie miliony ludzi na świecie. Są one dostępne na płytach CD/DVD, na stronach internetowych, konsolach czy w telefonach komórkowych. Ogromna grupa graczy to dzieci i młodzież, dla których gry stanowią coraz bardziej powszechną formę spędzania wolnego czasu. Grać zaczynają dzieci coraz młodsze, nierzadko już w wieku przedszkolnym.

Wśród dorosłych gry komputerowe budzą niezwykle silne i bardzo spolaryzowane emocje. Tytuły prasowe co jakiś czas bombardują czytelników sensacyjnymi doniesieniami o przerażających skutkach nadmiernego grania, przywołując tragiczne losy graczy, którzy stracili pieniądze, pracę, rodzinę, a nawet życie.

Korzystanie z tej formy rozrywki przez dzieci i młodzież budzi różnorodne obawy wśród rodziców, pedagogów i ekspertów. Niepokój rodziców dotyczy zwłaszcza zagrożenia nadużywaniem czy wręcz uzależnieniem dzieci od gier komputerowych.

Uzależnieni od grania w gry online dorośli szukają wsparcia na forach internetowych (np. Reddit), a nawet zakładają organizacje wzorowane na ruchu Anonimowych Alkoholików, jak powołana w 2002 roku wspólnota OLGA (z ang. On-Line Gamers Anonymous), oferująca swoim członkom 12-stopniowy program, mający uwolnić ich od nałogowego grania w gry internetowe.

Naukowcy i badacze, podchodząc do zjawiska znacznie mniej emocjonalnie, podejmują wysiłki, aby sprawdzić, jak naprawdę gry wpływają na ich użytkowników. Od lat 80. prowadzone są badania, których celem jest analiza związków pomiędzy treścią gier, w tym szczególnie

gier nasyconych agresją i przemocą, a rozwojem dzieci i młodzieży, jak również poznanie zjawiska nadużywania tej formy rozrywki i tego, jakie cechy gier online mogą przyczyniać się do rozwoju uzależnienia. Kwestie te budzą gorące dyskusje na łamach czasopism naukowych wśród samych ekspertów.

Uzależnienie od grania w gry internetowe wpisano do Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-V).

Co wiemy o grach po ponad trzech dekadach badań?

## Krótką historia badań nad uzależnieniem od grania

Historia gier komputerowych sięga roku 1947, kiedy to Thomas T. Goldsmith Jr. i Estle Ray Mann złożyli w amerykańskim urzędzie patentowym wniosek o przyznanie patentu na pierwszy prototyp gry elektronicznej. Stworzona przez nich gra była prostą symulacją uderzenia pocisku raketowego w wyznaczony cel. Grający mieli możliwość sterowania pociskiem za pomocą specjalnych gałek zmieniających kąt wystrzału i prędkość pocisku. Do masowego odbiorcy gry trafiły jednak dopiero we wczesnych latach 70. Do tego czasu gry były produkcjami akademickimi. W ramach prac naukowych powstały takie gry, jak: kółko i krzyżyk autorstwa A.S. Douglasa – doktoranta na uniwersytecie w Cambridge (1952 r.), „Tennis for Two”, opracowany przez fizyka W. Higginbothama (1958 r.), czy „Spacewar!” – gra komputerowa stworzona przez grupę studentów Massachusetts Institute of Technology w roku 1961, w której dwaj gracze kierujący statkami kosmicznymi mieli za zadanie zniszczyć przeciwnika.

Rozwój technologiczny, przede wszystkim zaś wypuszczenie na rynek pierwszej konsoli do gier wideo na początku lat 70., spowodował gwałtowny rozwój produkcji komercyjnych gier komputerowych. Firmy produkujące gry zręcznościowe na automaty i konsole zaczęły odnosić pierwsze duże sukcesy finansowe.

Rozwojowi rynku gier komputerowych oraz ich gwałtownie rosnącej popularności wśród graczy towarzyszył wzrost zainteresowania badaczy tą nową formą rozrywki i jej wpływem na użytkowników. Już na początku lat 80. pojawiły się pierwsze doniesienia w czasopismach psychologicznych i psychiatrycznych na temat uzależniających skutków grania w gry na automatach. W artykule z 1982 roku Ross, Finestone and Lavin informowali o trzech przypadkach osób doświadczających „obsesji na punkcie gry Space Invaders” (*space invaders obsession*). Na podobne zjawisko wskazywał Nilles, nazywając je „komputerową katatonią” (*computer catatonia*). W 1983 roku Soper i Miller opisali, na podstawie obserwacji uczniów, zespół uzależnienia od gier komputerowych, na który składały się takie symptomy, jak: kompulsywne zachowania, utrata zainteresowania innymi czynnościami niż granie, zawężenie kręgu znajomych tylko do innych graczy, fizyczne i psychiczne objawy abstynencyjne w sytuacji ograniczania lub zaprzestania grania (Griffiths i in., 2012).

Użyteczność danych przedstawianych w tych i podobnych doniesieniach naukowych budziła kontrowersje w środowisku naukowym. Kwestionowano poprawność metodologiczną badań oraz możliwość zastosowania uzyskanych wyników do całej populacji. Podstawą badań tamtego okresu była obserwacja, studia przypadków, a próby badawcze ograniczone były zazwyczaj do grupy nastolatków płci męskiej i do konkretnego typu gry.

Pierwsza dekada dwudziestego pierwszego wieku przyniosła znaczący wzrost liczby badań naukowych, które obecnie koncentrują się na różnorodnych aspektach uzależnienia od grania w gry komputerowe, w odniesieniu do różnych grup użytkowników tego rodzaju rozrywki. Nadal jednak dominują badania korelacyjne, przy znikomym liczbie badań podłużnych, które pozwoliłyby na wyczerpujący opis dynamiki uzależnienia.

Wraz z rozwojem nowych technologii i upowszechnieniem internetu, które stworzyły wiele nieznanych dotąd możliwości udziału w grach, przed badaczami pojawiły się nowe perspektywy badawcze – jak choćby zjawiska towarzyszące graniu w gry online, w których gracze tworzą internetowe społeczności, niekiedy składające się

nawet z tysięcy grających (ang. MMORPG – *massively multiplayer online role playing game*).

Rozwój metod obrazowania struktury i funkcji ludzkiego mózgu wprowadził nową jakość do badań nad procesami psychicznymi. Obecnie dzięki tym technologiom wiemy coraz więcej o zmianach, jakie zachodzą w mózgu podczas wykonywania określonych czynności, np. przeglądania stron internetowych, korzystania z tabletu, gier komputerowych.

Nadal jednak badania zjawisk towarzyszących graniu w gry komputerowe pozostają w tyle za znacznie bardziej zaawansowanymi badaniami nad innymi uzależnieniami behawioralnymi, np. patologicznym hazardem, a uzyskiwane wyniki trudno uznać za rozstrzygające.

## Korzyści i zagrożenia związane z graniem w gry komputerowe

Zwolennicy gier komputerowych podkreślają ich zalety i nie widzą nic złego w tym, by korzystali z nich nawet najmłodszy gracze. Rzeczywiście, gry mogą odegrać pozytywną rolę w rozwoju dziecka. Na rynku dostępnych jest wiele gier komputerowych, które mogą pomagać dzieciom w nauce, rozwijać ich zainteresowania, kształtować zachowania społeczne i umiejętność samodzielnego myślenia. Często są to ciekawe i interaktywne programy, które z powodzeniem można wykorzystywać do celów edukacyjnych.

Dobrej jakości gry edukacyjne usprawniają umiejętność spostrzegania, doskonałą refleks i zręczność manualną, rozwijają wyobraźnię przestrzenną, uczą podejmowania decyzji. Wzbogacają też wiedzę dziecka o otaczającym je świecie i mogą kształtować pozytywne postawy. Gry strategiczne rozwijają zdolności myślenia, planowania, wykonywania kilku zadań równocześnie, analizowania i interpretowania zdarzeń, rozwiązywania problemów. Gry mogą także kształtować prospołeczne postawy dzieci, uczyć je współpracy i zachęcać do pomagania innym także w świecie rzeczywistym. Wiele z nich nie zakłada rywalizacji – gracze muszą współpracować ze sobą i pomagać sobie oraz razem rozwiązywać problemy, aby osiągnąć wspólny cel. Dzięki grze w większym gronie dzieci uczą się pracy w zespole.

Graniu w gry nie przynosi jednak tylko korzyści. Nieodpowiednie i bezrefleksyjne korzystanie z komputera i gier może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka, a także ograniczać



jego rozwój społeczny, poznawczy czy emocjonalny, szczególnie jeśli stanowi główną formę spędzania przez nie czasu.

Dzieci spędzające wiele godzin przed komputerem i długo grające w gry mogą mieć problemy z koncentracją uwagi i myśleniem w szkole podczas lekcji, gdzie ich uwaga nie jest stale pobudzana nowymi atrakcyjnymi bodźcami jak w czasie gry. Nadmierne i zbyt długie granie może też prowadzić do zaniedbywania nauki, aktywności fizycznej, kontaktów z rodziną i kolegami, rezygnacji z innych zainteresowań, a nawet do zaniedbywania takich czynności, jak jedzenie czy sen. W skrajnych przypadkach może prowadzić do uzależnienia.

Badania pokazują, że gry zawierające agresję i brutalną przemoc powodują podniesienie się poziomu agresji u dzieci. Dzieci uczą się z nich wrogich zachowań wobec innych ludzi, lekceważenia ich praw oraz tego, że jedynym sposobem na rozwiązywanie problemów jest przemoc. Stają się mniej wrażliwe na krzywdę innych i mniej chętnie niosą pomoc ofiarom przemocy. Grając w brutalne gry, wyrabiają w sobie przekonanie, że agresja i przemoc to coś powszechnego i normalnego.

Długotrwałe korzystanie z komputera może wywoływać również zmiany natury fizycznej: zaburzenia wzroku, trwałe wady kręgosłupa, zwiotczenie mięśni (z braku ruchu), anemię (gracz nie ma czasu na jedzenie), zaburzenie rytmów dobowych. U części dzieci stwierdzano występowanie tzw. padaczki ekranowej wywołanej przez intensywne, szybko zmieniające się bodźce świetlne emitowane przez ekran.

## Uzależnienie od grania

Uzależnienie od grania wymieniane jest w literaturze przedmiotu jako jeden z najpoważniejszych skutków nadmiernego korzystania z gier komputerowych, na które szczególnie podatne wydają się być dzieci i młodzież, ale które dotyka również populację osób dorosłych.

Po wielu latach debat i kontrowersji wokół zjawiska uzależnienia od grania w gry komputerowe, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) umieściło w 2013 roku w piątej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-V) zaburzenie korzystania z gier internetowych (ang. IGD – *internet gaming disorder*).

Uzależnienie od grania w gry online znalazło się w sekcji III klasyfikacji, a więc jako zjawisko wymagające dalszych szczegółowych badań klinicznych, które

pozwolą na wykazanie, czy otrzyma ono status zaburzenia i zostanie włączone do głównej listy DSM. Warunkowe włączenie IGD do klasyfikacji DSM-V ma też w założeniach APA zdynamizować badania naukowe w kierunku określenia specyficznych kryteriów diagnostycznych dla tego zaburzenia oraz opracowania wystandaryzowanych narzędzi do diagnozy (APA, 2013). Warto wspomnieć, że IGD jest drugim, obok patologicznego hazardu, zaburzeniem behawioralnym włączonym do DSM-V.

