



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (78) 2017

NR 2

2017

SPIS TREŚCI

Współpraca międzynarodowa

JAK PROWADZIĆ POLITYKĘ WOBEC NARKOTYKÓW?	1
--	---

Prawo

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE NA RECEPTĘ – DLACZEGO, JAK I DLA KOGO?

<i>Jacek Charmast</i>	6
-----------------------------	---

LECZENIE PSYCHIATRYCZNE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

<i>Katarzyna Syroka-Marczewska</i>	13
--	----

Leczenie, redukcja szkód

ANONIMOWI NARKOMANI	17
---------------------------	----

Uzależnienia behawioralne

KONTROWERSJE WOKÓŁ ZAPROPONOWANEGO W DSM V ZABURZENIA GRANIA W GRY

<i>Magdalena Rowicka</i>	21
--------------------------------	----

Leczenie, redukcja szkód

ART. 70A USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII I JEGO ZNACZENIE DLA POSTĘPOWANIA KARNEGO I LECZENIA UŻYTKOWNIKA NARKOTYKÓW

<i>Krzysztof Grabowski, Małgorzata Pawłowska, Ewa Wymazała</i>	25
--	----

Badania, raporty

POLSKA MŁODZIEŻ A.D. 2016 A UZALEŻNIENIA

<i>Artur Malczewski</i>	30
-------------------------------	----

FONOHOLIZM – PROBLEMOWE KORZYSTANIE ZE SMARTFONÓW JAKO NEGATYWNY PRZEJAW FUNKCJONOWANIA W SPOŁECZEŃSTWIE CYFROWYM

<i>Maciej Dębski</i>	38
----------------------------	----

Internet

INTERNETOWA PORADNIA ANTYNARKOTYKOWA

<i>Tomasz Kowalewicz</i>	45
--------------------------------	----

BASIS (BRIEF ADDICTION SCIENCE INFORMATION SOURCE)	IV okładka
--	------------

Tekst został opracowany na podstawie oświadczenia Wenera Sippa, Prezydenta Międzynarodowej Rady Kontroli Środków Odurzających (INCB), wygłoszonego podczas spotkania unijnych Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków 24 kwietnia 2017 roku na Malcie.

JAK PROWADZIĆ POLITYKĘ WOBEC NARKOTYKÓW?

„Alternatywy dla karania” – tak brzmiał główny temat spotkania Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków, które 24 kwietnia 2017 roku odbyło się na Malcie. To zagadnienie jest podstawą aktualnej, globalnej debaty na temat polityki antynarkotykowej. Międzynarodowa Rada Kontroli Środków Odurzających (INCB) wielokrotnie zwracała uwagę rządów na to, jak ważny jest to problem, np. podczas Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ (UNGASS) w 2016 roku czy też na ostatniej sesji Komisji ds. Środków Odurzających (CND), a często również w swoich rocznych raportach. Zadaniem INCB jest monitorowanie wdrożenia trzech Konwencji o Kontroli Narkotyków (z 1961, 1971 i 1988 roku) przez państwa członkowskie oraz wspomaganie rządów w realizacji przez nie obowiązków wynikających z tych dokumentów.

Jedno z pytań, które postawiono podczas spotkania na Malcie, brzmiało: jak rządy powinny reagować na bezprawne działania związane z narkotykami oraz w jakim zakresie trzy Konwencje o Kontroli Narkotyków pozwalają na elastyczność w kwestii reagowania na takie bezprawne działania?

Mierząc się z problemem przestępstw narkotykowych, coraz więcej państw zaczyna stosować różne środki alternatywne wobec karania sprawców. Można w tym względzie wskazać dwa przykłady:

- model portugalski, który ustanowił tzw. Komisje Odwodzenia od Nadużywania Narkotyków (*Commissions for the Dissuasion of Drug Abuse* – CDT) i
- nową maltańską ustawę w sprawie uzależnienia od narkotyków (leczenie zamiast więzienia) z 2014 roku *Drug Dependence (Treatment not Imprisonment)*, w wyniku której powołano do życia Organ ds. Rehabilitacji Przestępców Narkotykowych (*Drug Offenders Rehabilitation Board*).

Z drugiej strony w wielu państwach nadal stosuje się politykę opartą w głównej mierze na środkach represyjnych. Kraje te wyznają pogląd, że skazanie,

surowe kary i więzienie to jedyne racjonalne podejście do przestępstw narkotykowych.

O czym mówią Konwencje?

Ogólna zasada: ograniczenie stosowania substancji kontrolowanych do celów medycznych i naukowych

Państwa-strony muszą pamiętać o podstawowym obowiązku określonym w Konwencjach, polegającym na ograniczeniu uprawy, produkcji, wytwarzania i posiadania narkotyków wyłącznie do celów medycznych i naukowych¹. Posiadanie narkotyków bez właściwego uprawnienia² jest niedozwolone. Oznacza to, że używanie narkotyków lub substancji psychotropowych w celach innych niż medyczne lub naukowe należy uznać za działanie niezgodne z Konwencjami i bezprawne. Od tej fundamentalnej zasady nie mogą być wprowadzane żadne odstępstwa. Państwa-strony nie mogą korzystać ze swobody w zakresie regulacji używania kontrolowanych substancji w celach pozamedycznych lub pozanaukowych, które prowadziłyby do uznania zachowań bezprawnych na podstawie traktatów za działania zgodne z prawem na podstawie prawa krajowego.

Reagowanie na bezprawne zachowania związane z narkotykami

Jak państwo powinno lub jak może reagować na takie bezprawne zachowania? Konwencje wymagają, aby posiadanie narkotyków dla celów pozamedycznych i pozanaukowych zostało określone przez ustawodawstwo krajowe jako „przestępstwo podlegające karze”³ albo „przestępstwo karne”^{3a}. Wskazany obowiązek jest obwarowany kilkoma warunkami:

a) klauzule ochronne

W odniesieniu do określonych działań obowiązek ten podlega ograniczeniom konstytucyjnym państwa-strony. Jeżeli chodzi o posiadanie, zakup lub uprawę na użytek własny, obowiązek ten podlega nie tylko konstytucyjnym ograniczeniom lub zasadom, ale również podstawowym instytucjom systemu prawnego państwa-strony⁵.

b) zasada proporcjonalności

Zasada proporcjonalności wymaga, aby państwa reagowały na nielegalną działalność w sposób, który nie wykracza poza dane przestępstwo. Muszą one „podjąć kroki, aby popełnienie przestępstw (...) było zagrożone sankcjami, które uwzględniają poważny charakter takich przestępstw”⁶.

Kara za przestępstwa karne musi być adekwatna i proporcjonalna do wagi przestępstwa. Podczas gdy poważne przestępstwa powinny być zagrożone odpowiednią karą⁷, to przestępstwa drobne albo posiadanie nieznacznej ilości narkotyku na własny użytek niekoniecznie musi prowadzić do skazania lub karania. Na mocy Konwencji tylko „poważne” przestępstwa powinny być zagrożone karą więzienia, pozbawienia wolności, karami pieniężnymi lub konfiskatą. Wybór środków ustawodawczych i polityki w zakresie zwalczania przestępstw narkotykowych, w tym określenie sankcji, pozostaje w gestii państw. Konwencje wymagają, aby sankcje te uwzględniały ciężar przestępstwa i stopień winy sprawcy. Wymóg ten został zawarty we wszystkich trzech Konwencjach o Kontroli Narkotyków⁸. Tym samym Konwencje te przyznają państwom-stronom pewien stopień elastyczności i uznaniowości w wyborze środków prawnych i środków polityki, jakie uznają za odpowiednie dla reagowania na bezprawne zachowania, w szczególności w odniesieniu do przestępstw drobnych albo posiadania na własny użytek. W tym zakresie dysponują one pewnym stopniem elastyczności przy wyborze środków: sankcje karne, środki administracyjne albo sankcje inne niż karne, w zależności od wagi przestępstwa.

c) środki alternatywne

Równie ważna, co wspomniana elastyczność w wyborze sankcji za bezprawne zachowanie, jest możliwość stosowania przez państwa środ-

ków alternatywnych w stosunku do skazania i karania. Wszystkie trzy Konwencje o Kontroli Narkotyków⁹ wyraźnie wskazują, że państwa mogą ustalać wobec sprawców, jako alternatywę albo dodatkowo oprócz skazania lub karania, inne środki, takie jak leczenie, edukacja, dalsza opieka, rehabilitacja i reintegracja społeczna. „Alternatywne” oznacza, że przestępstwa niekoniecznie muszą prowadzić do wydania wyroku skazującego albo nałożenia jakiegokolwiek sankcji, jeżeli są to przestępstwa „drobne” albo przestępstwa mniejszej wagi. Innymi słowy: w określonych przypadkach mniejszej wagi państwo może odstąpić od skazania i karania, i zamiast środków karnych może zastosować środki inne niż karne, takie jak edukacja, rehabilitacja lub reintegracja społeczna.

Konwencja z 1988 roku nie ogranicza stosowania alternatywnych środków obejmujących leczenie i opiekę do osób zażywających narkotyki, ale obejmuje również ogólnie przestępców narkotykowych. Przestępcy, którzy nadużywają narkotyków lub są od nich uzależnieni, powinni mieć zapewnione leczenie i dalszą opiekę.

Jakie rodzaje środków alternatywnych są dozwolone?

Środki alternatywne obejmują wszystkie rodzaje wsparcia i pomocy, które nie mają charakteru karnego. Termin „leczenie” nie ma znaczenia wyłącznie medycznego. Warto w tej kwestii zacytować komentarz Sekretarza Generalnego dotyczący Konwencji z 1988 roku: „Leczenie będzie typowo obejmować doradztwo indywidualne, doradztwo grupowe albo skierowanie do grupy wsparcia, co może obejmować opiekę pozaszpitalną, wsparcie dzienne, opiekę zdrowotną dla pacjentów-rezydentów albo wspólnotowe wsparcie terapeutyczne. (...) Dalsze leczenie może obejmować edukację antynarkotykową, szkolenia z zakresu zmiany zachowań, akupunkturę, terapię rodzinną, szkolenia zapobiegające powrotowi do nałogu oraz rozwój umiejętności radzenia sobie i umiejętności interpersonalnych. Zdolność pozostawiania wolnym od narkotyków może być wspierana również przez programy rehabilitacji i reintegracji, takie jak zapewnienie dalszej edukacji, pośrednictwo pracy oraz szkolenia

umiejętności. Zatem środki, takie jak leczenie, dalsza opieka, rehabilitacja, reintegracja społeczna i edukacja w praktyce będą często powiązane i będą się zaziębiać¹⁰. „Fakt, że artykuł 3(b), (c) i (d) nie ogranicza stosowania dodatkowego albo alternatywnego leczenia i opieki w stosunku do osób nadużywających narkotyków, sugeruje, że środki takie mogą wykraczać poza kontekst medycznych i socjalnych problemów osób nadużywających narkotyków i mogą być rozpatrywane w szerszym kontekście środków leczenia przestępców w ogóle, które mają na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przez nich przestępstwa”¹¹. Komentarz Sekretarza Generalnego zawiera wiele innych przykładów możliwych środków alternatywnych. Stwierdza on, że: „Lista środków dodatkowych zawarta w artykule 3(a), (c) i (d) nie ma charakteru wyłącznego. Nie ma przeszkód, aby państwo-strona nakazało zastosowanie jakichkolwiek zasadzonych środków, w ramach swojego krajowego systemu prawnego, odpowiednich do warunków osobistych sprawcy”¹².

Deklaracje polityczne i Dokument Końcowy UNGASS

Zasada proporcjonalności i koncepcja środków alternatywnych wobec karania zostały włączone do Deklaracji Politycznej z 2009 roku¹³ oraz do Dokumentu Końcowego UNGASS z 2016 roku¹⁴.