Zaburzenie korzystania z gier internetowych zostało zdefiniowane w DSM-V jako uporczywe i powracające używanie internetu, którego celem jest korzystanie z gier niemających charakteru hazardowego, prowadzące do istotnych szkód lub wyczerpania (Izdebski, Kotyśko, 2016).

Klasyfikacja DSM-V proponuje dziewięć możliwych kryteriów diagnostycznych:

- zaabsorbowanie graniem, np. myślenie o graniu lub fantazjowanie na temat gier w czasie wykonywania innych czynności niż granie;
- zwiększanie liczby godzin przeznaczonych na granie dla osiągnięcia oczekiwanego efektu (np. pobudzenia emocjonalnego poczucia satysfakcji);
- objawy odstawienia – odczuwanie niepokoju lub irytacji przy próbach ograniczenia lub przerwania gry;
- podejmowanie powtarzających się wysiłków w celu ograniczenia lub zaprzestania grania;
- ucieczka od problemów (eskapizm), traktowanie gry jako sposobu ucieczki od problemów lub środka na uśmierzenie poczucia bezradności, winy, lęku, depresji itp.;
- kontynuowanie grania pomimo świadomości szkodliwego wpływu tego rodzaju zachowania na najważniejsze obszary funkcjonowania psychospołecznego;
- oszukiwanie, okłamywanie innych w celu ukrycia rozmiarów swojej aktywności związanej z graniem i czasu przeznaczanego na granie;
- zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz grania;
- utrata lub zaniedbywanie ważnych relacji społecznych, obowiązków szkolnych czy zawodowych.

Rozpoznanie zaburzenia IGD następuje w przypadku wystąpienia u osoby badanej pięciu lub więcej z powyższych kryteriów w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Warto dodać, iż według badaczy sama długość czasu spędzanego na graniu nie jest wyznacznikiem uzależnienia.

## Problemowe korzystanie z internetu i gier komputerowych wśród dzieci i młodzieży – skala zjawiska

Badania naukowe i obserwacje psychologów pokazują, że dzieci i młodzież spędzają przy komputerze coraz więcej czasu. Większość nastolatków ma doświadczenia z graniem w gry komputerowe, hazardem, w tym e-hazardem, oraz innymi ryzykownymi zachowaniami, choć obraz i typologia uzależnień w tej grupie są nieco inne niż w grupie dorosłych.

Dokładne określenie stopnia rozpowszechnienia zjawiska uzależnienia od gier jest trudne, w dużej mierze z powodu braku wystandaryzowanego narzędzia do diagnozy, jak również niejednorodnych kryteriów diagnostycznych przyjmowanych w różnych krajach.

Badania niemieckie wskazują, iż od 0,2 do 0,5% dorosłych użytkowników gier wykazuje objawy uzależnienia. W Norwegii szacuje się, że 0,6% graczy w wieku 15-40 lat jest uzależnionych od grania, 4,6% stanowią osoby zagrożone uzależnieniem.

Dane z badań prowadzonych na grupie adolescentów w państwach Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych wskazują, iż uzależnionych od gier może być od 1,7% młodzieży w Niemczech, 4,6% na Węgrzech, aż do 8,5% w USA. Szacuje się, iż odsetek patologicznie grających młodych ludzi w Chinach może sięgać nawet 10% (Peng, Li, 2009).

Skala zagrożenia e-uzależnieniem polskiej młodzieży jest równie trudna do ustalenia. Wyniki badań ukazują rosnący odsetek młodych osób, które problemowo korzystają z internetu oraz telefonów komórkowych. 60% uczniów gimnazjum i ok. 80% uczniów szkół średnich korzysta z internetu kilka razy dziennie, spędzając w nim średnio ok. 3 godzin. Od 6% do 19% z nich zdradza symptomy uzależnienia bądź zagrożenia uzależnieniem od sieci (CBOS 2015; Styśko-Kunkowska, Wąsowicz, 2014).

Nieco inne dane uzyskano w projekcie badawczym „EU NET ADB – Badanie nadużywania internetu przez młodzież w Polsce i Europie” (Makaruk, Wójcik, 2013), prowadzonym na grupie nastolatków w wieku 14-17 lat. Objawy nadużywania internetu stwierdzono u 1,3% respondentów, 12,0% było zagrożonych nadużywaniem. Dysfunkcyjne korzystanie z internetu częściej wykazują

chłopcy, starsze nastolatki i te osoby, których rodzice mają wykształcenie podstawowe. Badacze podkreślają, że istnieje silna zależność między dysfunkcyjnym korzystaniem z internetu a uprawianiem hazardu, korzystaniem z portali społecznościowych oraz graniem w gry online. Nastolatki nadużywające internetu ponad cztery razy częściej angażują się w uprawianie hazardu online, trzy razy częściej w graniu w gry online z nagrodami pieniężnymi. Dwa razy częściej odwiedzają serwisy informacyjne oraz serwisy z informacjami o seksie, grają w sieciowe gry strategiczne, w tym w wieloosobowe gry typu MMORPG.

Wyniki badania wskazują ponadto, że w przypadku osób grających w gry online dwukrotnie wzrasta ryzyko dysfunkcyjnego korzystania z internetu. To niepokojący wniosek, jeśli weźmiemy pod uwagę, iż prawie 63% badanych nastolatków przyznało, że gra w gry online.

## Bibliografia

- CBOS, „Dzieci i młodzież w internecie – korzystanie i zagrożenia z perspektywy opiekunów”, 2015.
- Griffiths M.D., Kuss D.J., King D.L., „Video Game Addiction: Past, Present and Future”, *Current Psychiatry Reviews*, 8, 2012.
- Izdebski P., Kotyśko M., „Problemowe korzystanie z nowych mediów” (w:) Habrat B. (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
- Jarczyńska J., „Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe dzieci i młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia”, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.
- King D.L., Delfabbro P.H., „Internet gaming disorder treatment: a review of definitions of diagnosis and treatment outcome”, *Journal of Clinical Psychology*, 70 (10) 2014.
- Kuss D.J., „Internet gaming addiction: current perspectives”, *Psychology Research and Behavior Management*, vol.6, 2013.
- Kuss D.J., van Rooij A.J., Shorter G.W., Griffiths M.D., van de Mheen D., „Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors”, *Computers in Human Behavior*, 29 (5) 2013.
- Makaruk K., Wójcik S., „Nadużywanie internetu przez młodzież. Wyniki badania EU NET ADB”, *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, vol. 12, nr 1, 2013.
- Mentzoni R.A., Brunborg G.S., Molde H., Myrseth H., Mår Skouverø K. J., Hetland J., Pallesen S., „Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations with Mental and Physical Health”, *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14 (10) 2011.
- Peng L.H., Li X., „A survey of Chinese college students addicted to video games”, *China Educ Innov Herald*, 28, 2009.
- Styśko-Kunkowska M., Wąsowicz G., „Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty”, KBPN, Warszawa 2014.
- Węgrzecka-Gilun J., Ostaszewski K., „Uzależnienia behawioralne, rodzaje oraz skala zjawiska, sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla rodziców”, Fundacja ETOH, Warszawa 2014.

*Korzystanie z internetu stało się dla współczesnej młodzieży nieodłączną częścią codzienności. Dorastanie w cyberprzestrzeni nadaje adolescencji inną jakość, wzbogacając ją o potencjał rozwojowy, ale także indukując jakościowo nowe zagrożenia – w tym agresję elektroniczną.*

# O MOŻLIWOŚCI OGRANICZENIA AGRESJI RÓWIEŚNICZEJ W INTERNECIE: ROLA PRZYJMOWANIA PERSPEKTYWY INNEJ OSOBY I EMPATII

Anna Szuster

Julia Barlińska

Wydział Psychologii

Uniwersytet Warszawski

## Cyberprzemoc – charakterystyka zjawiska

Dla pokolenia e-generacji internet jest nie tylko źródłem informacji czy centrum rozrywki, ale jedną z głównych płaszczyzn społecznego funkcjonowania, o czym świadczy chociażby fakt, że blisko 90% polskich nastolatków posiada konto na jakimś portalu społecznościowym (Makaruk, Wójcik, 2012). Współcześnie dostępne media poszerzają i przeobrażają przestrzeń życia młodzieży, a dorastanie w cyberprzestrzeni nadaje adolescencji inną jakość, wzbogacając ją o potencjał rozwojowy, ale także indukując jakościowo nowe zagrożenia – w tym agresję elektroniczną. Adolescenci w wieku 13-16 lat wydają się najbardziej narażeni na doświadczanie cyberprzemocy (Kowalski, Limber, Agatston, 2010). Agresja elektroniczna to akty agresji, w których narzędziem ich realizacji są nowe technologie komunikacyjne (Pyżalski, 2012). Problem ten ma charakter globalny i dotyczy przede wszystkim nastolatków. Jest on nową odmianą agresji rówieśniczej. Szacuje się, że około 85% adolescentów w wieku 12-13 lat miało już pewne doświadczenia z cyberprzemocą (Kowalski, Limber, Agatston, 2010). Dane wskazujące na skalę i rozpowszechnienie zjawiska wahają się między 10 a 42% dla doświadczania wiktyimizacji i 3 a 23% dla doświadczania sprawstwa przemocy elektronicznej (Kowalski, Limber, Agatston, 2010). Polskie dane uwzględniające pomiary zachowań sprawców agresji elektronicznej wskazują, że w skali roku w tego rodzaju aktywność zaangażowanych było około 20% polskich 15-latków, 7% było

ofiarami, a podobny odsetek zarówno ofiarami, jak i sprawcami (Pyżalski, 2012).

Rówieśnicza agresja elektroniczna jest stosunkowo nowym zjawiskiem, bowiem pierwsze doniesienia na jej temat miały miejsce w roku 2000. Dlatego historia jej eksploracji naukowej nie jest długa (Smith, 2011), w dalszym ciągu pozostawiając wiele pytań bez odpowiedzi. Obecny stan wiedzy daje jednak już pewną podstawę do nakreślenia czynników ryzyka tego zjawiska – różne przejawy niedostosowania społecznego, psychologicznego oraz zdrowotnego są identyfikowane jako źródła i skutki agresji i przemocy rówieśniczej. Korelatami cyberprzemocy są m.in. działania przestępcze, trudności szkolne, zażywanie substancji psychoaktywnych, depresja, łamanie norm (Ybarra, Mitchel, 2004), pozytywny stosunek do cyberprzemocy i identyfikacja z normami sprzyjającymi cyberprzemocy (Pyżalski, 2012), problemy psychosomatyczne, depresja, lęk, obniżone poczucie wartości (Ybarra, Mitchel, Lenhart, 2010), a nawet myśli i próby samobójcze (Hinduja, Patchin, 2008). Agresja elektroniczna stanowi poważny problem z obszaru zdrowia publicznego. Dowodzi to wagi problemu i konieczności wdrażania efektywnych środków zaradczych. Przemoc rówieśnicza (*bullying*), zarówno ta online, jak i offline, jest szczególnym przejawem zachowań agresywnych wśród młodzieży szkolnej. W najbardziej klasycznym ujęciu charakteryzowana jest jako negatywne, bezpośrednie, intencjonalne działania, podejmowane wielokrotnie w dłuższym okresie wobec ucznia, który ze względu na przewagę sprawców (fizyczną lub psychologiczną) nie potrafi się bronić



(Olweus, 2007). Najczęściej przywoływane aspekty tradycyjnej przemocy rówieśniczej to: powtarzalność zachowania, intencjonalność sprawcy, nierównowaga sił, fakt przynależności sprawcy i ofiary do tej samej grupy społecznej oraz bezpośredniość działań. Konsekwentnie zatem cyberprzemoc rówieśnicza powinna posiadać wszystkie te właściwości, z tą różnicą, że narzędziami jego realizacji są nowoczesne technologie komunikacyjne (Williams, Guerra, 2007).