Deklaracja Polityczna z 2009 roku zauważa, że „Istnieją ograniczone alternatywy dla oskarżenia i pozbawienia wolności dla przestępców zażywających narkotyki, i usługi lecznicze w ramach wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych często są nieadekwatne”. A zatem „Państwa członkowskie powinny, w ramach swoich systemów prawnych i zgodnie z właściwym prawem międzynarodowym, rozważyć możliwość pełnego wdrożenia leczenia uzależnienia od narkotyków i opieki dla sprawców, w szczególności, w stosownych przypadkach, zapewnienia leczenia jako alternatywy dla więzienia”¹⁵.

Dokument Końcowy UNGASS z 2016 roku zawiera zalecenia operacyjne dotyczące „proporcjonalnych i skutecznych polityk i reagowania, a także gwarancji prawnych i zabezpieczeń w zakresie procedur postępowania w sprawach karnych oraz wymiaru sprawiedliwości”¹⁶.

Zgromadzenie Ogólne rekomenduje w nim następujące środki:

- Zachęcanie do rozwijania, przyjmowania i wprowadzania w życie – z należyтым uwzględnieniem krajowych systemów konstytucyjnych, prawnych i administracyjnych – alternatywnych lub dodatkowych środków w odniesieniu do skazania lub karania w przypadkach o odpowiednim charakterze (...), biorąc pod uwagę Zasady Tokijskie (*Tokyo Rules*)¹⁷.
- Rozważenie wymiany informacji, doświadczeń i najlepszych praktyk w zakresie projektowania, wdrażania i wyników krajowych polityk wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, w tym, w stosownych przypadkach, krajowych praktyk w zakresie proporcjonalnego orzekania, dotyczących wdrożenia trzech międzynarodowych konwencji o kontroli narkotyków, w tym artykułu 3 Konwencji z 1988 roku.
- Promowanie polityk, praktyk i wytycznych w zakresie proporcjonalnego orzekania na szczeblu krajowym w sprawach dotyczących przestępstw narkotykowych, zgodnie z którymi surowość kar jest proporcjonalna do ciężaru przestępstw i zgodnie z którymi należy wziąć pod uwagę zarówno czynniki łagodzące, jak i obciążające.

Wdrożenie i implikacje

W ostatnich latach niektóre państwa poddały ponownej ocenie metody stosowane w ramach ich wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, które dotyczą reagowania na przestępstwa narkotykowe, w szczególności na przestępstwa mniejszej wagi oraz te popełnione przez osoby nadużywające lub uzależnione od narkotyków. Zbiegło się to w czasie ze zmianą postrzegania uzależnienia od narkotyków jako choroby, która wymaga leczenia. W tym kontekście zbyt częste stosowanie środków karnych może pociągać za sobą poważne koszty w wymiarze indywidualnym, przynosząc jednocześnie ograniczone rezultaty.

Przyjmując środki alternatywne wobec skazania i karania za przestępstwa narkotykowe mniejszej wagi, takie jak posiadanie narkotyku na własny użytek oraz inne drobne przestępstwa, państwa zwyczajnie korzystają ze swobody przyznanej im przez Konwencje.

Stosowanie środków niepolegających na pozbawieniu wolności nie tylko odciąża krajowe systemy więzennictwa, ale przyczynia się również do skuteczniejszej i długoterminowej rehabilitacji osób nadużywających i uzależnionych od narkotyków, dając im możliwość leczenia zamiast karania, pozwalając im na pracę w kierunku życia wolnego od uzależnienia i uwolnienie się od stygmatyzacji społecznej związanej z pobytem w więzieniu.

Podejmowanie działań mających na celu umieszczenie sprawców nadużywających lub uzależnionych od narkotyków w obszarze kompetencji właściwych organów odpowiedzialnych za sprawy zdrowia i opieki społecznej zamiast umieszczania ich w więzieniu, może przyczynić się do stworzenia otoczenia wspierającego osoby uzależnione od narkotyków w radzeniu sobie z problemem narkotykowym oraz rozwijania postawy zrozumienia dla zjawiska uzależnienia od narkotyków. Z drugiej strony ciągle istnieją państwa, których polityki antynarkotykowe opierają się w głównej mierze na zakazach, egzekwowaniu prawa i stosowaniu środków karnych w ramach wymiaru sprawiedliwości. W wielu krajach nadal w szerokim zakresie stosuje się i nadużywa kary więzienia w stosunku do drobnych przestępców narkotykowych.

INCB wielokrotnie wzywała państwa do należytego uwzględnienia zasady proporcjonalności we wdrażaniu polityki wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych dotyczących przestępstw narkotykowych. Już w 2007 roku jeden z rozdziałów swojego raportu rocznego INCB poświęciła tematyce proporcjonalności¹⁸. Rada podkreślała wówczas, że „stosowanie nieproporcjonalnych środków podważa cele Konwencji i zasadę państwa prawa” i wezwała rządy do „dokonania wszechstronnego przeglądu środków stosowanych przez organy władzy ustawodawczej, sądowniczej i wykonawczej w odniesieniu do przestępstw narkotykowych, w celu upewnienia się, że są one proporcjonalne”. Od tamtego czasu nieustannie podkreśla się, że nie istnieje żaden traktatowy obowiązek skazywania na karę więzienia osób, które zażywają narkotyki albo popełniają drobne przestępstwa.

Ponadto, co jest jeszcze bardziej niepokojące, niektóre państwa stosują środki pozasądowe wobec domniemych czynności związanych z narkotykami lub przestępstw narkotykowych. Działania takie sta-

nowią poważne naruszenie zobowiązań prawnych, jakie zostały nałożone na państwa przez Konwencje o Kontroli Narkotyków oraz przez międzynarodowe akty prawne, do których się stosują. Konwencje wymagają stosowania środków wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych związanych z przestępczością narkotykową, które obejmują uznane międzynarodowo prawo do rzetelnego procesu i które odrzucają wszelkie sankcje pozasądowe. Rada wielokrotnie wzywała odpowiednie rządy do natychmiastowego zaprzestania takich działań.

Warto jednak zauważyć, że nadal są państwa, w których przewidziana jest kara śmierci za przestępstwa narkotykowe. INCB wielokrotnie wzywała te państwa, aby rozważyły zniesienie kary śmierci za przestępstwa narkotykowe, ponieważ taki rodzaj kary nie jest i nigdy nie będzie proporcjonalny.

Polityki, które przewidują środki alternatywne wobec skazania i karania, są czasem błędnie określane jako dekryminalizujące. Termin „dekryminalizacja” jest bardzo często mylony z „depenalizacją”, „liberalizacją” i „legalizacją”. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii próbowało rozpowszechnić definicje tych terminów, ale są one zbyt skomplikowane i bardzo często nawet sami eksperci mieszą je ze sobą. Ponadto termin „dekryminalizacja” nie powinien być stosowany w przypadkach, kiedy państwo stosuje środki alternatywne do skazania i karania, podczas gdy samo przestępstwo nadal podlega karze albo stanowi „przestępstwo karne” zgodnie z Konwencjami, nawet jeżeli nie podlega środkom wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych ani sankcjom na szczeblu krajowym. Na przykład w Portugalii Ustawa 30/2000 nie zalegalizowała ani nie wprowadziła depenalizacji posiadania i nabywania narkotyków, jak jest to często nieprawidłowo interpretowane. Przeciwnie, nabywanie i posiadanie narkotyków jest nadal zakazane i jest uznawane za przestępstwo karne, ale jest to sankcjonowane przy zastosowaniu środków administracyjnych, nie zaś kar kryminalnych – pod warunkiem, że ilość narkotyku posiadana przez sprawcę nie przekracza ilości osobistych zapasów, jakie wystarczają na 10 dni.

Wnioski

W zakresie środków stosowanych przez państwa w odniesieniu do przestępstw narkotykowych, zasada

proporcjonalności i stosowanie środków alternatywnych lub dodatkowych dla skazania lub karanias muszą stanowić kluczowe aspekty rzetelnej i skutecznej polityki wymiaru sprawiedliwosci w sprawach karnych.

Oczywiścicie, co do zasady Konwencje przewidują stosowanie srodkow karnych wobec przestepstw narkotykowych, takich jak kara wiazienia czy inne formy pozbawienia wolnosci, ale nie stanowia one jedynych srodkow dostepnych państwom w przypadku przestepstw narkotykowych. Na mocy Konwencji tylko „powazne” przestepstwa powinny byc zagrozone kara wiazienia, pozbawienia wolnosci, karami pienieznyymi lub konfiskata. Przesztpstwa „drobne” albo przestepstwa mniejszej wagi nie musz koniecznie podlegac sankcjom karnym. Ponadto w okreslonych przypadkach mniejszej wagi państwa mogą przewidziec, jako alternatywe dla skazania i karanias, srodki takie jak edukacja, rehabilitacja lub reintegracja spoleczna.

Na tym tle jest oczywiste, ze calkowicie bledne jest klasyfikowanie istniejacego międzynarodowego systemu kontroli narkotykow jako „systemu czysto prohibicyjnego” – jak robi to wielu zwolennikow legalizacji. Niewatpliwie istnieją pewne krajowe polityki i praktyki, ktore moglyby miec charakter czysto karny lub w przewazajacym stopniu karny, ale nie jest to obowiazek wynikajacy z Konwencji o Kontroli Narkotykow. Jest rowniez oczywiste, ze w celu unikniecia nadmiernego stosowania kary wiazienia nie potrzebujemy „nowych metod”, poniewaz rzdy powinny wdrozyc metody, zasady i postanowienia juz dostepne w trzech Konwencjach o Kontroli Narkotykow.

Konwencje te, a takz Deklaracje Polityczne, wyraźnie okreslaj, ze skuteczna polityka kontroli narkotykow musi opierac się na zrównoważonym, wszechstronnym i zintegrowanym podejściu, zgodnie z którym u podstaw takiej polityki lezy zdrowie i dobrobyt oraz promowane są prawa czlowieka i stosowana jest zasada proporcjonalnosci. Oznacza to, ze rzdy powinny lepiej korzystac z elastycznosci, jaką przyznaj Konwencje i zapewnic, w stosownych przypadkach, srodki alternatywne w stosunku do skazania i karanias. INCB nieustannie wspiera dzialania podejmowane przez państwa, w granicach ustanowionych przez Konwencje, w celu rozwijania polityk antynarkotykowych, ktore przyczyniają się do propagowania zdrowia i dobrobytu

ludzkości poprzez przyjecie humanitarnych i proporcjonalnych polityk antynarkotykowych. Zmiany te są w pelni zgodne z Konwencjami i nie odbywają się z naruszeniem ani wbrew tym Konwencjom. Przyjmuj srodki alternatywne wobec skazania i karanias za przestepstwa drobne lub przestepstwa narkotykowe mniejszej wagi, takie jak posiadanie narkotyku na wlasny uzYTEK, państwa zwyczajnie korzystają ze swobody przyznanej przez Konwencje, z zastrzezeniem pewnych kluczowych zasad, ktore same wynegocjowaly.

Przypisy

- ¹ Art. 4 paragraf 1(c) Konwencji z 1961 roku; art. 5 paragraf 2 Konwencji z 1971 roku.
- ² Art. 33 Konwencji z 1961 roku; art. 5 paragraf 3 Konwencji z 1971 roku.
- ³ Art. 36 paragraf 1(a) Konwencji z 1961 roku; art. 22 paragraf 1(a) Konwencji z 1971 roku.
- ⁴ Art. 3 paragraf 1 Konwencji z 1988 roku.
- ⁵ Art. 3 paragraf 2 Konwencji z 1988 roku.
- ⁶ Art. 3 paragraf 2 Konwencji z 1988 roku.
- ⁷ Art. 36 paragraf 1(a) Konwencji z 1961 roku.
- ⁸ Art. 36 Konwencji z 1961 roku; art. 22 Konwencji z 1971 roku; art. 3 paragraf 4 Konwencji z 1988 roku.
- ⁹ Art. 36 paragraf 1(a) Konwencji z 1961 roku; art. 20 paragraf 1; art. 22 paragraf 1(b) Konwencji z 1971 roku; art. 2 paragraf 4 (c) oraz (d) Konwencji z 1988 roku.
- ¹⁰ Komentarz Sekretarza Generalnego do Konwencji z 1988 roku, paragraf 3.109.
- ¹¹ Komentarz Sekretarza Generalnego do Konwencji z 1988 roku, paragraf 3.107.
- ¹² Komentarz Sekretarza Generalnego do Konwencji z 1988 roku, paragraf 3.114.
- ¹³ http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984963_E.pdf.
- ¹⁴ <http://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>.
- ¹⁵ Deklaracja Polityczna 2009, Rozdział 8, Opieka w przypadku uzycia i uzaleznienia od narkotykow a system sprawiedliwosci w sprawach karnych (*Drug use and dependence care in the criminal justice system*), paragrafy 15, 16(a).
- ¹⁶ Rezolucja S-30/1, Zalecenie operacyjne nr 4 (j) - (o).
- ¹⁷ Rezolucja 45/110, załącznik.
- ¹⁸ E/INCB/2007/1, INCB Raport Roczny 2007 Rozdział I: „Zasada proporcjonalnosci i przestepstwa narkotykowe”: „Międzynarodowe konwencje o kontroli narkotykow zachecaj do stosowania i ulatwiaj stosowanie przez Państwa proporcjonalnych srodkow i ulatwiaj stosowanie przez Państwa proporcjonalnych srodkow wobec przestepstw i przestepcow narkotykowych. Stosowanie nieproporcjonalnych srodkow podwaza cele konwencji i zasade państwa prawa. Mimo iz wiele krajow poczynilo postępy od czasu, gdy Rada po raz ostatni odniosla się do problemu proporcjonalnosci w swoim raporcie za rok 1996, pozostaje jeszcze wiele do zrobienia, zwlaszcza w zakresie namierzania i likwidowania organizacji zajmujacych się handlem narkotykami. W kilku krajach istnieje potrzeba lepszego zrównoważenia srodkow w zakresie egzekwowania prawa, tak aby na drobnych przestepcach nie spoczywal najwiekszy ciezar sprawiedliwosci w sytuacji, gdy powazni przestepcy nie trafiają przed sąd. [...] W swietle rekomendacji zawartych w tym raporcie za rok 1996 oraz rekomendacji wskazanych powyzej, Rada wzywa rzdy do dokonania wszechstronnego przegladu srodkow stosowanych przez organy wladzy ustawodawczej, sądowniczej i wykonawczej w odniesieniu do przestepstw narkotykowych, w celu upewnienia się, ze są one proporcjonalne oraz do wprowadzenia odpowiednich zmian w celu skorygowania wszelkich niedociagnięc”.

Rozwój leczenia substytucyjnego w Polsce to historia małych kroków, za pomocą których terapia metadonowa mozolnie zdobywała sobie kolejne przyczółki, by je później umacniać. Brak dostępu do tego świadczenia jeszcze w bardzo wielu miejscach naszego kraju to od lat największy problem systemu pomocy uzależnionym od narkotyków, rozwiązywany głównie przez biologię. Liczba osób używających opioidów zmniejsza się w znacznej mierze przez śmiertelność, częściowo też przez nowe narkotyki, które wypierają heroinę i kompot.

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE NA RECEPTĘ – DLACZEGO, JAK I DLA KOGO?

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Deficyt miejsc leczenia substytucyjnego

Obecnie w Polsce funkcjonuje 25 programów substytucyjnych, działających głównie w dużych miastach, z czego pięć w Warszawie. Leczenie w tych placówkach otrzymuje ok. 2,5 tys. osób, z których ok. 950 to pacjenci placówek warszawskich. Jest to liczba mocno niezadowolająca, gdy zestawimy ją z potrzebami: Instytut Psychiatrii i Neurologii szacuje populację uzależnionych od opiatów na ok. 15 tys. osób. Według danych EMCDDA z 2013 roku z leczenia substytucyjnego w krajach UE korzysta ogółem ok. 730 tys. osób, co stanowi ok. 50% uzależnionych od opiatów mieszkańców tych krajów i zarazem blisko połowę osób leczonych z powodu uzależnienia od jakichkolwiek narkotyków.

W latach 90. uzależnieni od opiatów stanowili większość pacjentów stacjonarnych ośrodków rehabilitacji, obecnie już tylko dziesiątą ich część. Gdy byli większością, ośrodki stacjonarne nie mogły pochwalić się dobrą efektywnością – leczenie kończył najwyżej co piąty, a częściej co dziesiąty ich podopieczny. Dzisiaj dopiero widzimy, jak bardzo selekcyjny charakter miał model pomocy pozbawiony terapii substytucyjnej. Mówi nam o tym na przykład porównanie wieku członków społeczności terapeutycznych (ST) i programów substytucyjnych (PS). Możemy wskazać tu na regułę 70%: co siódmy pacjent stacjonarnego ośrodka ma mniej niż 30 lat, a co siódmy pacjent PS to osoba 30+.

Dwie poprzednie dekady były najlepszym czasem na gruntowne wzmocnienie terapii substytucyjnej, a przez to uniknięcie wielu dzisiejszych problemów, jednak w znacznej mierze, niestety, je stracono. Najważniej-

szym powodem niepowodzeń, w tym porażki wielu lokalnych inicjatyw na rzecz udostępnienia leczenia metadonem, była nieprzejednana postawa większości terapeutów i będących pod ich wpływem urzędników rozdzielających środki finansowe. Drugą ważną przyczyną, będącą w znacznej mierze skutkiem pierwszej, było ograniczające prawo, określające zasady organizacji i prowadzenia leczenia substytucyjnego. Prawo to było systematycznie poprawiane, ale tylko na tyle, na ile pozwalało nieprzychylnemu otoczeniu. Największy opór takim zmianom stawiały zazwyczaj społeczności terapeutyczne, zwłaszcza te skupione w dużych strukturach organizacyjnych, a i dzisiaj są one co najmniej powściągliwe w wyrażaniu swoich opinii w przedmiotowych kwestiach. Gdy w latach 2004–2005 pracowano nad nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, między innymi w celu umożliwienia prowadzenia terapii zastępczej podmiotom niepublicznym, Stowarzyszenie Monar wyprzedziło zmianę, by pierwszym i jedynym negatywnym zapisem w swoim statucie, wykluczyć leczenie metadonem ze swojej działalności, a w konsekwencji z tych miejscowości i regionów, gdzie miało silne wpływy.

Warszawskie doświadczenia z substytucją

Na przedmiotowej zmianie ustawy z 2005 roku skorzystała Warszawa, która dzięki bardzo rozsądnej i aktywnej polityce społecznej ratusza, w ciągu kilku lat z wielokrotnością liczbę miejsc terapii zastępczej. Postęp warszawskiej substytucji na tle reszty kraju

Tabela 1. Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce w latach 2006–2009 w mln złotych.

	2006	2007	2008	2009
Polska	3,08	7,45	11,64	16,70
Warszawa i woj. mazowieckie	bd.	3,78	6,26	9,07
Polska, bez Warszawy i Mazowsza		3,67	5,38	7,63

Źródło: NFZ – 2009.

był spektakularny. Jeszcze w 2005 roku w stołecznych programach metadonowych leczono się niewiele ponad 200 osób, ale już rok później było ich dwa razy więcej, a w ciągu następnych paru lat przekroczono pułap 800 pacjentów. Obecnie liczba miejsc dochodzi do tysiąca. Inicjatywa Warszawy (wspierana od początku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, później także przez mazowiecki NFZ) po pierwsze, zredukowała gruntownie popyt na opiaty, w rezultacie heroina i kompot niemal zniknęły z ulic miasta. Po drugie, w walnie przyczyniła się do likwidacji największego w naszym kraju „bazaru narkotykowego”, działającego na Dworcu Centralnym i w jego otoczeniu. Razem z liczbą opiatowców radykalnie spadła liczba osób używających narkotyków iniekcyjnie, a wśród nich liczba bezdomnych. Centrum Redukcji Szkód Monar, prowadzące warszawski program wymiany igieł i strzykawek, który w latach 1999–2005 obsługiwał rocznie od 1500 do 2000 klientów, po 2006 roku obsługiwało już tylko ok. 200 osób. Skąd taki spadek? Część klientów programu odpłynęła do leczenia, a inni, głównie heroinowi i kompotowi turyści, z powodu upadku „bajzla” na Centralnym, zrezygnowali z odwiedzin Warszawy. W Raporcie Krajowym 2014 (KBPN) znajdujemy dane dotyczące liczby wydawanych w tamtych czasach przez programy redukcji szkód igieł: w 2007 roku wydano ich 529 tys. sztuk, w 2008 roku 432 tys., a w 2009 roku już tylko 259 tys. – 50% mniej niż dwa lata wcześniej. Nie powinno budzić wątpliwo-

ści, że popyt na igły i strzykawki kurczył się z powodu udostępnionych w Warszawie nowych miejsc terapii substytucyjnej.

Zwiększony dostęp do metadonu miał dla Warszawy i mniej korzystne konsekwencje. Zamiast turystyki heroinowej, pojawiła się turystyka lecznicza. Do dzisiaj wśród pacjentów PS znaczny odsetek stanowią osoby, które przyjechały za leczeniem z województw, gdzie jeszcze substytucji lekowej nie było (podkarpackie i podlaskie) albo udostępniono ją stosunkowo niedawno (opolskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie). Gdy w latach 2011–2012 pojawiły się wreszcie PS w Gdańsku, Olsztynie i Opolu, część pochodzących stamtąd bezdomnych i uzależnionych wróciła do rodzinnych domów, część jednak została. Obecnie system NFZ (także system pomocy społecznej) wykazuje większość takich osób jako warszawiaków, stąd w ramach wewnętrznych rozliczeń mazowiecki oddział NFZ odzyskuje tylko część pieniędzy. Odnosząc się do informacji zawartych w tabeli 2., należy dodać, że obecnie tylko w programach pomocowych Stowarzyszenia JUMP '93 można doliczyć się ponad 20 klientów, którzy leczą się substytucyjnie w Warszawie, a pochodzą ze wskazanych w tabeli województw. Wyróżnione w tabeli Siedlce, są miastem na pograniczu województwa mazowieckiego i podlaskiego, a wykazywane przez tamtejszy program osoby zamiejscowe, to głównie dojeżdżający po lek mieszkańcy „pobliskich” Siemiatycz. Jest to miejscowość położona o ponad 60 km od Siedlec, co biorąc pod uwagę rozkład terytorialny PS w naszym kraju, jest dystansem całkiem niedużym.

Warszawa zatem (i w znacznej mierze Lublin) rozwiązała w istotnym stopniu problem popytu na heroinę na ścianie wschodniej i dlatego tamtejsze społeczności terapeutyczne mogą spać spokojnie, a urzędnicy umyć ręce, bo „u nas opiatowców nie ma”. W 2012 roku udało się KBPN uzyskać jedynie zapewnienie podkarpackiego i podlaskiego NFZ o zabezpieczeniu środków finansowych na leczenie substytucyjne, ale bez widoków na realne udostępnienie świadczenia.

Tabela 2. Liczba osób z woj. podkarpackiego i podlaskiego leczących się w programach terapii substytucyjnej w Warszawie i na Mazowszu w 2016 roku (dane MOW NFZ).

Województwo (zgodnie z miejscem ostatniego zameldowania pacjenta)	Liczba osób leczących się w programie leczenia substytucyjnego w Siedlcach	Liczba osób leczących się w programach leczenia substytucyjnego w Warszawie
podkarpackie	1	1
podlaskie	7	1

Tabela 3. Pacjent narkotykowy korzystający z pomocy społecznej w Warszawie i przyległych miejscowościach w roku 2016.