Specyfika nowoczesnych technologii komunikacyjnych oraz społeczne wzory ich używania sprawiają jednak, że te najczęściej przywoływane aspekty tradycyjnej przemocy rówieśniczej przestają być rezultatem intencjonalnego działania (Boyd, 2007). Akty przemocy mogą się bowiem pojawiać bez uczestnictwa sprawców, a nawet wbrew ich woli, jako że nie mają oni wpływu na inne osoby oglądające, kopiujące czy rozpowszechniające materiały początkowo wyprodukowane i opublikowane przez nich, nawet jednorazowo.

Ponadto brak informacji zwrotnych dotyczących reakcji emocjonalnych uczestników komunikacji zapośredniczonej komplikuje kwestię intencjonalności zachowań w sieci, szczególnie tych o charakterze agresywnym. Na skutek niemożności zobaczenia reakcji ofiary sprawcy (zwłaszcza nastoletni) mogą nie zdawać sobie sprawy, że ranią czy krzywdzą daną osobę, boleśnie przekraczając granice żartu. Zjawisko braku kontaktu z widocznymi konsekwencjami swoich działań w komunikacji zapośredniczonej został określony „efektem kabiny pilota” (Walrave, Heirman, 2009). W takich warunkach trudniej o jednoznaczną interpretację negatywności intencji (zarówno przez obserwatora, jak i samego sprawcę czynu), będącej ważnym elementem definicji tradycyjnej przemocy rówieśniczej (por. Olweus, 2007; Wolak, Mitchel, Finkelhor, 2009; Pyżalski, 2009).

Warunek bezpośredniości działań sprawców zdaje się także nieprzystający, gdyż naturalna grupa dla agresji rówieśniczej klasa lub szkoła – rzadko jest środowiskiem cyberprzemocy (Ybarra, 2007, Pyżalski, 2009). Szybkość przekazu danych i dostępność zamieszczonych w sieci materiałów sprawia, że grupa ta jest zazwyczaj znacznie większa – skutkuje wieloma specyficznymi właściwościami w obszarze spójności, mechanizmów wpływu członków grupy na siebie i statusu poszczególnych członków grupy (McKenna 2008, Pyżalski, 2009). Powyższe przesłanki jasno wskazują na potrzebę budowania kompetencji społecznych i wzmocnienia

zachowań pozytywnych w sieci jako alternatywy do cyberprzemocy. Coraz częściej wskazywanym oddziaływaniem skutecznie ograniczającym różne przejawy agresji, również w odniesieniu do cyberprzemocy, jest profilaktyka pozytywna (Pyżalski, 2012). Jej najistotniejszym elementem jest stosowanie metod stymulujących rozwój kompetencji społecznych ograniczających skłonność do działań antyspołecznych.

Rezultaty wielu badań wskazują na różne przejawy kompetencji społecznych, jako czynniki ograniczające skalę zjawiska cyberprzemocy. Wskazuje na szczególnie znaczenie umiejętności przyjmowania perspektywy innej osoby (Szuster, 2011; Szuster, Wojnarowska, Gniewek, 2016 w druku) i empatii, stanowiącej jeden z jej przejawów (Steffgen, König, Pfetsch, Metzler, 2012; Barlińska, Szuster, Winiewski, 2013).

Skuteczna edukacja medialna powinna być wpisana w realia kontaktów zapośredniczonych przez internet. Dlatego też kształtowanie kompetencji informatycznych w kontekście zachowania bezpieczeństwa informacji, prywatności, odpowiedzialności i rozliczalności jest warunkiem koniecznym efektywnego treningu zachowań i umiejętności społecznych w cyberprzestrzeni.

## **Mózg w sieci – specyfika przetwarzania informacji w przestrzeni cyfrowej**

Technologie cyfrowe, a w szczególności ich konsekwencje dla ludzkiego funkcjonowania, stały się także domeną zainteresowań nauk społecznych. Psychologia interesują następstwa rozwoju technologii dla działania mózgu odpowiedzialnego i zawiadującego tym, co człowiek czuje, myśli i robi.

Choć podstawowa forma naszego mózgu nie zmieniła się znacząco przez ostatnie czterdzieści tysięcy lat (Wolf, 2007), to jednak sposoby ludzkiego myślenia i działania zmieniły się w tym czasie radykalnie. Sekunda po sekundzie to, co i jak robimy, zmienia mózg. Dostosowuje się on także do zmian w naszym zachowaniu. Jak pisze Mark Hallett (za Carr, 2011, s. 45): „(...) neuroplastyczność jest zjawiskiem nie tylko potencjalnym, ale i zachodzącym cały czas”. Zmiany polegają na reorganizacji obwodów neuronalnych. Jak w przypadku taksówkarzy londyńskich, u których badania wykazały istotnie większą tylną część hipokampa (kluczową dla przechowywania i operowania

informacjami przestrzennymi) w porównaniu z grupą kontrolną (Maguire, Gadian, Johnsrude i in., 2000). Ale neuroplastyczność jest zarazem potencjalnym źródłem niepożądanych zmian. Dotyczy to nie tylko schorzeń umysłowych, ale także normalnego, codziennego funkcjonowania umysłu. Badania dowodzą, że poprzez aktywność fizyczną i psychiczną mózg buduje nowe obwody, wzmacnia stare, jednocześnie te nieużywane słabną lub znikają. Zatem narzędzia, technologie, których używamy, kształtują fizyczną strukturę i funkcje mózgu człowieka.

Zmiana na niespotykaną skalę rozpoczęła się w połowie XX wieku. Obecnie elektroniczna rewolucja osiąga punkt kulminacyjny – komputer stoi na każdym biurku, laptop leży na kolanach, a tablet spoczywa w naszych rękach. Drogom w naszym mózgu został wyznaczony nowy kierunek.

Sposoby korzystania z sieci multiplikują się, a ludzie poświęcają jej coraz więcej czasu i uwagi. Jak pokazują amerykańskie dane, do 2009 roku dorośli spędzali w sieci średnio 12 godz. w tygodniu (dwukrotnie więcej niż 2005 roku) (Forrest Research Consumers' Behavior Online, 2007), młodzi ponad 19 godz., dzieci ok. 11 godz. Międzynarodowe badania wskazują że 30% wolego czasu spędzamy online. Dane te nie obejmują telefonów komórkowych i innych urządzeń przenośnych. Jednocześnie wraz ze wzrostem wykorzystania internetu maleje czas poświęcany na czytanie publikacji drukowanych (Carr, 2011).

## Sieć – charakterystyka cyfrowego przetwarzania informacji

Strona tekstu online przejrzana na ekranie monitora do złudzenia przypomina tę drukowaną. Jednak lektura książki tradycyjnej jest odmienna od tej elektronicznej. W akcie czytania elektronicznego jak w soczewce odzwierciedla się specyfika procesów poznawczych generowanych w cybep przestrzeni. Ekran komputera, na którym „przewracamy” kartki, zmienia stopień koncentracji oraz głębokość, z jaką przetwarzane są treści. Sieć pogłębia proces jej fragmentaryzacji i rozprasza uwagę. Funkcje „rozpraszaczy” pełni nieustannie obecna poczta, hiperlinki, reklamy, zestaw ikon do różnych narzędzi, sygnał dźwiękowy informujący o nadejściu kolejnego maila. Sieć „gubi” linearny charakter tekstu drukowanego, a wraz z nim koncentrację jaką wzbudza

w czytelniku, co więcej nasila ów **fragmentaryczny sposób funkcjonowania**.

Sieć to środowisko, które nie tylko sprzyja pobieżnemu czytaniu, ale także chaotycznemu myśleniu i powierzchownej nauce. Aktywizuje i wzmacnia, przez wielokrotne powtarzanie tych samych bądź podobnych czynności, automatyczny tor przetwarzania informacji, nie wspiera zaś refleksyjnego.

Mimo stosunkowo krótkiej dominacji ery cyfrowej, zgromadzono już wiele danych potwierdzających fizjologiczne i neuronalne konsekwencje posługiwania się mediami cyfrowymi. Codzienne operowanie nimi nasila zmiany zarówno na poziomie komórek mózgowych, jak i uwalniania się neuroprzekaźników, wzmacniając nowe szlaki neuronalne, a osłabiając stare. Badania Gary Smalla i współpracowników (2011) pokazały odmienną aktywność mózgu doświadczonych internautów i nowicjuszy. Aktywność była większa u tych pierwszych, w szczególności zaś w grzbietowo-bocznej części obszaru przedczołowego. Niemniej po upływie tygodnia, podczas którego nowicjusze intensywnie pracowali z internetem, ponowny pomiar nie ujawnił już różnic. Jak komentuje Small (Small, Vorgan, 2011, s. 35): „wystarczyło pięć godzin w internecie, by nowo przybyli do sieci »zmienili okablowanie w mózgu«”. Tak więc internet stanowi swoiste obciążenie poznawcze. **Przeciąża pamięć roboczą, stymulując rozproszenie uwagi.**

## Relacje społeczne – cyfrowe oblicze interakcji rówieśniczych

Korzystanie z internetu stało się dla współczesnej młodzieży nieodłączną częścią codzienności. W Europie średnio 92% młodych internautów korzysta z sieci przynajmniej raz w tygodniu, a 57% loguje się do sieci codziennie lub prawie każdego dnia. W przypadku polskich dzieci przekraczane są nawet średnie europejskie: 96% loguje się przynajmniej raz na tydzień, 72% – codziennie, 24% – 1-2 razy w tygodniu (Kirwil, 2011). Nic dziwnego, jesteśmy istotami społecznymi, a internet jest znakomitym narzędziem służącym zaspokojeniu potrzeb kontaktu i afiliacji.

Wraz z upowszechnieniem się nowoczesnych technologii zwiększa się także dostępność tych negatywnych doświadczeń, które mogą mieć wpływ na rozwój i funkcjonowanie młodzieży (Wojtasik, 2008; Pyżalski, 2012). Lista niewłaści-

wych sposobów wykorzystania internetu jest długa i wciąż pozostaje otwarta – od oszustw elektronicznych, poprzez publikacje szkodliwych treści, po wykorzystanie technologii komunikacyjnych jako narzędzi do realizacji działań agresywnych, również w kontekście relacji rówieśniczych (Wojtasik, 2008; Pyżalski, 2009, 2012). Dzieci i młodzież coraz częściej surfują po sieci bez nadzoru dorosłych, co sprzyja eskalacji zagrożeń – w tym także elektronicznej przemocy rówieśniczej (Kirwil, 2011).