Obszar działania placówki pomocy społecznej	Liczba osób z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych, korzystających z pomocy placówki	Liczba uzależnionych i bezdomnych	Liczba uzależnionych i zagrożonych bezdomnością	Liczba uzależnionych z orzeczeniem o niepełnosprawności	Liczba uzależnionych 40+	Liczba uzależnionych 50+ (zawierająca się w liczbie osób 40+)
Bemowo	15	3	0	13	7	2
Białołęka	23	13	bd	8	bd	bd
Bielany	28	0	1	11	6	2
Kobyłka	1	0	0	0	1	0
Legionowo	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Mokotów	31	9	6	22	6	1
Ochota	26	3	4	21	11	3
Otwock	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Piaseczno	10	9	2	10	6	0
Praga Pd	51	4	0	51	9	9
Praga Pn	28	4	11	18	3	2
Pruszków	6	0	1	4	2	1
Rembertów	14	2	9	14	6	2
Śródmieście	40	bd	bd	18	23	9
Targówek	37	5	11	22	3	1
Ursus	24	bd	bd	17	2	2
Ursynów	10	6	3	6	0	0
Wawer	10	1	1	1	bd	bd
Wesoła	2	2	0	0	0	1
Wilanów	1	0	1	2	0	1
Włochy	3	bd	bd	1	0	0
Wola	60	10	0	31	14	4
Wołomin	21	5	7	7	1	0
Ząbki	8	16	2	0	1	0
Zielonka	0	0	0	0	0	0
Żoliborz	17	2	3	14	8	4
RAZEM	466	94	62	291	109	44

Tabela 4. Nakłady NFZ przeznaczone na rehabilitację osób z podwójną diagnozą w latach 2010–2016.

Województwo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Liczba świadczeniodawców w 2014	Liczba świadczeniodawców w 2016
doInośląskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubuskie	997 682	957 557	938 382	1 011 606	1 156 557	1 087 175	1 118 130	1	1
łódzkie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
małopolskie	0	0	0	0	0	18 018	3 523 585	0	1
mazowieckie	607 901	1 427 219	2 603 056	2 739 215	3 047 612	3 523 585	3 193 772	2	2
opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podkarpacie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pomorskie	0	0	273 140	282 620	306 639	307 350	304 252	1	1
śląskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	351 390	357 345	395 408	387 788	393 768	416 221	482 449	1	1
wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	1 956 973	2 742 121	4 209 986	4 421 229	4 904 576	5 352 349	8 622 188	5	6

System pomocy społecznej radzi sobie z rozliczeniami trochę lepiej od NFZ, ale do bliższych danych nie udało się dotrzeć. Dane uzyskane z warszawskich OPS-ów pozwalają w niewielkim stopniu zgłębić problematykę bezdomności narkotykowej i zamiejscowych pacjentów programów substytucyjnych.

Z naszego rozpoznania sytuacji wynika, że wśród bezdomnych i uzależnionych klientów OPS-ów zdecydowaną większość stanowią pacjenci programów substytucyjnych (70-90%). Są to mieszkańcy całodobowych placówek opiekuńczych, przeważnie zamiejscowi (spoza Mazowsza). Liczba niezaopiekowanych pacjentów PS, czyli osób mieszkających kątem u znajomych lub w pustostanach, nie jest znana.

Dostęp do substytucji a podwójna diagnoza

Niewystarczający dostęp do leczenia substytucyjnego, skutkujący pozostaniem przez wiele osób poza systemem opieki, powoduje, że przeważająca część z nich sięga po nowe substancje psychoaktywne (NSP), w tym mefedron i substancje wytwarzane na bazie leków aptecznych. Jest to problem identyfikowany i nagłośniony przez wszystkie polskie programy redukcji szkód. Biorąc pod uwagę, że popyt na NSP jest silnie skorelowany ze wzrostem liczby przypadków podwójnej diagnozy (PD) oraz schorzeń neurologicznych, terapia substytucyjna staje się niezwykle ważnym narzędziem redukcji popytu na dopalacze i nowe narkotyki. Programowi Rzecznika nie udało się uzyskać aktualnych danych na temat liczby zgłoszeń do leczenia z powodu PD. Udało się natomiast uzyskać informacje dotyczące nakładów NFZ na rehabilitację osób z podwójną diagnozą, co pozwala prześledzić problem.

Na wzrost nakładów NFZ na leczenie PD ma wpływ wiele czynników, z popytem na przedmiotowe świadczenie na czele. Istotna jest ponadto rosnąca liczba rozpoznań wynikająca z coraz większego przykładania wagi

Tabela 5. Nakłady NFZ przeznaczone na terapię osób z podwójną diagnozą w latach 2010–2016.

Województwo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Liczba świadczeniodawców w 2014	Liczba świadczeniodawców w 2016
doInośląskie	0	0	149 382	989 827	955 287	952 596	948 582	1	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
łódzkie	699 972	859 173	813 365	802 676	883 663	696 025	588 379	1	1
małopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mazowieckie	532 898	363 106	0	0	0	0	0	0	0
opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
śląskie	1 187 278	1 108 377	1 261 770	1 233 700	1 233 700	1 352 730	1 340 240	1	1
świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAZEM	2 420 148	2 330 656	2 224 517	3 026 203	3 072 650	3 001 351	2 877 201	3	3

przez placówki ambulatoryjne (i nie tylko) do rzetelnej diagnostyki. Jeżeli chodzi o rehabilitację PD, to znaczący transfer środków finansowych, związany jest z udroźnieniem systemu, poprzez pojawienie się nowych programów specjalistycznego leczenia. W zakresie znacznie krótszych czasowo programów terapii PD odnotowuje się spadek finansowania, ale prawdopodobnie tylko na rzecz rehabilitacji, czyli opieki dłuższej. Należy też dodać, że pewien udział w ogólnym wzroście finansowania miała zmiana w wycenie świadczenia.

Istotne jest tu także zestawienie nakładów NFZ z czasem oczekiwania na leczenie. W latach 2015–2016 nakłady na rehabilitację osób z PD wzrosły aż o 60%, ale z obserwacji Biura Rzecznika wynika, że kolejki uległy skróceniu tylko do stanu notowanego przed 2014 roku. Dane NFZ pokazują też, że w stosunku do 2010 roku (gdy lawinowo otwierano sklepy z dopalaczami), nakłady na rehabilitację osób z PD wzrosły aż czterokrotnie.

Monokultura lekowa

Jesienią 2015 roku pojawiło się obwieszczenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie konsultacji taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Według tej wyceny stosowanie metadonu miało być wyżej punktowane niż stosowanie innych leków substytucyjnych. Agencja proponowała takie punktowanie, mimo że metadon całkowicie niemal zmarginalizował pozostałe stosowane w polskiej substytucji preparaty. Te inne leki (głównie Suboxone, preparat łączący buprenorfinę z naloksonem) były wówczas stosowane w Polsce przez ok. 2% pacjentów (źródło: KBPN 2014 rok), podczas gdy w krajach Unii Europejskiej używa ich ok. 40% pacjentów. Metadon jest zatem stosowany nawet wtedy, gdy z różnych względów zdrowotnych powinny być zastosowane inne specyfiki (np. słodkiego metadonu nie powinny przyjmować osoby z cukrzycą). W wyniku

konsultacji społecznych Agencja poprawiła przedmiotową wycenę, która dodatkowo burzyła niewiele wcześniej przyjętą taryfikację NFZ, znacznie bardziej zgodną z oczekiwaniami lecznictwa. W poprawianiu i uwagach do obydwu taryf przede wszystkim chodziło o szersze stosowanie preparatu Suboxone, leku o stosunkowo wysokim profilu bezpieczeństwa, używanym wyłącznie do celów leczenia substytucyjnego. Ten specyfik, który zdobywa sobie coraz większe uznanie w świecie, nazywany jest niekiedy lekiem przyszłości. Buprenorfina, która charakteryzuje się odpornością na przedawkowania, poprzez skojarzenie z naloksonem, zyskuje dodatkowe zabezpieczenie przed używaniem iniekcyjnym. Ponadto buprenorfina znacznie słabiej od metadonu osłabia funkcje kognitywne. Powyższa charakterystyka, sytuuje Suboxone wyżej od metadonu w zakresie osiągania celów leczniczych (innych niż redukcja szkód) i powoduje, że preparat jest częściej stosowany wśród osób młodszych oraz lepiej funkcjonujących społecznie. Minusem jest jego cena (jest zdecydowanie droższy od metadonu), która powoduje, że mimo licznych walorów, Suboxone jest w Polsce stosowany marginalnie.

Substytucja na receptę według Krajowego Biura

Wiosną 2014 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przedstawiło Ministerstwu Zdrowia projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz odpowiednich przepisów wykonawczych, która miała umożliwić prowadzenie leczenia substytucyjnego gabinetem lekarskim, w oparciu o przepisywanie leków na receptę. Proponowana zmiana otwierała taką możliwość lekarzom wybranych specjalizacji, przede wszystkim lekarzom POZ i psychiatrom (na różnych etapach prac nad projektem wskazywano jeszcze lekarzy chorób zakaźnych i toksykologów). Celem zmiany było wprowadzenie dodatkowej, przyjaznej formuły dla terapii zastępczej, która poprawiłaby w sposób istotny dostęp do niej i poszerzyła spektrum stosowanych leków. Według zgodnej opinii ekspertów obowiązujący dotąd model programu substytucyjnego wyczerpał swoje możliwości w przedmiotowym względzie i od lat słabo poddawał się korektom. Projekt opierał się na procedurze sprawdzonej w świecie, z powodzeniem stosowanej między innymi w krajach skandynawskich, znanych z restrykcyjnego podejścia do narkotyków i wysokiej kultury medycznej (szwedzki

model przeciwdziałania narkomanii jest często w polskim środowisku terapeutycznym wskazywany jako wzorcowy). Propozycja KBPN wychodziła naprzeciw oczekiwaniom społecznym, wyrażanym często przy okazji coraz częstszej krytyki obowiązującego modelu programu substytucyjnego. Krytyka wykazywała na przykład, że model ten nie sprzyja szerszemu udostępnieniu leczenia, bo nie pozwala na jego docieranie do mniejszych miejscowości. Przeszkodę stanowią tu zbyt wysokie koszty PS, które są głównie związane z utrzymaniem personelu i lokalu, które powodują, że działalność przynosi straty finansowe, jeśli liczba pacjentów nie przekroczy 30 osób. Przykład Warszawy pokazuje, że osoby uzależnione z mniejszych miejscowości migrują za leczeniem do dużych miast, stając się tam bezdomnymi, generując dodatkowe problemy i koszty. Między innymi ze względu na te problemy wielokrotnie zmieniano przepisy wykonawcze do ustawy, dając lekarzom duże uprawnienia w zakresie umożliwienia pacjentom rzadszego stawiania się po odbiór leku. Na przeszkodzie upowszechnieniu tej praktyki stanęły jednak zasady finansowania programów substytucyjnych: pacjent rzadko korzystający z programu przynosił mniejszy dochód. Okazało się, że to właśnie pacjent bez przywilejów (z tytułu postępów w leczeniu), pacjent niepracujący i naruszający kontrakt, przynosi placówce większy dochód. Ponadto wymóg częstego stawianictwa powoduje, że PS obsługują codziennie zbyt liczną grupę osób. W samej Warszawie działają cztery programy substytucyjne, w których liczba pacjentów przekracza 100 osób, w tym dwa, gdzie przekracza 200 osób. Gdy kilkadziesiąt osób uzależnionych pojawi się na raz w placówce lub w jej pobliżu i pozostanie tam przez dłuższy czas, zawsze będzie to stanowić problem dla otoczenia i personelu programu. Codzienne stawianictwo podtrzymuje uzależnienie środowiskowe, przeszkadza w osiąganiu postępów w terapii i reintegracji społecznej. Napięcie, jakie się wówczas wytwarza, sprzyja z kolei wypaleniu zawodowemu u personelu, naruszeniom praw pacjenta, powoduje problemy z rekrutacją nowych pracowników programu.