Pojawia się pytanie o uwarunkowania cyberprzemocy. Jak każde zachowanie społeczne jest determinowana wieloczynnikowo. Istotnym czynnikiem pozostaje narzędzie – wraz z wpływem, jaki wywiera na umysł i sposobem przetwarzania informacji, przede wszystkim tych o charakterze społecznym. Przetwarzanie informacji w sieci charakteryzuje: **impulsywność, powierzchowność przetwarzania, wielozadaniowość, która wzmaga rozproszenie uwagi**, co zwiększa prawdopodobieństwo reagowania agresją.

Społeczny charakter ludzkiego mózgu jest zorientowany przede wszystkim na przetwarzanie informacji społecznych. Trafnie rozkodujemy nawet milisekundowe mikroekspresje na twarzach ludzi (Ohme, 2003), a dostrzeżone oznaki cierpienia, smutku czy bólu innej osoby niemal automatycznie generują pobudzenie, którego efektem jest współodczuwanie. Natomiast komunikacja za pośrednictwem sieci niejako wprowadza w błąd systemy społeczne mózgu (Goleman, 2008). To efekt swoistego niedopasowania „wyposażenia” ludzkiego mózgu odpowiadającego za interakcje z innymi do interfejsu medium.

Warunki cyberprzestrzeni sprawiają, że człowiek inaczej postrzega nie tylko innych, lecz także siebie. Poczucie nieidentyfikowalności sprzyja deindywidualizacji, jednocześnie redukując poczucie odpowiedzialności (Christopherson, 2007; McKenna, 2008). Prowadzi to do efektu internetowego rozhamowania zachowania (ang. *disinhibition*; Joinson, 1998), co na poziomie neuronalnym skutkuje dezorientacją obwodów mózgowych i uwolnieniem niekontrolowanych impulsów (Goleman, 2008). Jego istotą jest **utrata samokontroli** i nieodczuwanie charakterystycznych dla kontaktów bezpośrednich ograniczeń, hamulców, m.in. dla zachowań nieaprobowanych (Suler, 2004; Kowalski, Limber, Agatston, 2010). Jest to szczególnie niebezpieczne dla młodzieży. Przedczołowy obszar kory mózgowej kształtuje się bowiem najdłużej – osiąga dojrzałość po

20. roku życia. U dorastających młodych ludzi, w tym adolescentów, obserwuje się charakterystyczną rozbieżność rozwojową między słabo rozwiniętą zdolnością do hamowania impulsów a dojrzałą impulsywnością emocjonalną. Kontakt za pośrednictwem medium, jakim jest komputer i internet, może wzmacniać tę rozbieżność, generując w sieci zachowania, które nie miałyby miejsca w sytuacji bezpośredniego kontaktu (Suler, 2004).

## Antidotum na wspieranie agresji w cyberprzestrzeni

W obliczu tych zagrożeń ważna jest identyfikacja kompetencji, których doskonalenie ograniczałoby zakres negatywnych zachowań w sieci. Dobrym kandydatem wydaje się umiejętność przyjmowania perspektywy innej osoby i jej istotny przejaw, jakim jest empatia. Zbawienny wpływ przyjmowania perspektywy innej osoby potwierdzono w domenie zachowań agresywnych. Wiele programów terapeutycznych i profilaktycznych uwzględniało kształtowanie i rozwijanie różnych jej form (Chalmers i Townsend, 1990; Chandler, 1973; Murray, Ahhamer, 1977; Rock i in., 2004). Programy te okazały się skuteczne między innymi w zmniejszeniu poziomu występowania zjawiska prześladowania w szkołach (Rock i in., 2004) czy zaburzeń zachowania (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001).

W badaniach nad cyberprzemocą wykazano związek empatii globalnej (Stoeffen, Konig, 2012), afektywnej i poznawczej (Ang, Goh, 2009) ze wskaźnikami sprawstwa cyberprzemocy. Ujawniono także, iż sprawców charakteryzuje niższy poziom empatii poznawczej wobec potencjalnych ofiar (Steffgen, 2009). Badania czeskich nastolatków wskazały, że głównym predyktorem zachowań pomocnych świadka wobec ofiary, obok skłonności do angażowania się w zachowania prospołeczne, było właśnie przeżywanie negatywnych emocji w sytuacjach obserwacji przemocy (Machackova, Detkova, Svecikova, Cerna, 2013). Tak więc indywidualnie kształtowana dyspozycja do empatycznego reagowania na sytuacje innego wyznacza różnice w zdolności przyjmowania perspektywy innej osoby, niezależnie od własnej sytuacji. Dobroczynne skutki empatii mają pewne ograniczenia w kontakcie zapośredniczonym przez komputer czy internet. Publiczność nie widzi reakcji emocjonalnych



ofiary (Heirman, Walrave, 2008; Sloje, Smith, 2008). Takie okoliczności sprzyjają nietrafnym interpretacjom bądź ich zniekształcaniu zgodnie z własną perspektywą. Może to hamować empatię afektywną, której automatyczne wzbudzenie jest uwarunkowane bezpośrednio dostępnością percepcyjną bodźców. Potwierdzają to dane neurobiologiczne. Brak żywego społecznego modelu (człowieka) ogranicza aktywizację struktur odpowiedzialnych za zrozumienie znaczenia swoich działań dla innych (Bauer, 2008).

Podobne ograniczenia dotyczą empatii poznawczej. Mimo większej autonomii mechanizmów regulacji ubogość łatwo interpretowalnych i bezpośrednich komunikatów zawierających informacje zwrotne na temat partnera jest zredukowana. Specyfika technologii cyfrowej, nasilająca impulsywność, wielozadaniowość, płytkie przetwarzanie informacji, czy szerzej, automatyczny poziom regulacji, nie sprzyja aktywizacji mechanizmów empatii poznawczej, w szczególności u osób w okresie adolescencji.

W programie badawczym, którym objęto ponad 1700 gimnazjalistów z całej Polski, sprawdzano, czy aktywizacja empatii w warunkach online ogranicza przejawy wspierania cyberprzemocy. W serii eksperymentów wzbudzano empatię na kilka sposobów: (1) eksponując krótki film, w którym ofiara cyberprzemocy opowiada o swoich przeżyciach, (2) eksponowano film i proszono o wyobrażenie sobie, co przeżywała ta osoba i zaznaczenie tych stanów na liście, (3) eksponowano film i proszono o wskazanie, jak takie doświadczenie zmieniło zachowania osoby i proszono o zaznaczenie takich zachowań na liście, (4) eksponowano neutralną twarz i proszono o jej ocenę na odpowiedniej skali, na ile się podoba. Po ekspozycji filmu bądź twarzy młodzież dostawała w sieci wiadomość – kompromitującą rówieśnika, z zachętą, by wysłać ją dalej, aby inni też się pośmiali. Mierzono zatem zachowanie wzmacniające cyberprzemoc. Wyniki badania potwierdziły regulacyjną rolę empatii także w cyberprzestrzeni (Barlińska, Szuster, Winiewski, 2013; Barlińska, Szuster, 2014). Sytuacyjne przyjęcie perspektywy osoby, która doświadczyła cyberprzemocy, zmniejszało częstość wysłania wiadomości ośmieszającej rówieśnika. Także ekspozycja twarzy ludzkiej – specyficznego i wyróżnionego obiektu okazała się wystarczająca dla ograniczania negatywnych zachowań w sieci (Szuster, Barlińska, Kozubal, 2016). Dowodzi to, że efektywne aktywizowanie przyjmowania perspektywy innej osoby

w celu ograniczenia przejawów cyberprzemocy nie musi odwoływać się do treści związanych z takimi zachowaniami i może poprzestać na ekspozycji uniwersalnego bodźca, jakim jest ludzka twarz, który automatycznie ogranicza krzywdzenie innych.

Choć takie rezultaty budzą optymizm, warto zwrócić uwagę na kwestię długofalowej efektywności empatii. Czy torowanie empatią, okaże się równie efektywne w dłuższej perspektywie czasowej? W związku z tą kwestią zrealizowano kolejne badanie, w którym wzbudzano empatię na tydzień przed zdarzeniem otrzymania listu od rówieśnika i decyzyją o jego przesłaniu dalej. Sprawdzano, czy skutki aktywizowanej empatii mają doraźny czy długofalowy charakter. Nasze ustalenia wskazują niestety na doraźny charakter efektywności empatii. Tylko empatia aktywizowana bezpośrednio przed zachowaniem ograniczała wybory wzmacniające *cyberbullying* (Barlińska, Szuster, Winiewski, 2015). Regulacyjny wpływ empatii jakby „dostosowuje się” do tego trybu funkcjonowania. Modyfikuje bowiem zachowania wobec innych doraźnie, incydentalnie. Przestrzeń cyfrowa ogranicza to, co specyficzne dla empatii poznawczej – jej transsytuacyjny charakter. Refleksyjna natura tej empatii poznawczej zostaje zdominowana przez specyfikę mediów, które torują automatyczny tryb regulacji zachowania.

Przywołane rezultaty, potwierdzające efektywność różnych mechanizmów empatii afektywnej i poznawczej w ograniczaniu negatywnych zachowań rówieśniczych, mają szczególne znaczenie w kontekście komunikacji zapośredniczonej, w której perspektywę innego szczelnie izoluje „ekran komputera”. Martwi zarazem niewielka skuteczność wcześniej aktywizowanej empatii. Wskazuje to, że regulacyjne jest to, co bezpośrednio dostępne, korzystanie z „własnych zasobów” jest utrudnione zarówno przez narzędzie indukujące powierzchowność i impulsywność, jak i specyfikę okresu rozwojowego. Koncentracja na perspektywie zewnętrznej nie dokonuje się mimowolnie, wymaga intencji, skupienia uwagi, aktywizuje refleksyjne przetwarzanie informacji. To niemałe wyzwanie, w szczególności dla młodych ludzi w okresie adolescencji. Empatia poznawcza jest zaś kluczową kompetencją dla budowania relacji online ze zrozumieniem, że nasze działania mają wpływ na innych ludzi.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*

*Etap badań jakościowych polegał na przeprowadzeniu indywidualnych wywiadów pogłębionych z 30 terapeutami zajmującymi się profilaktyką i leczeniem uzależnień behawioralnych wśród młodzieży z całego kraju. Pozwoliło to na pogłębione rozpoznawanie szeregu kontekstualnych uwarunkowań hazardu młodzieży, bardzo trudnych lub niemożliwych do uchwycenia w badaniu ilościowym.*

# ŁÓDZKI KWESTIONARIUSZ PROBLEMÓW HAZARDOWYCH WŚRÓD ADOLESCENTÓW. ZAŁOŻENIA I WYBRANE WYNIKI

Jacek Pyżalski

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## Gry hazardowe – definicja i typologia

W najbardziej ogólnym rozumieniu pojęcie hazardu jest definiowane jako „gry i zakłady, w których stawką są pieniądze” oraz jako „ryzykowne przedsięwzięcie, którego wynik zależy od przypadku” (Słownik Języka Polskiego PWN). Pojęcie gier hazardowych, chociaż intuicyjnie jest powszechnie zrozumiałe, to przy bliższej analizie wymaga jasnego zdefiniowania i stworzenia typologii, pozwalających na wyodrębnienie rodzajów/grup takich gier ze względu na przyjęte kryteria jakościowe.