Jak już wspomniano, proponowana w projekcie KBPN nowa procedura lecznicza miała się opierać na preparatach innych niż metadon, lepiej farmakologicznie zabezpieczonych i mniej atrakcyjnych w obrocie ulicznym.

Jakich jeszcze korzyści należałoby się spodziewać po formule „na receptę”? Wydaje się, że prosta w obsłudze procedura pozwalałaby wreszcie związać leczenie substytucyjne z innymi formami opieki,

w tym z poradniami leczenia uzależnień, ośrodkami stacjonarnymi czy programami readaptacji społecznej. Formy zintegrowane to środowisko najlepsze dla substytucji i optymalne dla wielu pacjentów, głównie tych, którzy z powodu długiej historii pozostawania w sytuacji wykluczenia, mają problemy z reintegracją społeczną i poruszaniem się między instytucjami pomocowymi.

Prace nad ustawą posuwały się jednak powoli. W tym czasie Suboxone i przypisana do niego procedura zostały pozytywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wpływ na wstępny werdykt miały pozytywne oceny ekspertów, które pojawiły się w związku z konsultacją wniosku producenta o refundację leku. Całościowa ocena Agencji była jednak negatywna: w odpowiedzi dla producenta leku wskazano na brak odpowiednich zmian w prawie, które pozwalałyby na zastosowanie przedstawionej we wniosku procedury (przepisywanie leku na recepty i wydawanie przez apteki). W drugiej połowie 2015 roku prace nad ustawą o zdrowiu publicznym zatrzymały działania Ministerstwa Zdrowia dotyczące projektu Krajowego Biura, a na początku 2016 roku firma farmaceutyczna wprowadzająca do naszego kraju Suboxone – lek dla projektu strategiczny – z powodu braku postępów w sprawie zlikwidowała swoje przedstawicielstwo w Polsce.

By przełamać impas, przedstawiciele warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS, na wniosek Stowarzyszenia JUMP '93, spotkali się wiosną 2016 roku z wiceministrem zdrowia Krzysztofem Łandą. Dzięki spotkaniu prace nad projektem ponownie ruszyły, a w grudniu 2016 roku przeszedł on konsultacje społeczne.

W toku dalszych prac projekt został gruntownie zmieniony. Przede wszystkim odrzucono refundację (szanse na nią od początku były niewielkie), przez co postawiono istotną barierę szerszej dostępności. Decyzja taka zapadła, mimo że leczenie w gabinetach lekarskich, nawet w oparciu o droższy lek, byłoby znacznie tańsze od leczenia w PS. Zdaniem KBPN nawet o 30%. Wprowadzono też różne inne obostrzenia. W nowej wersji kwalifikacją do leczenia w gabinetach lekarskich miały się zajmować dotychczas działające programy leczenia substytucyjnego, stosując trzymiesięczny okres zatrzymywania i stabilizowania pacjenta u siebie, oraz cykliczny, dwunastomiesięczny okres odnawiania skierowania do leczenia. Po kolejnych konsultacjach projektu do zapisu o trzymiesięcznej sta-

bilizacji dodano uzupełnienie, które w uzasadnionych przypadkach daje możliwość szybszego „przekazania” pacjenta gabinetowi (nawet po 2 tygodniach).

Zapis ten, choć jego intencje są zrozumiałe, wymaga starannego dopracowania. Można łatwo przewidzieć, że niektóre programy substytucyjne mogą nie być zainteresowane przekazywaniem pacjentów gabinetom lekarskim – są placówki, które mają problemy z wykonaniem kontraktu z NFZ albo robić to nierzetelnie. Mogą zatrzymywać pacjentów dobrze funkcjonujących, a pozbywać się przypadków trudniejszych. W projekcie zmieniano również wielokrotnie zapisy dotyczące szkoleń dla nowych lekarzy substytucyjnych i uprawnionych do prowadzenia tego leczenia specjalizacji. W najbardziej aktualnej jego wersji organizacją i finansowaniem szkoleń ma nadal zajmować się KBPN, a co do specjalizacji, na koniec wybrani zostali lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrzy. Obydwie zmiany wydają się słuszne. Jak dotąd do organizacji i poziomu szkoleń nie było żadnych zastrzeżeń, a wybór lekarzy POZ jest ważny z uwagi na cel, jakim jest ciągle zwiększanie dostępu do przedmiotowej terapii. Od samego początku zakładano natomiast, że uprawniony lekarz będzie musiał zapewnić pacjentowi dostęp do pomocy terapeutycznej, a leki mogłyby być przepisywane na okres nie dłuższy niż 30 dni. Największym mankamentem nowego projektu pozostaje pełna odpłatność za lek. Nawet częściowa refundacja znacznie poszerzyłaby dostęp do świadczenia, natomiast jej całkowity brak wykluczyłoby osoby najuboższe (obecnie miesięczny koszt stosowania uśrednionej dawki Suboxone to ok. 700 zł).

Mimo tych wszystkich zastrzeżeń i niedostatków, proponowana zmiana mogłaby stać się krokiem milowym w rozwoju terapii substytucyjnej. Niestety, według posiadanych przez program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych informacji, w związku z podaniem się do dymisji wiceministra Krzysztofa Łandy, prace nad projektem znowu zwoływały.

Bibliografia

- „Adekwatność systemu opieki dla osób uzależnionych od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów”, IPIŃ, Warszawa 2015.
 Raport Krajowy 2014, KBPN, Warszawa 2014.
 Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014–2015, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2015.
 Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2016–2017, Stowarzyszenie JUMP '93, Warszawa 2017.

Potrzeba leczenia psychiatrycznego osób uzależnionych od narkotyków może wynikać pośrednio lub bezpośrednio z uzależnienia. Bez względu na powyższe należy pamiętać, że leczenie psychiatryczne powinno uwzględniać wolę danej osoby. Prawo do samostanowienia jest wartością konstytucyjną.

LECZENIE PSYCHIATRYCZNE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Medycyna jest częścią naszej cywilizacji¹. Dynamiczny postęp wiedzy w tym zakresie, niosący zarówno wielkie nadzieje, jak i niemałe zagrożenia dla człowieka, czyni niezwykle aktualną refleksję nad prawem człowieka do życia, zdrowia, a zwłaszcza do samostanowienia². Bez wątplenia autonomia jest podstawową zasadą dopuszczalności udzielania jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych³. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny, w sferze życia osobistego jednostki mieści się również prawo do decydowania o ochronie własnego życia i zdrowia⁴. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby bez jej zgody jest naruszeniem dobra osobistego, jakim jest wolność człowieka, zgodnie z art. 23 k.c.

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych⁵, dziennych⁶ lub ambulatoryjnych⁷. Szczegółowe informacje w tym zakresie znajdują się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że osoby z zaburzeniami psychicznymi lub osoby uzależnione raz w roku mogą wyjechać na turnus rehabilitacyjny. Turnus może być zorganizowany w ramach:

a) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia zaburzeń

nerwicowych u dorosłych oraz dzieci i młodzieży udzielanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych;

- b) świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi, udzielanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień;
- c) świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach dziennych psychiatrycznych;
- d) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach dziennych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
- e) świadczeń gwarantowanych psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży, leczenia nerwic oraz świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju udzielanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego);
- f) świadczeń gwarantowanych terapii uzależnienia udzielanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, programu substytucyjnego.

Na podstawie art. 28 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁸, osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego. Leczenie substytucyjne to forma opieki medycznej, w której stosowana jest podobna lub identyczna substancja o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania substancji, która spowodowała uzależnienie, w celu osiągnięcia bardziej kontrolowanej formy uzależnienia⁹.

Leczenie psychiatryczne osób uzależnionych na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy¹⁰.

Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. Należy podkreślić, że konieczność przeprowadzenia badania bez zgody stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. Przed przystąpieniem do badania należy uprzedzić osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody. W dokumentacji medycznej każdorazowo odnotowuje się taką czynność, wskazując jednocześnie na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Jak już wspomniano, leczenie psychiatryczne, wobec osoby uzależnionej od narkotyków bez jej zgody, nie może być regułą. Stan bezpośrednio zagrażający własnemu życiu albo zdrowiu lub zdrowiu innych osób to stan nagły w psychiatrii, czyli wymagający szybkiej interwencji lekarskiej. Przykładem może być próba samobójcza czy samookaleczenie. Sytuacja niezdolności do zaspokajania własnych potrzeb życiowych osoby jest również stanem nagłym, ze względu na istniejące w danym momencie zagrożenie życia i zdrowia tej osoby, ale dynamika w czasie tego stanu jest jednak inna niż w sytuacji nagłej dekompensacji stanu zdrowia psychicznego prowadzącej również do zagrożenia życia i zdrowia osoby. Niezdolność do zaspokajania własnych potrzeb świadczy o długotrwałym procesie doprowadzającym do stanu, w którym osoba chora pośrednio zagraża swojemu życiu (odmowa przyjmowania posiłków w celach samobójczych z powodu głębokich zaburzeń depresyjnych lub doznań psychotycznych, otępienie głębokiego stopnia)¹¹.

Kolejnym wyjątkiem od zasady, że wola pacjenta jest decydująca, jest sytuacja, w której osoba chora psychicznie¹² może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody, ale tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala postanawia wówczas lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Ponadto przyjęcie do szpitala w takim trybie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu z dnia 20 lutego 2003 roku¹³ orzekł, iż w celu zagwarantowania zgodności z art. 5 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹⁴ pozbawienie wolności musi być przeprowadzone w trybie „ustalonym przez prawo” oraz musi być „zgodne z prawem”. Według Europejskiego Trybunału Praw Człowieka osoba nie może być pozbawiona wolności jako „umysłowo chora”, jeżeli nie są spełnione trzy następujące warunki minimalne: choroba umysłowa musi być wiarygodnie wykazana; zaburzenia psychiczne muszą być w rodzaju lub stopniu dającym podstawy do przymusowej izolacji oraz ważność trwającego pozbawienia wolności zależy od utrzymywania się tych zaburzeń. W ocenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka pozbawienie wolności osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne może być konieczne nie tylko wówczas, gdy osoba ta potrzebuje leczenia, podania leków lub innych zabiegów szpitalnych dla swego wyleczenia lub dla poprawienia stanu jej zdrowia, lecz także wówczas, gdy osoba ta potrzebuje kontroli i nadzoru uniemożliwiających, na przykład, skrzywdzenie siebie lub innych osób¹⁵. Zdaniem K. Dąbrowskiego, stwierdzenie występowania bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia własnego bądź innych osób powinno być oparte na następujących kryteriach: 1) zagrożenie rzeczywiste i bezpośrednie podstawowych dóbr (dokonane akty agresji wobec siebie lub innych – pobicie drugiej osoby, poważne samookaleczenie, skok z wysokości, rzucanie ciężkimi przedmiotami itd., usiłowane, lecz powstrzymane akty agresji wobec siebie lub innych, akty agresji przygotowane w ten sposób, że

same czynności zawierają rzeczywisty i poważny stopień zagrożenia (zbieranie materiałów wybuchowych, broni palnej itp.), werbalne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inną osobę (osoby), jeżeli groźba ta jest wyrażona w sposób i w okolicznościach uzasadniających obawę, że zostanie spełniona, ostre stany psychotyczne wiążące się z tak znaczną dezorganizacją, że stwarzają ryzyko bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia osoby chorej lub otoczenia; 2) potencjalne skutki aktualnego zachowania zagrażające bezpieczeństwu; 3) bezpośrednio zagrażającego zachowania określana przez relacje czasowe pomiędzy agresywnością czynną, usiłowaniem, próbą czy groźbą a momentem przyjęcia do szpitala – im krótszy czas, tym mniejsza możliwość kontroli zachowania i odwrotnie; 4) prawdopodobieństwo powtórzenia zachowania agresywnego wzrasta wraz z częstotliwością występowania podobnych zachowań w przeszłości¹⁶.

Kolejnym wyjątkiem jest sytuacja, w której dotychczasowe zachowanie osoby wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża ona bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, wówczas może być przyjęta bez zgody do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać jednak dłużej niż 10 dni¹⁷. Celem przyjęcia do szpitala jest więc obserwacja osoby, której zachowanie wskazuje na możliwość występowania u niej choroby psychicznej zagrażającej bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, i w konsekwencji stwierdzenie, czy jest to osoba chora psychicznie czy nie¹⁸. Przymusowa obserwacja psychiatryczna ma za zadanie stwierdzić charakter występujących u pacjenta zaburzeń, a w szczególności ustalenie, czy cierpi on na chorobę psychiczną¹⁹.

Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody, osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. O potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby, o której mowa powyżej, bez jej zgody, orzeka sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby – na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę. Jak słusznie

zauważył Sąd Najwyższy, konieczne jest ustalenie, iż dana osoba jest chora psychicznie i że bez podjęcia przymusowego leczenia pogorszenie jej zdrowia psychicznego będzie znaczne²⁰. Orzeczenie o potrzebie poddania określonej osoby leczeniu psychiatrycznemu bez jej zgody wymaga ustalenia i wskazania na konkretne okoliczności, które usprawiedliwiają wnioskowanie, że zaniechanie takiego leczenia spowoduje znaczące pogorszenie się jej zdrowia psychicznego, a nie samo tylko pogorszenie się lub brak poprawy stanu jej zdrowia psychicznego²¹. Ponadto orzeczenie sądu o potrzebie przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego nie oznacza, że osoba taka może być umieszczona w szpitalu bezterminowo. Okres pobytu tej osoby w szpitalu zależy od ustania przyczyny wydania przez sąd orzeczenia o jej przyjęciu²². Zadaniem sądu opiekuńczego jest baczne czuwanie, aby korzystanie z wnioskowego trybu przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym nie prowadziło do nadużyć, które w niektórych wypadkach może być kuszące, lecz następowało tylko w tych sytuacjach, w których spełnione zostaną wszystkie określone w ustawie materialne przesłanki przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym²³.

Sądowa kontrola nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym

Sąd ma możliwość weryfikacji, czy przymusowa hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym była niezbędna. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż pobyt w szpitalu psychiatrycznym może być uciążliwy, a ponadto w dość istotny sposób ogranicza swobody obywatelskie, albowiem przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym jest związane z pozbawieniem wolności²⁴.

Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu. Kontrola ta dotyczy zarówno sposobu postępowania (m.in. art. 23 ust. 2–5 u.o.z.p.), jak i przesłanek materialnoprawnych sprecyzowanych w ust. 1 art. 23 u.o.z.p.²⁵. Wydaje się, iż sądowa kontrola powinna stanowić wystarczającą zaporę, aby

skutecznie przeciwdziałać ewentualnym przypadkom bezpodstawnego przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym²⁶. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że bezprawne umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym może skutkować pociągnięciem winnego do odpowiedzialności karnej za pozbawienie wolności (art. 189 k.k.).

Uwagi końcowe

Stosowanie przepisów dotyczących przymusowego leczenia osób uzależnionych winno następować z uwzględnieniem konstytucyjnych gwarancji praw i wolności obywatelskich oraz odpowiednich norm prawa międzynarodowego, zaś ich interpretacja – z uwzględnieniem zasady, że wszelkie ograniczenia praw i wolności nie mogą naruszać ich istoty²⁷. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że w polskim porządku prawnym osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego²⁸ należy w szczególności pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego oraz wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powinien współpracować z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób. Do jego zadań należy także inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w omawianym zakresie. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa powyżej, ma m.in. prawo wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; oraz występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, oraz do podmiotu tworzącego w rozumieniu tej ustawy, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń.

Przypisy

- ¹ G. Rejman, „Normy etyczne, moralne, prawne w postępowaniu lekarza”, *Studia Iuridica XXVI*, 1993, s. 58.
- ² J. Bujny, „Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem”, Warszawa 2007, s. 11.

- ³ A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, „Dopuszczalność prowadzenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na podstawie upoważnienia ustawowego przy sprzeciwie osoby uprawnionej do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne – analiza wybranych regulacji prawnych”, *Prawo i Medycyna* nr 1, 2014, s. 47.
- ⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, Dz.U.2009.114.956.
- ⁵ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach stacjonarnych - psychiatrycznych, leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach stacjonarnych (załączniki nr 1, 2 i 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U.2013.1386): świadczenia terapeutyczne, czyli działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację; programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne (w tym przedmioty ortopedyczne), wyżywienie (z zastrzeżeniem art. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.2016.1793), działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.
- ⁶ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach dziennych - psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach dziennych (załączniki nr 4 i 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień): świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.
- ⁷ Świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień są udzielane w warunkach ambulatoryjnych - psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz leczenia uzależnień. Pacjenci w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przysługują w warunkach ambulatoryjnych (załączniki nr 6 i 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień): świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.
- ⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 206 r. poz. 224, z późn. zm.
- ⁹ <http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznienn/>
- ¹⁰ W wyroku z dnia 14 lipca 1998 r., I SA 426/98, LEX nr 45738, Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie orzekł, że wprowadzić ustawą o ochronie zdrowia psychicznego nakazuje przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego brać pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy i inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, aby osiągnąć poprawę w sposób najmniej dla osoby chorej uciążliwy, a więc preferować opiekę ambulatoryjną lub dzienną nad całodobową, to jednak nie można odnieść tego do chorych, w przypadku których brak opieki całodobowej zagraża ich życiu. W sytuacji potwierdzonej niezdolności do samodzielnej egzystencji i stwierdzenia, że brak całodobowej opieki zagraża życiu osoby, na właściwym organie administracji ciąży obowiązek przyjęcia jej do domu pomocy społecznej bez okresu wyczekiwania.
- ¹¹ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 21, teza 3.
- ¹² Osoba chora psychicznie, zgodnie z definicją podaną przez niniejszą ustawę, to osoba wykazująca objawy psychotyczne. Zaliczać się do nich będą wszelkiej etiologii psychozy, czyli zaburzenia psychiczne przebiegające z objawami psychotycznymi – urojeniami będącymi zaburzeniami treści myślenia, omamami (halucynacjami) będącymi zaburzeniami spostrzegania, a także zaburzeniami formalnymi myślenia, które objawiać się będą zaburzoną tokiem myślenia (rozkojarzeniem, spowolnieniem myślenia, przyspieszonym tokiem myślenia), co będzie się objawiało dezorganizacją mowy, zachowania, wielomównością bądź spowolnieniem mowy. Przyczyny zaburzeń psychotycznych mogą być różnorakie – procesy endogenne (schizofrenia, zaburzenia urojeniowe), zaburzenia

afektywne (depresja z objawami psychotycznymi, mania), zespoły majaczeniowe (np. alkoholowy zespół abstynencyjny z majaczeniem, majaczenie na podłożu otępienia), organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przebiegające z objawami psychotycznymi (np. stany po urazach mózgu, udarach mózgu). Objawy psychotyczne nie stanowią same w sobie zagrożenia życia czy zdrowia, natomiast ich wpływ na zachowanie pacjenta może stwarzać zagrożenie dla życia i zdrowia danej osoby, a także zdrowia innych osób właśnie poprzez zaburzone zachowanie osoby chorej psychicznie. Nie zawsze pojęcie choroby psychicznej musi się jednak odnosić do choroby przebiegającej z objawami psychotycznymi, by choroba ta spełniała przesłanki choroby psychicznej w ujęciu ustawy. Należy tu być na przykład stan ciężkiej depresji z myślami samobójczymi, w którym objawów psychotycznych się nie stwierdza, a jest to jednostka zaliczana do chorób psychicznych za K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 23, teza 9.

¹³ Europejski Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu z dnia 20 lutego 2003 r., 50272/99, LEX nr 78078.

¹⁴ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.: art. 5 ust. 1 i 4.

¹⁵ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 25 listopada 2014 r., 31199/12, LEX nr 1541295.

¹⁶ K. Dąbrowski, „Zdrowie psychiczne”, Warszawa 1985, s. 135 i n.

¹⁷ Sąd Najwyższy wyraził słuszny pogląd, iż osobą z zaburzeniami psychicznymi jest osoba, o której mowa zarówno w art. 23 u.o.z.p., jak i w art. 24 u.o.z.p., z tym że w tym drugim wypadku charakter tych zaburzeń, wobec wątpliwości, czy mogą być kwalifikowane jako choroba psychiczna, ma ulec wyjaśnieniu w czasie pobytu w szpitalu. Należy mieć na uwadze, że o przyjęciu do szpitala w obu wypadkach postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po zbadaniu pacjenta i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a kontrola przyjęcia następuje w drodze zatwierdzenia przez ordynatora w ciągu 48 godzin od przyjęcia, a następnie dopiero przez sąd (postanowienie

Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2012 r., IV CSK 373/11, LEX nr 1169841).

¹⁸ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 24, teza 1.

¹⁹ B. Janiszewska, „Podmiotowe uwarunkowania hospitalizacji psychiatrycznej w celu obserwacji”, Monitor Prawniczy 2013, nr 3, s. 159.

²⁰ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14, LEX nr 1504765.

²¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2014 r., V CSK 543/13.

²² Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1998 r., I CKN 571/97, OSNC 1998, nr 10, poz. 170.

²³ I. Wrześniewska-Wal, Wnioskowy tryb przyjęcia do szpitala psychiatrycznego – nowelizacja ustawy, Prawo i Medycyna 2011, nr 1, s. 111.

²⁴ K. Bobińska, K.Z. Eichstaedt, P. Gałęcki, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, LEX on-line, komentarz do art. 25, teza 1.

²⁵ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1996 r., II CRN 201/95, Prokuratura i Prawo wkł. 1996, nr 6, poz. 35. Podobne stanowisko jak Sąd Najwyższy zajął także Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 18 lutego 2015 r., I ACa 1681/14, LEX nr 1668609.

²⁶ J. Nelken, „O konieczności kontroli sądowej nad przymusowym umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym”, NP 1983, nr 3, s. 74–77.

²⁷ M. Paszkowska, „Przymusowe świadczenia zdrowotne”, Jurysta 12/2006, s. 20 oraz H. Haak, „Przymusowe leczenie narkomanów”, Warszawa 2000, s. 220 i n.

²⁸ Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070), i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.

ANONIMOWI NARKOMANI

Kim są członkowie NA¹⁷?

Anonimowi Narkomani to międzynarodowa, wewnętrznie zorganizowana Wspólnota, która służy zdrowiejącym uzależnionym. Obecnie działa ona w ponad 139 krajach. Jej charakter jest niedochodowy. Anonimowi Narkomani (*Narcotics Anonymous* – NA) uczą się od siebie nawzajem, jak prowadzić życie wolne od narkotyków oraz zdrowieć ze skutków ich zażywania.

Członkiem Wspólnoty może zostać każdy, kto chce przestać zażywać narkotyki. Drzwi są szeroko otwarte również dla tych, którzy mogą mieć problem z innymi substancjami psychoaktywnymi, w tym z lekami czy alkoholem. Osoby zdrowiejące w NA są skupione na problemie uzależnienia, a nie na konkretnej substancji.

Anonimowość

Zasada anonimowości jest podstawową zasadą, która pozwala uzależnionym na uczestniczenie w mityngach bez obawy o konsekwencje karne lub społeczne. Jest to

istotna kwestia dla uzależnionego rozważającego swoje pierwsze przyjęcie na mityng NA. Anonimowość zapewnia również dobrą atmosferę na mityngach. Pomaga zabezpieczyć się przed sytuacją, w której indywidualne cechy poszczególnych członków lub okoliczności wydarzeń stają się ważniejsze od dzielenia się posłaniem zdrowienia NA.