Rynek gier hazardowych w Polsce reguluje Ustawa z dn. 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych. Zgodnie z jej wytycznymi do tego typu działalności zalicza się gry losowe, zakłady wzajemne, gry na automatach (Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540).

Pierwsza grupa (gry losowe) odnosi się do takich gier, w których nagrodą mogą być pieniądze lub rzeczy. Jej wynik zależy od przypadku. Warunki gry opisane są w regulaminie. Mogą należeć do niej następujące gry:

- gry liczbowe (typuje się w nich np. liczby czy znaki);
- loterie pieniężne (nabywa się w niej los lub inny dowód udziału w grze. W ramach tej rozrywki można wygrać wyłącznie pieniądze);
- gra telebingo (kupon udziału zawiera przypadkowe zestawy liczb lub znaków z góry ustalonego zbioru. Losowanie ma zasięg ogólnokrajowy i jest nadawane zwykle za pomocą telewizji);
- gry cylindryczne (typuje się w nich np. liczby czy znaki, które losuje urządzenie obrotowe);
- gry w karty (black jack, poker, baccarat);
- gry w kości;
- gra bingo (także fantowe);

- loterie fantowe (nabywa się w nich los/inny dowód udziału w grze. Wygraną stanowią rzeczy);
- loterie promocyjne (aby móc być uczestnikiem należy zakupić np. dany towar czy usługę);
- loterie audiotekstowe (warunkiem udziału jest wykonie odpłatnego połączenia telefonicznego lub wysłanie krótkiej wiadomości tekstowej) (Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540).

Drugą grupę gier hazardowych stanowią zakłady wzajemne – totalizatory i bukmacherstwo. Polegają one na odgadywaniu wyników sportowego współzawodnictwa (ludzi lub zwierząt) lub wystąpienia różnych zdarzeń. Warunkiem uczestnictwa jest wpłacenie stawki zakładu, natomiast wygraną mogą stanowić pieniądze lub rzeczy (Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540).

Trzeci zbiór tworzą gry na automatach (urządzeniach mechanicznych, elektromechanicznych lub elektronicznych, w tym komputerowych). Mają one charakter losowy. W ramach uczestnictwa mogą być oferowane nagrody, ale także możliwość dalszej gry lub przedłużenia gry bez konieczności płacenia (Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540).

## Czy hazard młodych ludzi jest problemem?

Okres adolescencji można określić jako punkt zwrotny w rozwoju jednostki. Jest on zwykle traktowany jako etap życia, który sprzyja próbom eksperymentowania z własną tożsamością i angażowaniem się w zachowania ryzykowne – często zróżnicowane jakościowo. Najczęściej takie eksperymentowanie ma charakter tymczasowy i nie wywiera poważnych skutków na funkcjonowanie

młodego człowieka zarówno w krótkiej, jak i dłuższej perspektywie czasowej. Niestety, kontekst wydarzeń oraz warunkowana wieloma czynnikami jednostkowa podatność sprawia, iż zaangażowanie w zachowania ryzykowne w tym okresie stanowi podstawę dla problemów w przyszłości. Dotyczy to oczywiście zachowań hazardowych i potencjalnego uzależnienia od hazardu. Rozpowszechnienie zachowań hazardowych wśród młodych ludzi jest badane zróżnicowanymi metodami. Stąd uzyskiwane wyniki są trudno porównywalne. Niewątpliwie jednak jest tak, że zachowania takie są podejmowane przez część populacji młodzieży i jak wskazują analizy metaanalityczne są one zwykle dosyć powszechne (Gupta, Derevensky, 1998; Wanner i in., 2006). Oczywiście, w większości przypadków zaangażowanie takie nie oznacza, że mamy do czynienia z młodymi ludźmi uzależnionymi od hazardu.

Badania prowadzone na próbie nastolatków ze Stanów Zjednoczonych i Kanady wskazują, iż mediana wieku, w którym mieli oni pierwsze doświadczenie z hazardem oscylowała między 11. a 13. r.ż. Poważnych problemów z hazardem doświadczyło aż 2,2 mln nastolatków między 12. a 17. r.ż., zamieszkujących Amerykę Północną (Jacobs, 2000). Z kolei, jak pokazują polskie badania, przeprowadzone na grupie 13 515 internautów w wieku 7-15 lat, na strony związane z zakładami bukmacherskimi i kasynami zagląda 13% użytkowników sieci w wieku 7-12 lat i 12% 13-15-latków (Fundacja Kid-protect, Polskie Badanie Internetu, 2011).

W naszym kraju objawy ryzykownego zaangażowania w hazard zaobserwowano u blisko co czwartej osoby w grupie wiekowej 18-24 lata (Badora i in., 2015).

Generalnie badania wykazały także, że zaangażowaniu młodych ludzi w hazard (tradycyjny i online) towarzyszą często inne zachowania ryzykowne (tj. używanie substancji psychoaktywnych czy popełnianie wykroczeń) (Brunelle i in., 2012; Martin i in., 2008) – co zresztą jest charakterystyczne dla wspólnego występowania innych zachowań ryzykownych (por. Pyżalski, 2012). Zidentyfikowane czynniki ryzyka mają często powiązanie z dysfunkcjami środowiska rodzinnego (Jarczyńska, 2014). Według badań Bellringera wśród nastolatków mających problem z hazardem zauważono zależność, iż wychowywali się oni w rodzinach, które borykały się z następującymi problemami:

- dysfunkcjonalność rodziny,
- ubóstwo,

- rozpad rodziny lub niewierność małżeńska rodziców,
- śmierć rodzica/osoby pełniącej tę rolę, poważna choroba lub wypadek w rodzinie,
- przykładanie przez rodziców dużej wagi do pieniędzy i dóbr materialnych,
- trudne i stresujące sytuacje w domu,
- przemoc w rodzinie (fizyczna, psychiczna, seksualna),
- poczucie odrzucenia przez rodziców, poczucie bycia niedocenionym i bezsilność (Tucholska, 2008).

## Uzależnienie od hazardu

W badaniach przyjęliśmy najnowszą klasyfikację DSM (edycja V), w której jednostką chorobową są zaburzenia hazardowe (*gambling disorders*), zawarte w kategorii zaburzenia używania substancji psychoaktywnych (*substance related and addictive disorders*), w podkategorii zaburzeń niezwiązanych z substancjami (*non-substance related disorders*) (Rowicka, 2015). Według tej klasyfikacji zachowania osoby grającej na pieniądze lub rzeczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy muszą charakteryzować się co najmniej czterema z dziewięciu poniższych symptomów:

1. Potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu podekscytowania.
2. Podenerwowanie lub poirytowanie w sytuacjach zaprzestania grania.
3. Wielokrotne podejmowanie bezskutecznych prób mających na celu kontrolowanie, ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania.
4. Częste zaabsorbowanie hazardem, np. przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, planowanie następnej gry, myślenie o sposobach zdobycia pieniędzy na grę hazardową.
5. Częste granie dla poprawy złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, poczucia winy, lęku, depresji).
6. Częste podejmowanie prób odzyskania pieniędzy następnego dnia po przegranej w grze („próba odegrania się”).
7. Okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania.
8. Narażenie na szwank ważnych relacji, pracy, nauki i kariery zawodowej z powodu zaangażowania w granie.
9. Szukanie u innych pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.



Na podstawie liczby spełnionych przesłanek można określić stopień nasilenia problemu. Przy występowaniu 4-5 elementów z listy symptomów mówi się o łagodnym natężeniu zaburzenia, przy 6-7 – umiarkowanym, a 8-9 – ciężkim nasileniu (Gambling Institute of Ontario [za] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Problem, Jarczyńska, 2014).

## Badania własne

Głównym celem badania „Konstrukcja i walidacja narzędzia kwestionariuszowego do pomiaru rozpowszechnienia hazardu problemowego i patologicznego (w tym online) wśród adolescentów” było stworzenie narzędzia do badania rozpowszechnienia problemów hazardowych wśród adolescentów. Poniżej skrótowo przedstawiono założenia badawcze i przebieg badania.

## Badanie jakościowe

Etap badań jakościowych polegał na przeprowadzeniu indywidualnych wywiadów pogłębionych z 30 terapeutami zajmującymi się profilaktyką i leczeniem uzależnień behawioralnych wśród młodzieży z terenu całego kraju. Pozwoliło to na pogłębione rozpoznawanie szeregu kontekstualnych uwarunkowań hazardu młodzieży, bardzo trudnych lub niemożliwych do uchwycenia w badaniu ilościowym. Eksplorowano tu takie problemy, jak: wzory behawioralne zaangażowania adolescentów w gry hazardowe, konsekwencje grania, wzory myślenia hazardowego, czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z graniem. Uzyskane w tej części wyniki oraz ustalenia przeglądu literatury posłużyły do konstrukcji narzędzia do pomiaru zaangażowania w hazard i jego konsekwencji, a także dodatkowych narzędzi skoncentrowanych na pomiarze czynników chroniących i czynników ryzyka patologicznego grania.

## Badanie ilościowe

Na podstawie wcześniej przywołanych badań oraz wyników etapu jakościowego zostało przygotowane kwestionariuszowe narzędzie badawcze do badań ilościowych. Uwzględniła ono przygotowanie narzędzia głównego, obejmującego skale: Częstotliwości Grania, Natężenia Problemów Hazardowych oraz Nieracjonal-

nego Myślenia Hazardowego. Badanie uzupełniono o dodatkowe skale do pomiaru czynników chroniących i czynników ryzyka zaangażowania w hazard.