Mityngi

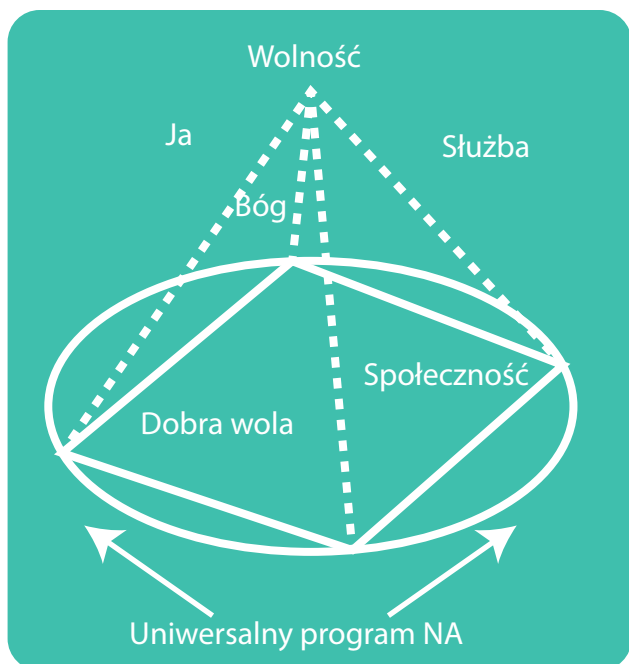
Podstawą skuteczności zdrowienia w NA jest wiara w terapeutyczną wartość pomocy udzielanej przez jednego uzależnionego drugiemu. Członkowie biorący udział w mityngach NA, dzielą się swoim doświadczeniem i zdrowieniem z uzależnienia od narkotyków. Mityngi NA mają nieformalną strukturę organizacyjną i odbywają się w miejscach wynajmowanych przez grupę oraz są prowadzone rotacyjnie przez członków, którzy na przemian je otwierają i zamykają. Mityngi NA oraz inne czynności grupy są całkowicie finansowane z dobrowolnych datków członków grupy oraz ze sprzedaży literatury dotyczącej

zdrowienia w NA. Nie są przyjmowane finansowe darowizny od osób niebędących członkami NA.

Większość mityngów jest organizowana regularnie o tej samej godzinie w danym dniu tygodnia, zazwyczaj w miejscach publicznie dostępnych. Istnieją dwa typy mityngów – mityngi otwarte dla wszystkich oraz zamknięte (wyłącznie dla uzależnionych). Mityngi bardzo różnią się swoim charakterem. Dzieli się na: mityngi uczestnictwa, w których wszyscy chętni dzielą się swoim doświadczeniem, mityngi spikerskie, mityngi pytań i odpowiedzi, mityngi tematyczne oraz pewne kombinacje powyższych przykładów. Celem każdego mityngu jest zawsze to samo: stworzenie odpowiedniego i wiarygodnego środowiska dla indywidualnego zdrowienia.

Jak działa NA?

Uzależnieni pomagający sobie nawzajem w zdrowieniu to podstawa NA. Członkowie NA spotykają się regularnie i opowiadają o swoich doświadczeniach ze zdrowienia. Bardziej doświadczeni (znani jako sponsorzy) pracują indywidualnie z członkami o krótszym stażu we Wspólnocie.



Trzonem programu NA jest Dwanaście Kroków. Te Kroki to przewodnik, wskazujący praktyczną drogę zdrowienia. Dzięki Krokom i ścisłej współpracy z innymi członkami Wspólnoty uzależnieni dowiadują się, jak skutecznie zaprzestać zażywania narkotyków

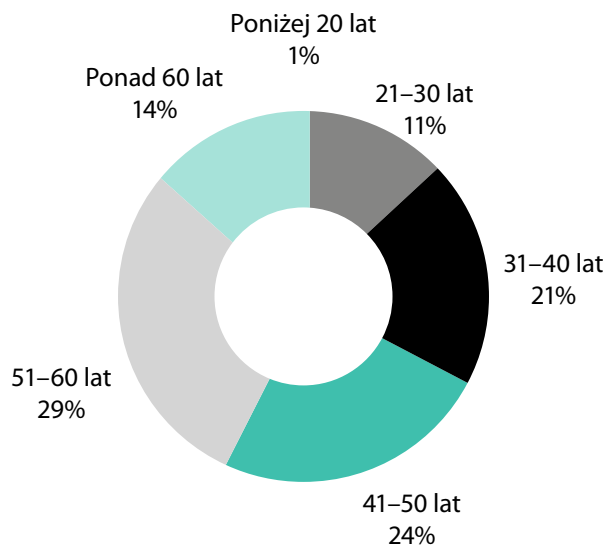
i w jaki sposób stawiać czoła życiowym wyzwaniom dnia codziennego.

Anonimowi Narkomani nie są wspólnotą religijną i nie faworyzują żadnej konkretnej religii. NA uczy podstawowych zasad duchowych, które można stosować w codziennym życiu, takich jak szczerłość, otwartość umysłu, wiara, wola oraz współczucie. Zastosowanie tych zasad w codziennym życiu jest zależne od indywidualnej woli każdego z członków Wspólnoty. Zdrowienie w NA nie polega na cudownym wyleczeniu, następującym po upływie określonego czasu. Jest to swoisty proces, ciągły i osobisty. Każdy człowiek podejmuje indywidualną decyzję dotyczącą przyłączenia się do NA i każdy zdrowieje we własnym tempie.

Wskaźniki i demografia

Wspólnota Anonimowych Narkomanów nie prowadzi żadnych statystyk dotyczących utrzymywania długo-

Ryc. 1. Wiek członków NA.



Ryc. 2. Płeć członków NA.



terminowej abstynencji przez jej członków. Jedynym wyznacznikiem sukcesu NA jest dynamiczny wzrost liczby grup Anonimowych Narkomanów w okresie ostatnich kilku lat oraz gwałtowne rozprzestrzenienie się Wspólnoty Anonimowych Narkomanów poza granice Ameryki Północnej.

W 1978 roku było zarejestrowanych blisko 200 grup NA w trzech krajach; w 1982 roku w 11 krajach działało już 1200 grup; w 1993 roku w 60 krajach funkcjonowało 13 tys. grup, organizujących 19 tys. mityngów; w kwietniu 2008 roku w 130 krajach odbywało się ponad 50 tys. cotygodniowych mityngów; w kwietniu 2016 roku oszacowano, że w 139 krajach odbywało się około 67 tys. cotygodniowych mityngów.

Gdy przyjrzymy się strukturze wiekowej członków NA, to największą grupę stanowią osoby mieszczące się w przedziale 51-60 lat (29%), 24% stanowią osoby w wieku 41-50 lat, 21% to 31-40-latkowie, 14% to osoby mające ponad 60 lat, 11% to członkowie w wieku 21-30 lat, a najmniej osób (1%) stanowią te w wieku poniżej 20 lat (ryc. 1.). Do Wspólnoty uczęszcza więcej mężczyzn (59%) niż kobiet (41%) (ryc. 2.)².

NA w społeczności

Komitety działające na zasadzie wolontariatu i składające się z członków NA powstają w celu wykonywania wielu służb wewnątrz Wspólnoty. NA nie przyjmuje darowizn finansowych od osób niebędących członkami, nie zatrudnia żadnych zawodowych doradców, nie prowadzi żadnych przychodni oraz nie posiada nieruchomości. Poniżej znajduje się lista służb, których mogą się podejmować lokalne grupy NA.

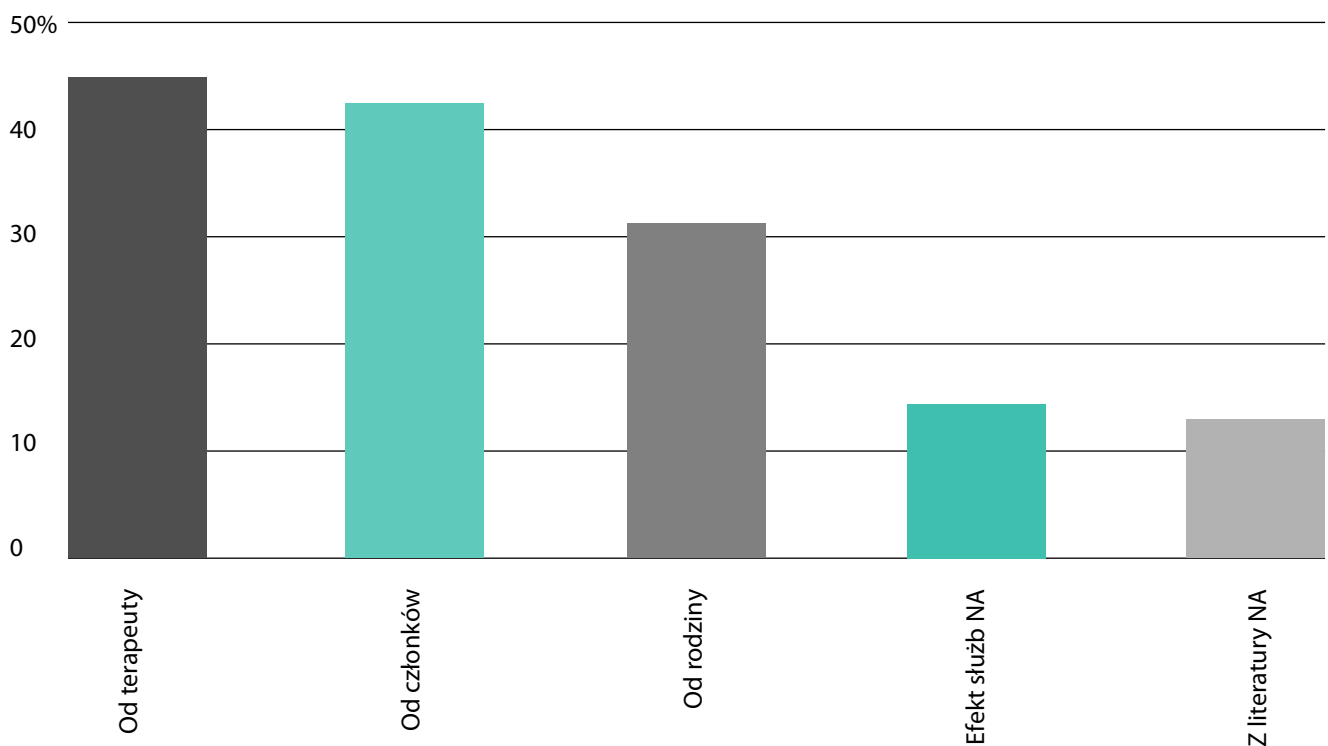
Mityngi informacyjne mogą być prowadzone przez członków NA w celu informowania społeczności lokalnej o istnieniu Wspólnoty Anonimowych Narkomanów oraz o możliwych formach pomocy ze strony NA.

Konferencje i wykłady o zdrowiu są imprezami organizowanymi przez profesjonalne organizacje, na których NA może wystawić stoisko lub przekazywać informacje podczas warsztatów.

Prezentacje są często przeprowadzane dla duszpasterzy, pracowników policji, sędziów, doradców, pielęgniarek, lekarzy oraz pedagogów i nauczycieli, a także dla innych grup zawodowych w celach informacyjnych.

Ogłoszenia publiczne mogą dostarczać informacje o NA przeznaczone do wiadomości publicznej poprzez

Ryc. 3. Jak się dowiedzieliście o Wspólnocie.



środki przekazu (prasa, radio, telewizja, billboardy, naklejki w środkach komunikacji publicznej oraz plakaty).

Komitet infolinii może przekazywać informacje o mityngach oraz ogólne informacje o całym NA.

Listy lokalnie ustalonych mityngów zawierają pełną informację o dokładnej godzinie oraz miejscu odbywających się mityngów. Są one powszechnie dostępne.

Służba w szpitalach i instytucjach jest prowadzona przez lokalne komitety za pomocą organizowanych mityngów/prezentacji w celu przedstawienia uczestniczącym osobom ogólnych podstaw programu Anonimowych Narkomanów.