Szczegółowa procedura tworzenia nowego narzędzia kwestionariuszowego obejmowała następujące etapy:

1. Generowanie pozycji do poszczególnych skal. W przypadku skali dotyczącej częstotliwości grania wygenerowano listę 13 sposobów realizacji hazardu na podstawie analizy literatury (m.in. Jarczyńska, 2014), wcześniejszych wywiadów z terapeutami oraz innych narzędzi badawczych. Skala Natężenia Problemów Hazardowych została przygotowana w wyniku wygenerowania itemów odpowiadających 9 objawom uzależnienia od hazardu zdefiniowanym w DSM-V (por. Jarczyńska, 2014). W skali pozostawiono po dwa itemy do każdego objawu. Trafność ich operacjonalizacji została wyznaczona metodą sędziów kompetentnych – 4 naukowców znających założenia diagnostyczne DSM-V. Skalę Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego przygotowano w oparciu o przegląd literatury i wywiady z terapeutami uzależnień, których bezpośrednio pytano o takie racjonalizacje przedstawiane przez adolescentów. Przygotowano także dodatkowe skale mierzące czynniki chroniące i czynniki ryzyka patologicznego grania związane ze środowiskiem rodzinnym, rówieśniczym oraz konstruktywnym i dysfunkcyjnym wykorzystaniem internetu zapożyczone z badań innych autorów (Ostaszewski<sup>1</sup> i in., 2008; Pyżalski<sup>2</sup>, 2012) oraz specjalnie skonstruowanych skal do pomiaru aktywności online i offline.
2. Na etap badań z udziałem osób małoletnich uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.
3. Pilotaż skal z udziałem młodych ludzi w wieku 13-18 lat (N=5). W wyniku pilotażu zmodyfikowano językowy aspekt niektórych itemów.
4. Badania ilościowe na losowej (losowanie wielostopniowe warstwowe z bazy Systemu Informacji Oświatowej) ogólnopolskiej próbie 1505 uczniów (w wieku 13-18 lat) uczniów gimnazjów, liceów ogólnokształcących, techników i szkół zawodowych z terenu całego kraju. Obliczono podstawowe właściwości psychometryczne nowego narzędzia. Standaryzowana alfa Cronbacha wynosi dla Skali Częstotliwości Grania 0,92 (13 itemów); dla Skali Natężenia Problemów Hazardowych – 0,98 (18 itemów) oraz dla

Skali Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego – 0,92 (6 itemów). Wyniki w zakresie ostatniej ze skal nie będą omawiane w artykule. Potwierdzono także trafność narzędzia w oparciu o korelacje ze skalami mierzącymi czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed patologicznym graniem. Przygotowano także normy stenowe dla dwóch ostatnich skal oraz procedurę obliczania wyników dla Skali Natężenia Problemów Hazardowych. Podsumowując, można stwierdzić, że nowe narzędzie pozwala zmierzyć częstotliwość grania w gry hazardowe, negatywne konsekwencje wynikające z takiego grania oraz natężenie nieracjonalnego myślenia o graniu (charakterystycznego dla osób uzależnionych).

Dla nowego narzędzia przyjęto roboczą nazwę *Łódzki Kwestionariusz Problemów Hazardowych wśród Adolescentów* (ŁKPHA).

## Wybrane wyniki

Analizę warto rozpocząć od przyjrzenia się rozpowszechnieniu podejmowania zachowań hazardowych wśród badanych adolescentów.

Na początku rankingu znajduje się hazard nieformalny w postaci zakładania się z innymi osobami o pieniądze i/lub rzeczy. Jest to zjawisko powszechne i dotyczy ok. 46% badanych. Drugie w kolejności jest kupowanie losów i zdrapek, a dalej granie w gry typu lotto. Warto zauważyć, iż z prawnego punktu widzenia granie w wymienione tu gry, jak i uzyskiwanie nagród, zarezerwowane są dla osób pełnoletnich. Zatem w przypadku większości respondentów naszego badania są one nielegalne. Do gry w karty na pieniądze lub rzeczy przyznało się nieco mniej niż jedna czwarta badanych. Należy zauważyć, że pomimo, iż aktywności hazardowe

**Tabela 1. Częstotliwość grania adolescentów w gry hazardowe w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (Skala Częstotliwości Grania).**

Typ gry hazardowej	Czy i jak często robiłeś/aś to w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy?			
	Ani razu	Raz lub kilka razy w roku	Raz lub kilka razy w miesiącu	Codziennie lub prawie codziennie
	%	%	%	%
Zakładałem/am się o pieniądze/rzeczy z innymi osobami	54	34	10	2
Kupowałem/am sobie losy/zdraпки	59	32	8	1
Grałem/am w gry typu lotto	74	21	5	1
Grałem/am w karty/kości na pieniądze/o rzeczy	77	18	4	1
Grałem/am na pieniądze na automatach/maszynach (tzw. jednoręcznych bandytach/owocówkach)	85	12	2	1
W internecie stawiałem/am pieniądze/zakłady dotyczące wyników sportowych	88	5	4	3
Grałem/am na pieniądze/rzeczy w gry wymagające sprawności (np. bilard, siłowanie się na rękę)	88	9	3	0
Wysyłałem/am esemesy lub wykonywałem/am połączenia telefoniczne, za które można wygrać nagrody lub pieniądze	90	9	1	0
Rzucałem/am monetą na pieniądze/o rzeczy	91	7	2	0
W biurze bukmacherskim stawiałem/am pieniądze/zakłady dotyczące wyników sportowych	92	4	3	1
Grałem/am na prawdziwe pieniądze/rzeczy w gry planszowe np. Monopol	93	6	1	0
W internetowych kasynach grałem/am na pieniądze	97	2	1	0
Chodziłem/am do salonu/kasyna i grałem/am w gry, takie jak ruletka, poker	97	2	1	0

Tabela 2. Wyniki adolescentów w Skali Nasilenia Problemów Hazardowych.

Rodzaj problemu	1-2 razy 1 pkt	Kilka razy 2 pkt	Kilkanaście razy i więcej 3 pkt	Łącznie
	%	%	%	%
Wyobrażałem/am sobie, w co i jak będę grał/a, marzyłem/am o wygranej (4)	11	7	2	20
Kiedy przegrywałem/am pieniądze/rzeczy próbowałem/am szybko się odegrać (6)	7	4	2	13
Z przyjemnością rozmyślałem/am o wcześniejszych wygranych, przypominałem/am sobie sytuacje, kiedy grałem/am (4)	8	4	1	13
Grałem/am na pieniądze/rzeczy, żeby poczuć się przyjemnie, poprawić sobie humor (5)	7	3	1	11
Przy kolejnych grach zwiększałem/am sumy i wartość rzeczy, o które grałem/am (1)	4	2	1	7
Nawet, kiedy przegrywałem/am, nie kończyłem/am gry, aż wszystko straciłem/am (6)	4	2	1	7
Ukrywałem/am przed rodzicami lub innymi ważnymi dla mnie osobami to, że gram na pieniądze/rzeczy lub jak dużo gram (7)	3	2	1	6
Gdy stawiałem/am wysokie dla mnie sumy/cenne rzeczy odczuwałem/am dużą przyjemność (1)	3	1	1	5
Wracałem/am do grania na pieniądze/rzeczy, chociaż postanawiałem/am lub obiecałem/am innym, że już nie będę grał/a (3)	2	1	1	4
Kiedy nie mogłem/am grać na pieniądze/rzeczy, bardziej nerwowo reagowałem/am na inne osoby (2)	2	1	1	4
Próbowałem/am przestać grać na pieniądze/rzeczy, ale mi to nie wychodziło (3)	2	1	1	4
Grałem/am na pieniądze/rzeczy, żeby zapomnieć o problemach (5)	2	1	1	4
Mówiłem/am, że stawiałem/am w grach mniejsze sumy/rzeczy o mniejszej wartości niż rzeczywiście stawiałem/am (7)	2	1	1	4
Zabrałem/am coś komuś lub oszukałem/am kogoś, żeby zdobyć pieniądze/rzeczy na granie (9)	2	1	1	4
Żeby grać na pieniądze/rzeczy zadłużałem/am się u innych osób (9)	1	1	1	3
„Zawalałem/am” naukę w szkole przez to, że grałem/am na pieniądze/rzeczy (8)	1	1	1	3
Zawalałem/am nocę lub byłem/am niewyspany/a przez to, że gram na pieniądze/rzeczy (2)	1	1	1	3
Popsuły mi się znajomości z przyjaciółmi/dziewczyną/chłopakiem przez to, że grałem/am na pieniądze/rzeczy (8)	1	0	1	2

są najczęstsze, to większość tych, którzy je podejmowali, robiła to jedynie raz lub kilka razy w roku. Ta sporadyczność w wielu tych przypadkach każe przypuszczać, iż wiele z nich nie niosło szczególnego ryzyka dla młodego człowieka i miało raczej charakter rozrywki. Dalsze w kolejności jest granie na maszynach (jednoręcznych bandytach), które także w większości przypadków miało charakter eksperymentowania. W podobnym natężeniu występuje korzystanie z bukmacherskich zakładów w internecie oraz wysyłanie płatnych esemesów/wykonywanie płatnych połączeń. Jedynie co dziesiąty badany rzucał monetą na pieniądze/rzeczy, obstawiał zakłady w biurze bukmacherskim, czy grał

w gry planszowe na pieniądze. Nieliczni (ok. 3%) grali w internetowych lub tradycyjnych kasynach. Warto wskazać, że do skali tej przygotowaliśmy normy stenowe.

### W stronę uzależnienia – występowanie problemów hazardowych

Innym aspektem jest fakt takiego zaangażowania w hazard, które przynosi problemy w zakresie funkcjonowania jednostki. W tabeli 2. przedstawiono wyniki w zakresie rozpowszechnienia problemów hazardowych



**Tabela 3. Liczba i odsetek osób, które uzyskały powyżej 4 punktów w ramach poszczególnych symptomów DSM-V.**

Symptom	n	%
Potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy, niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziomu podekscytowania.	27	1,8
Podenerwowanie lub poirytowanie w sytuacjach zaprzestania grania.	12	0,8
Wielokrotne podejmowanie bezskutecznych prób mających na celu kontrolowanie, ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania.	11	0,7
Częste zaabsorbowanie hazardem, np. przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, planowanie następnej gry, myślenie o sposobach zdobycia pieniędzy na grę hazardową.	65	4,3
Częste granie dla poprawy złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, poczucia winy, lęku, depresji).	19	1,3
Częste podejmowanie prób odzyskania pieniędzy następnego dnia po przegranej w grze („próba odegrania się”).	39	2,6
Okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania.	12	0,8
Narażenie na szwank ważnych relacji, pracy, nauki i kariery zawodowej z powodu zaangażowania w granie.	13	0,9
Szukanie u innych pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.	12	0,8

(w nawiasach przy treści itemów wpisano numer kryterium z DSM-V).

Na początku omawiania rozpowszechnienia konsekwencji grania warto zwrócić uwagę, iż w większości przypadków dotyczą one incydentów, pojedynczych sytuacji, które wydarzyły się w relatywnie długim okresie 12 miesięcy. Rzeczywiste poważne konsekwencje dotyczyć mogą tych osób, które doświadczyły danego problemu kilka lub kilkanaście razy. Osób takich jest, jak wskazuje analiza w przypadku większości objawów, jedynie kilka procent – co jest zgodne z epidemiologią problemów hazardowych wykazaną w większości projektów badawczych (np. Jarczyńska, 2014). Najczęstszym przejawem problemów związanych z graniem jest myślenie/marzenia o grze czy wygranej. Dotyczy ono 9% badanych (łącznie odpowiedzi „kilka” i „kilkanaście razy”). Analogicznie próby szybkiego odegrania się dotyczyły 6% respondentów. Co dwudziesty badany rozmyślał o wcześniejszych wygranych, a 4% grało dla polepszenia nastroju. Pozostałe problemy występowały rzadziej i dotyczyły od 1% do 3% respondentów.

Następnym etapem analizy było zsumowanie punktów w zakresie poszczególnych objawów (możliwość uzyskania maksymalnie 6 pkt w ramach jednego kryterium). Przyjęto, że kryterium jest spełnione (respondent z dużą częstotliwością realizuje działanie lub ma określone odczucia), gdy respondent osiąga w nim powyżej 4 pkt. Taka operacja pozwoliła wyodrębnić osoby doświadczające poważnych problemów. Osób spełniających poszczególne kryteria kliniczne jest,

podobnie jak w innych referowanych wcześniej badaniach, niewiele, zwykle poniżej 1% populacji badanych. Wyjątkiem jest kryterium 4 (4,3%) i 6 (2,6%).

Łącznie badani, u których wystąpił przynajmniej jeden symptom (wynik pow. 4 pkt) to 88 osób (5,8%). W tabeli 4. przedstawiono dane szczegółowe dotyczące liczby osób spełniających poszczególne kryteria.

Przyjmując kryteria uzależnienia DSM-V w badanej populacji, mamy 1,3% osób, u których wystąpiły przynajmniej 4 symptomy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Najwięcej jest osób o łagodnym nasileniu symptomów (4-5 kryteriów 0,8%), umiarkowane nasilenie symptomów dotyczy 0,2% populacji, a ciężkie 0,3% populacji. Taki odsetek osób spełniających kliniczne kryteria jest zgodny z wcześniejszymi badaniami i wskazuje na to, że sposób konstrukcji testu i interpretacji jego wyników pozwalają na wyodrębnienie grupy klinicznej w zgodzie z założeniami DSM-V.

## Podsumowanie

W artykule w skrócony sposób przedstawiono założenia i procedurę tworzenia nowego narzędzia do badania problemów hazardowych wśród adolescentów. Narzędzie to może służyć do badań naukowych – głównie do diagnozy określonych populacji oraz do diagnozy indywidualnej jako narzędzie pomocnicze. W celu jego używania należy zapoznać się z całym raportem

**Tabela 4. Rozkład liczby osób spełniających określoną liczbę symptomów (N=88).**

Liczba kryteriów pow. 4 pkt	n	% osób, które spełniły przynajmniej jedno kryterium	% populacji badanej	Nasilenie symptomów uzależnienia
1	41	46,6	2,7	
2	22	25,0	1,5	
3	6	6,8	0,4	
4	8	9,1	<b>0,5</b>	Łagodne nasilenie symptomów
5	4	4,5	<b>0,3</b>	
6	1	1,1	<b>0,1</b>	Umiarkowane nasilenie symptomów
7	1	1,1	<b>0,1</b>	
8	3	3,4	<b>0,2</b>	Ciężkie nasilenie symptomów
9	2	2,3	<b>0,1</b>	

Uwaga: Pogrubioną czcionką zaznaczono odsetki osób spełniających kryteria uzależnienia (nasilenie powyżej czterech objawów występujących równocześnie).

i uzyskać zgodę Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Kontakt z autorami: pyzalski@amu.edu.pl. Badanie zrealizował zespół afiliowany w Instytucie Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w składzie: dr hab. prof. UAM Jacek Pyżalski – kierownik badania, dr Elżbieta Korzeniowska, mgr Kamila Knol-Michałowska, mgr Alicja Petrykowska, mgr Eliza Goszczyńska, dr Piotr Plichta, dr Krzysztof Puchalski.

Badanie pt. „Konstrukcja i walidacja narzędzia kwestionariuszowego do pomiaru rozpowszechnienia hazardu problemowego i patologicznego (w tym online) wśród adolescentów” zrealizowano w okresie 1 lipca 2014 roku – 31 grudnia 2015 roku. Badanie finansowane było przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach konkursu na realizację zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Program I: Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji; Zadanie 6: Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego psychoaktywnych, a także rozwiązywania problemów z tym związanych).

## Bibliografia

- Badora B., Gwiazda M., Hermann M., Kalka J., Moskalewicz J., „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych”, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2015, dokument elektroniczny: <http://www.kbnp.gov.pl/portal?id=4476033> (dostęp: 12.10.2015).
- Brunelle N., Leclerc D., Cousineau M. M., Dufour M., Gendron A., Martin I., „Brief report. Internet Gambling, Substance Use, and Delinquent Behavior: An Adolescent Deviant Behavior Involvement Pattern”, *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2)2012.
- Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, Committee on Law and Justice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (1999) *Pathological Gambling. A Critical Review*. NATIONAL ACADEMY PRESS. Washington, D.C.
- Fundacja Kidprotect, Polskie Badanie Internetu (2011) *Aktywność dzieci w sieci*. Dokument elektroniczny: <http://www.telix.pl/images/sprawozdania/raport-ekid-2-edycja.pdf> (dostęp: 14.11.2015).
- Gambling Institute of Ontario [za] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Problem. DSM-5 Diagnostic Criteria: Gambling Disorder*. Dokument elektroniczny <http://www.problemgambling.ca/EN/ResourcesForProfessionals/Pages/DSM5CriteriaGamblingDisorder.aspx> (dostęp: 14.11.2015).
- Gupta R., Derevensky J., „Gambling behaviors of Florida college students. Report prepared for the Florida Council on Compulsive Gambling”, Florida 2008.
- Jacobs D.F., „Juvenile Gambling in North America: An Analysis of Long Term Trends and Future Prospects”, *Journal of Gambling Studies* 16 (2/3) 2000.
- Jacobs D.F., „Youth gambling in North America: Long-term and future prospects” (w:) J. Derevensky, R. Gupta (red.), „Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives”, Kluwer Academic/Plenum Press Publishers, New York 2004.
- Jarczyńska J., „Hazard wśród młodzieży” (w:) J. Jarczyńska (red.), „Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Terapia, diagnoza, profilaktyka, terapia”, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.
- Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: raport dla szkół i władz oświatowych Warszawy z realizacji pierwszego etapu badań pn. „Rola czynników ryzyka i czynników chroniących w rozwoju zachowań problemowych u młodzieży szkolnej: badania warszawskich gimnazjalistów”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.
- Pyżalski J., „Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży”, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.
- Rowicka M., „Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka”, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- Słownik Języka Polskiego PWN online, Hasło: hazard. <http://sjp.pwn.pl/> (dostęp: 12.10.2015).
- Tucholska S., „Zjawisko hazardu patologicznego i jego uwarunkowania”, *Roczniki Psychologiczne*, Tom IX, 2, 2008, 48.
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. 2009 nr 201 poz. 1540. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=W-DU20092011540> (dostęp 12.10.2015).



# WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W OBSZARZE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Artur Malczewski

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

Centrum Informacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego (reprezentowany przez Eksperta Wojewódzkiego) we współpracy z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zorganizowało międzynarodową konferencję dotyczącą nowych substancji psychoaktywnych (NSP, czyli tzw. dopalaczy). Konferencja odbyła się w dniach 26-27 października 2016 roku w Poznaniu z udziałem ekspertów z kilkunastu krajów (Polska, Portugalia, Włochy, Niemcy, Francja, Irlandia, Norwegia, Łotwa, Litwa, Estonia, Czechy, Rumunia) oraz Komisji Europejskiej. Podczas spotkania przedstawiono najnowsze wyniki badań i monitoringu w zakresie nowych substancji psychoaktywnych. Konferencja koncentrowała się na sytuacji w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. W ramach konferencji zaprezentowane zostały wyniki finansowanego przez Komisję Europejską projektu I-TREND, który został zrealizowany w Polsce, we Francji, Czechach, Holandii oraz w Wielkiej Brytanii. Wyniki tego badania zostały przedstawione w jednym z wcześniejszych numerów SIN. Liderem projektu I-TREND było Francuskie Centrum Monitorujące (OFDT), a w Polsce prace koordynował Uniwersytet SWPS. Podczas konferencji w Poznaniu skupiono się na kilku obszarach dotyczących: Systemu Wczesnego Ostrzegania, sytuacji epidemiologicznej związanej z NSP, użytkowników NSP, rynku NSP, aspektów prawnych i ograniczeniu podaży. W konferencji udział wzięło blisko 70 osób z różnych instytucji, takich jak uniwersytety, instytucje centralne, Focal Pointy EMCDDA (Centra Monitorujące), organizacje pozarządowe, laboratoria, policja, Służba Celna, Inspekcja Sanitarna, Eksperti Wojewódzcy itd. Jedną z sesji była poświęcona sytuacji w województwie wielkopolskim. Opisywana konferencja jest przykładem dobrej współpracy między Krajowym Biurem a siecią Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, która została powołana w 2001 roku. Warto podkreślić, że Centrum Informacji KBPN co roku organizuje międzynarodowe konferencje, w czasie których przedstawiana jest tematyka

„dopalaczy”. Wygłoszone prezentacje i odbyte dyskusje uprawniają do sformułowania kilku wniosków z konferencji:

- Sytuacja epidemiologiczna dotycząca nowych substancji psychoaktywnych różni się między krajami. W Niemczech i na Litwie NSP są dość rzadko używane w przeciwieństwie np. do Polski czy Węgier. Wzory używania NSP różnią się pomiędzy krajami, na Łotwie są to przede wszystkim syntetyczne kannabinoidy (palone), podczas gdy w Rumunii iniekcyjne zażywanie syntetycznych katynonów.
- Rośnie rola sprzedaży internetowej NSP w postaci sklepów wirtualnych oraz kryptomarketów w ukrytej sieci (darknetie).
- Użytkownicy NSP mają małą wiedzę o substancjach, które zażywają, co w efekcie może skutkować przedawkowaniami i zgonami.
- Analiza NSP wymaga współpracy między laboratoriami w celu wymiany informacji o tych substancjach.
- Dużym wyzwaniem jest ocena ryzyka NSP, ponieważ na rynku pojawiają się kolejne nowe substancje psychoaktywne, na temat których często nie ma wystarczających informacji.
- Po delegalizacji w Polsce NSP, w lipcu ubiegłego roku pojawiły się na rynku kolejne nowe substancje.
- Wprowadzenie nowych rozwiązań prawnych w niektórych krajach (np. na Łotwie w 2014 roku i w Wielkiej Brytanii w 2015 roku) doprowadziło do zamknięcia sklepów stacjonarnych. Należy jednak podkreślić, że nie ma jednego modelu prawnego, który pasowałby do wszystkich krajów.
- Obecny system monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w małym stopniu jest przystosowany do monitorowania NSP. Istnieje potrzeba rozwoju metod opartych na podejściu jakościowym i uwzględnieniu w większym stopniu rynku internetowego.
- Monitorowanie i przeciwdziałanie NSP wymaga współpracy międzynarodowej, czego przykładem są projekty zaprezentowane na konferencji: I-TREND (OFDT Francja) i EPS NPS Project (RISSC Włochy).



# ANTYUZALEŻNIENIOWE PORADNICTWO ONLINE

Na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii działają dwie niezależne poradnie internetowe. Jedna świadczy pomoc w zakresie uzależnień od środków psychoaktywnych, druga prowadzi poradnictwo w zakresie uzależnień behawioralnych. Obie poradnie są bezpłatne.

## UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE. PORADNIA ONLINE

Internetowa poradnia uzależnień behawioralnych ([www.uzaleznieniabehawioralne.pl](http://www.uzaleznieniabehawioralne.pl)) jest elementem szerszego portalu poświęconego tym zagadnieniom. Portalem – współfinansowanym ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych – zarządza Fundacja Studio Psychologii Zdrowia. Portal składa się z szeregu modułów, z których każdy poświęcony jest konkretnemu problemowi behawioralnemu: patologicznemu hazardowi, siecioholizmowi, zakupoholizmowi, pracoholizmowi, zaburzeniom odżywiania, innym uzależnieniom (m.in. kleptomani, bigoreksji, czyli nadmiernej dbałości o tężyznę fizyczną, czy tanoreksji – uzależnieniu od opalania). Każdy moduł jest podobnie uporządkowany, umożliwiając rozwijanie zakładki poświęconych:

- najczęściej zadawanym pytaniom na temat konkretnego uzależnienia (FAQ),
- charakterystyce problemu (O uzależnieniu),
- specyfice leczenia (Terapia),
- poradom ułatwiającym rodzicom/rodzinom rozpoznanie zaburzenia oraz udzielenie pomocy, podpowiedziom, gdzie szukać wsparcia (Poradnik rodzica/Dla rodzin),
- prezentacji opinii specjalistów (Zdaniem ekspertów),
- doniesieniach z badań (Raporty z badań),
- przedstawieniu historii osób mających problem z konkretnym uzależnieniem behawioralnym (Prawdziwe historie),
- możliwości wykonania testu autodiagnostycznego – tylko w odniesieniu do hazardu i seksuoholizmu (Testy diagnostyczne).

Portal zawiera ponadto dział dla specjalistów (Strefa profesjonalistów) z materiałami uporządkowanymi w następujące tematy: Szkolenia – ogłoszenia i informacje na temat szkoleń dotyczących uzależnień behawioralnych, Konferencje, Scenariusze zajęć – pakiet scenariuszy zajęć dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz scenariusze zajęć dla rodziców na temat zagrożeń związanych z internetem, Artykuły – pakiet na temat siecioholizmu i materiał na temat pracoholizmu.

Portal zawiera wyszukiwarkę placówek udzielających pomocy w zakresie uzależnień (Znajdź ośrodek). Wyszukiwarka umożliwia szukanie placówek wg kryteriów dotyczących lokalizacji, formy własności, refundacji NFZ, charakteru i rodzaju terapii, typu uzależnienia (lista filtrów uwzględnia zarówno uzależnienia chemiczne, jak i różne uzależnienia behawioralne). Jediną wadą jest niewielka liczba dostępnych placówek. Czekamy na rozbudowę bazy danych!

W poradni online na pytania internautów odpowiadają terapeuta, psycholog, prawnik i pedagog. Eksperti deklarują udzielenie odpowiedzi zazwyczaj następnego dnia po wpłynięciu pytania, nie później jednak niż na trzeci dzień. W podanych godzinach dyżurów możliwy jest kontakt online z ekspertem.

The screenshot shows the homepage of the online counseling service. At the top, there is a navigation bar with categories: PATOLOGICZNY HAZARD, SIECIOHOLIZM, ZAKUPOHOLIZM, SEKSOHOLIZM, PRACOHOLIZM, ZABURZENIA ODŻYWIANIA, and INNE UZALEŻNIENIA. Below the navigation bar is a large banner image of a woman looking up, with a quote: "Aby pokonać wroga, daj mu imię. Współuzależnienie to nie wyrok!". To the right of the banner is a search bar labeled "SZUKAJ" and a section titled "STREFA PROFESJONALISTÓW" with sub-sections for "SZKOLENIA" and "KONFERENCJE". Below the banner is a section for "NAJNOWSZE ARTYKUŁY" with a sub-section for "ZABURZENIA ODŻYWIANIA" featuring two articles with images of people eating and talking.

This screenshot shows the "STREFA PROFESJONALISTÓW" (Professionalists' Area) section. It features a header with the same navigation bar as the homepage. Below the header, there is a section titled "UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE + PORADNIA ONLINE" and "PORADNIA ONLINE". The text describes the service and lists the experts: TERAPĘTA, PSYCHOLOG, PRAWNIK, and PEDAGOG. Each expert has a profile card with a photo and the text "Jestem offline zadaj pytanie". Below this is a "GRAFIK DYŻURÓW PORADNI ONLINE" section, with "PSYCHOLOG" highlighted. To the right, there is a "SZKOLENIA" section with text about the quality of training and a "KONFERENCJE" section.

This screenshot shows the "ZNAJDŹ OŚRODEK" (Find Center) search form. It has a navigation bar at the top. The search form includes fields for "Miejsce" (Location), "Województwo" (Voivodeship), "Forma własności" (Ownership form), "Refundacja NFZ" (NFZ reimbursement), "Charakter terapii" (Type of therapy), and "Rodzaj terapii" (Type of therapy). Below these fields is a section for "Leczone uzależnienia" (Treated addictions) with radio buttons for: alkohol, narkotyki, hazard, seks, komputer i sieć, zakupy, praca, and inne. To the right of the form is a search bar labeled "SZUKAJ" and a section titled "STREFA PROFESJONALISTÓW" with sub-sections for "SZKOLENIA" and "KONFERENCJE".

# PORADNIA NARKOTYKOWA ONLINE

**PORADNIA NARKOTYKOWA ON-LINE**  
Bezpłatne porady e-mail, czaty i rozmowy wideo z ekspertami

START SZUKAM POMOCY FAQ BAZA WIEDZY CZYTELNIJA O PORADNI

**BEZPŁATNE PORADY**

- zadaj pytanie ekspertowi
- szukaj wideoporady
- wejdź na chat z ekspertem

**NOWOŚCI W SERWISIE**

**WIDEOPORADY** – NOWA OFERTA W PORADNI  
Zapraszamy do korzystania z porad przez komunikator internetowy. Możliwość prowadzenia rozmów wideo z ekspertami.

**OSTATNIO ODCIĄGANE ARTYKULY**

- używanie nowych substancji psychoaktywnych przez problemowych użytkowników
- wykorzystywanie marihuany w celach medycznych
- Deklaracja Warszawa

**Ważne miejsca w sieci**

- Program e-learningowy dla lekarzy
- Program profilaktyczny „Fred goes net”
- Program terapeutyczny „Candis”
- Serwis o dopalaczach

**Poradnia dla osób używających narkotyków i ich bliskich**

**BEZPŁATNE PORADY E-MAIL**  
Zachęcamy do zadawania pytań przez e-mail. Przed wysłaniem zapytania poprośmy o wypełnienie krótkiej ankiety. Dane są potrzebne do statystyk i są całkowicie anonimowe. Na pytania odpowiadają psycholog, prawnik lub lekarz.

**CZAT Z EKSPERTEM**  
Porozmawiaj z ekspertem na żywo. **ODKRYWO CIEBIĘ POMIĘĆ SIĘ, W PRZYWYKŁYCH DOBREJ RODZAJU EKSPERTY W GODZINACH KONSUŁTACJI:**

- psycholog — środy w godz. 17:00-20:00
- prawnik — czwartki w godz. 18:00-21:00
- lekarz — niedziele w godz. 18:00-21:00

**WIDEOPORADY**  
Rozmowa z ekspertem przez komunikator internetowy. Porozmawiać można z psychoterapeutką lub z prawnikiem. Nie ma potrzeby instalacji dodatkowego oprogramowania – wystarczy wejść na wskazany przez konsultanta adres.

## Gdzie szukać pomocy

### Katalogi i wyszukiwarki placówek oferujących pomoc osobom z problemem narkotykowym

Niedługo w tym miejscu pojawi się wyszukiwarka placówek pomocowych działających w dziedzinie narkotyków i narkomanii. Do tego czasu polecamy poniższe zasoby.

#### DO POBRANIA – Informatory Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii (pdf):

- Informator dla osób z problemem narkotykowym
- Informator o placówkach pomocowych zajmujących się uzależnieniami od hazardu i innymi uzależnieniami behawioralnymi

## Słownik terminów slangowych

Jeżeli usłyszysz te nazwy w rozmowach swoich dzieci i ich znajomych, nie wpadaj w panikę i nie traktuj ich jak potencjalnych narkomanów. Być może narkotyki pojawiły się w ich otoczeniu i warto na ten temat porozmawiać. Podajemy przykładowe słownictwo, jednak należy pamiętać, że slangowy język młodzieżowy jest niezwykle żywy i ciągle przybывают nowe określenia.

A B C D E F G H J K L M N O P R S T U V W Z

A  
absta: stan związany z odstawieniem narkotyku  
acid: zobacz → LSD  
Adam: nazwa własna tabletek → ecstasy

Poradnia dla osób używających narkotyków i ich bliskich ([www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl)) oferuje porady e-mailowe, czat oraz wideoporady. Porad udzielają psycholog, lekarz oraz prawnik. Pomoc jest bezpłatna. Osoba zadająca za pośrednictwem e-maila pytanie, jest proszona o podanie płci, wieku, miejsca zamieszkania i wskazanie, kogo dotyczy problem. Nie są zbierane dane personalne pytających. Dodatkowo raz w tygodniu każdy z ekspertów pełni trzygodzinny dyżur, umożliwiając kontakt online w formie rozmowy na czacie.

Nową formą komunikacji internautów z ekspertami są wideoporady. Obecnie wideoporady i wsparcie psychologiczne udzielane są rodzicom, partnerom i innym bliskim osób biorących narkotyki, natomiast wszyscy zainteresowani problematyką narkotyków lub narkomanii mogą skorzystać z wideoporad prawnych.

Serwis umożliwia dostęp do aktualnego (z 2015 roku) informatora na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym, wydanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także do informatora o placówkach pomocowych zajmujących się uzależnieniami od hazardu i innymi uzależnieniami behawioralnymi. Oba informatory dostępne są w formacie pdf. Ponadto dostępne są wyszukiwarki placówek NFZ i kilka innych wyszukiwarek instytucji pomocowych oraz telefonów zaufania. Wyróżnia się baza adresowa programu CANDIS, dla osób mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu, udostępniająca dane osobowe i adresowe certyfikowanych ekspertów prowadzących ten program, uporządkowana wg województw.

Rozbudowana jest baza wiedzy oferowanej w serwisie. Informator o narkotykach autorstwa Grzegorza Wodowskiego dostarcza informacji na temat różnych rodzajów substancji psychoaktywnych. Omówiono w nim sposób działania, właściwości uzależniające, skutki oraz objawy używania najpopularniejszych narkotyków. Dla rodziców szczególnie pomocny może być Słownik terminów slangowych, oparty na kilku źródłach, z których pobrano slangowe określenia związane z narkotykami.

Na bieżąco aktualizowana jest baza przepisów prawnych dotyczących narkomanii. W zestawieniu znajduje się aktualnie 11 ustaw i 26 rozporządzeń. W dziale Dla nauczycieli zamieszczono materiały, które można wykorzystać w pracy profilaktycznej z klasą szkolną. Mogą one posłużyć jako

pomysł na lekcję wychowawczą lub zajęcia warsztatowe prowadzone przez pedagogów. W dziale Czytelnia serwis oferuje ponad 200 artykułów podzielonych na 21 obszarów tematycznych. Powyżej 10 pozycji znajduje się w następujących działach: badania, raporty; diagnostyka; leczenie, redukcja szkód; polityka antynarkotykowa; prawo; profilaktyka; substancje psychoaktywne; szkoła.



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto: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](mailto:biuro@praesterno.pl)

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

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

Pismo bezpłatne