Niosą one posłanie zdrowienia w NA uzależnionym, którzy nie mają możliwości swobodnego i regularnego uczestniczenia w mityngach NA. Mityngi lub prezentacje są przeprowadzane w szpitalach, więzieniach, ośrodkach terapeutycznych, placówkach detoksykacyjnych oraz w innych instytucjach.

Komitet Literatury dysponuje dużym wyborem książek, broszur i ulotek, wydanych także dużym drukiem, oraz nośników audio i e-booków. Literatura Anonimowych Narkomanów jest publikowana w języku angielskim oraz wielu innych językach.

Jak można się skontaktować ze Wspólnotą Anonimowych Narkomanów?

Informacje o NA są umieszczone na stronie internetowej www.anonimowinarkomani.org. Tam można uzyskać numery infolinii oraz wykaz list z informacjami o czasie i miejscu mityngów odbywających się w Polsce. Infolinie są obsługiwane przez zdrowiejących uzależnionych lub przez osoby mające możliwość kontaktu ze zdrowiejącymi członkami NA. Zostały one utworzone, aby pomóc dzwoniącemu w znalezieniu najbliższego mityngu. Wykonanie telefonu na infolinię to dobry pomysł na początek, jeżeli ktoś ma jakiegokolwiek pytania dotyczące NA.

Jeżeli masz pytania dotyczące Wspólnoty Anonimowych Narkomanów, możesz także skontaktować się ze Światowym Biurem Służb NA (*World Service Office*) na stronie www.na.org. W Światowym Biurze Służb można uzyskać wszelką informację dotyczącą mityngów lub konkretnych służb, jak również pełną listę dostępnej literatury NA przydatnej w zdrowieniu.

Przypisy

¹ Dla podkreślenia jedności z ogólnosiwiatowym ruchem *Narcotics Anonymous* Anonimowi Narkomani w Polsce używają skrótu NA, a nie AN.

² Dane pochodzą z 23 tys. ankiet wypełnionych przez NA.

Dane kontaktowe najważniejszych miejsc NA

Informacja Publiczna NA w Polsce
+48 534 054 370
info@anonimowinarkomani.org

Fundacja Biuro Służby Regionalnej
NA w Polsce
ul. Legnicka 65, 54-206 Wrocław
bsr@anonimowinarkomani.org

Biuro Światowe – World Service Office
PO Box 9999
Van Nuys, California 91409 USA
(818) 773-9999
(818) 700-0700
info@na.org

WSO Oddział Europejski – World Service Office
48 Rue de l'Été/Zomerstraat
B-1050 Brussels, Belgium
+32 2-646-6012
+32 2-649-9239
info@na.org

Zaburzenie grania w gry internetowe zostało określone w DSM V jako obszar wymagający dalszych badań. Grupa specjalistów pracujących nad rewizją DSM nie zdecydowała się włączyć do niej długo dyskutowanego zaburzenia czy uzależnienia od internetu w związku ze zbyt szerokim zakresem aktywności, które wchodziły w jego skład.

KONTROWERSJE WOKÓŁ ZAPROPONOWANEGO W DSM V ZABURZENIA GRANIA W GRY

Magdalena Rowicka
Instytut Psychologii
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Część badaczy podkreśla, że uzależnienie od internetu to jak uzależnianie od butelki – nie uzależniamy się od medium, tylko od jego zawartości. Dlatego uzależnienie od hazardu on-line to jednak uzależnienie od hazardu, tyle że świat wirtualny daje nowe możliwości. Oglądanie pornografii on-line to w dalszym ciągu pornografia, tylko dostępna w inny sposób. W związku z tak dużą różnorodnością zachowań podejmowanych on-line, badacze doszli do wniosku, że jedynie granie w gry internetowe (np. gry typu MMO albo RPG, ale za pośrednictwem komputera i bardzo często także internetu) jest na tyle specyficzne i nowe (tzn. niewystępujące bez komputera i internetu), że można doszukiwać się w nim nowej formy problemowego zachowania (a używając nieco bardziej formalnego języka – zaburzenia).

Dlaczego gry?

W ciągu ostatnich lat rynek gier komputerowych zwiększył się zarówno pod względem liczby graczy, rodzaju oferowanych gier, jak i ich wartości. Przeciętny gracz poświęca na granie ponad 6 godzin w tygodniu, jego średni wiek to 34 lata, aż 40% w tej grupie to kobiety. Taki obraz nie jest spójny ze stereotypem,

według którego grają nastoletni chłopcy (Kuss, Griffiths & Pontes, 2017).

Do najpopularniejszych gier należą tzw. *Massively Multiplayer Online Role-Playing Games* (MMORPGs), które w 2013 roku były wybierane niemal przez połowę graczy. Obecnie także inne gry zyskują na popularności, np. *Multiplayer Online Battle Arena* (MOBA) czy *League of Legends*. Znakoμίta większość gier pozwala na wykreowanie swojej postaci (od decyzji dotyczącej tego, czy jesteśmy po dobrej czy złej stronie, po kolor oczu i posturę naszego avatara). Badacze zajmujący się tematyką grania sugerują, że może być ono motywowane m.in. przez chęć

Badacze zajmujący się tematyką grania sugerują, że może być ono motywowane m.in. przez chęć osiągnięcia czegoś, chęć przebywania w grupie (tzw. motywy społeczne) czy chęć przeżycia czegoś, co pochłonie nas bez reszty. Część badań wręcz sugeruje, że to motyw społeczny jest najsilniejszy i może nieść ze sobą najdotkliwsze konsekwencje nieadaptacyjne.

osiągnięcia czegoś (rywalizacyjną lub nie), chęć przebywania w grupie (tzw. motywy społeczne) czy chęć przeżycia czegoś, co pochłonie nas bez reszty (co nazywane jest imersją). Część badań wręcz sugeruje, że to motyw społeczny jest najsilniejszy i może nieść ze sobą najdotkliwsze konsekwencje nieadaptacyjne. Warto jednak zaznaczyć, że nie do końca wiemy, czy motywacja społeczna odnosi się do bycia akceptowanym w grupie, do poznawania nowych osób czy też do poznawania osób o podobnych zainteresowaniach, ale wyniki badań są spójne co do znaczenia wymiaru społecznego, tj. możliwości wchodzenia w interakcje,

których celem jest osiągnięcie celu w grze. Ponadto motywacja społeczna, wraz z motywacją osiągnięć i motywacją ucieczkową, wyjaśnia ok. 20% wariacji uzależnienia od grania, co oznacza, że jeśli jednostka gra, mając te motywacje, to ma nieco większe szanse, aby się uzależnić niż w przypadku innych motywacji (np. w celach relaksacyjnych czy dla fantazjowania) (Kuss & Griffiths, 2012). Same mechanizmy obecne w grach zwiększają prawdopodobieństwo uzależnienia i grania problemowego. Do takich mechanizmów należą m.in. nieregularne wzmocnienia (coraz dłuższe odstępy pomiędzy kolejnymi wzmocnieniami).

Zaburzenie grania w gry: internetowe, komputerowe, on-line czy off-line?

W najnowszej rewizji DSM, DSM V, wprowadzono dwie ważne zmiany w zakresie uzależnień behawioralnych: pierwsza dotyczy zmiany pozycjonowania zaburzenia związanego z graniem w gry hazardowe (jako nową kategorię uzależnień nie od substancji), druga – propozycji opisanie nowego zaburzenia wraz z jego kryteriami diagnostycznymi – zaburzenia grania w gry internetowe. Kontrowersyjne okazały się zarówno kryteria diagnostyczne, jak i sam zakres definicyjny i nazwa zaburzenia. Oficjalnie zaburzenie nosi nazwę *Internet Gaming Disorder*, ale część specjalistów podważa użycie samego odniesienia do internetu i sugeruje użycie sformułowania *video gaming disorder* (albo w skrócie *gaming disorder*) (Griffiths & Pontes, 2014). Tłumaczenie na język polski nie jest łatwe, gdyż gry wideo kojarzą się z odtwarzaczami kaset VHS, a wersja skrócona – zaburzenie grania (dosłowne tłumaczenie *gaming disorder*), kojarzy się z grami hazardowymi. W języku angielskim rozróżnienie tych dwóch rodzajów gier jest oczywiste – słowo *gambling* jest używane w przypadku hazardu, *gaming* w przypadku innych gier. Zatem kontrowersje dotyczące nazewnictwa omawianego w artykule zaburzenia są zarówno natury merytorycznej (czy

używać słowa internet czy on-line, a może wideo), jak i językowej (jak tłumaczyć na język polski, aby zachować niuanse merytoryczne).

Reasumując, pod dużym znakiem zapytania stoi kwestia, czy gry, które mają potencjał uzależniający, to tylko te, w które gra się za pośrednictwem internetu, czy także te, które pobiera się za pośrednictwem internetu (lub fizycznie), ale gra się bez interakcji z innymi graczami? Innymi słowy, czy gry opisane w DSM V to gry typu on-line czy off-line, czy to nie ma znaczenia, bo ważny jest mechanizm samej gry, a to, czy można wchodzić w interakcje z innymi graczami lub nie, jest drugorzędne? Część badaczy wskazuje na motywację społeczną i jej rolę w procesie nadużywania czy wręcz uzależniania się od grania, co by sugerowało, że gry typu on-line mają większy potencjał patologizacji. Ale warto zwrócić uwagę na samą konstrukcję gier, które nazywane są grami off-

W ciągu ostatnich lat rynek gier komputerowych zwiększył się zarówno pod względem liczby graczy, rodzaju oferowanych gier, jak i ich wartości. Przeciętny gracz poświęca na granie ponad 6 godzin w tygodniu, jego średni wiek to 34 lata, aż 40% w tej grupie to kobiety. Taki obraz nie jest spójny ze stereotypem, według którego grają nastoletni chłopcy.

line – to prawda, nie ma w nich możliwości wchodzenia w interakcję z innym człowiekiem, ale to nie znaczy, że w grze nie ma możliwości interakcji. W tego typu grach postać, w jaką wciela się gracz, podobnie jak główny bohater w książce, przeżywa pewną historię i bardzo często potrzebuje wchodzić w kontakt z innymi postaciami/bohaterami. Za przykład może posłużyć książka i film „Wiedźmin” – czytając/oglądając jesteśmy obserwatorami jednego scenariusza, podczas gdy w grze,

w zależności od naszych decyzji, relacja naszego bohatera z inną postacią może być inna. Ponadto każda z kolejnych decyzji ma swoje konsekwencje, to znaczy określa, w jaki sposób będzie wyglądała nasza historia. Można postawić hipotezę mówiącą o tym, że rodzaj gry (on-line czy off-line) jest wybierany ze względu na pewne uwarunkowania psychologiczne jednostki, np. w przypadku podwyższonej ekstrawersji, tj. bycia towarzyskim, aktywnym czy lubiącym zabawę, granie w gry stanowi kolejny wymiar zaspokajania swoich potrzeb; taka osoba prawdopodobnie wybierze gry on-line, czyli takie, gdzie może wchodzić w interakcję z innymi graczami, jest otwarta na nowe

doświadczenia, nie obawia się nieznanego. Natomiast osoba o niskiej ekstrawersji i być może podwyższonej neurotyczności, czyli niepełna, a nawet lękowa, będzie się nieco bardziej obawiała takich gier, gdyż może się w nich wydarzyć wszystko (np. od akceptacji w grupie po agresywne zachowania). Zatem można założyć, że obniżone kompetencje psychospołeczne, obniżona samoocena i niska ekstrawersja (a może także podwyższona neurotyczność) stanowią czynniki ryzyka nadużywania grania – gier on-line w przypadku pozytywnych z nimi doświadczeń lub gier off-line w przypadku wysokiego lęku.

Krytyka kryteriów diagnostycznych

Dwadzieścia lat badań nad światem wirtualnym zaowocowało postawieniem hipotezy mówiącej o tym, że do potencjalnych konsekwencji nieprawidłowego używania (nadużywania) technologii i uzależnień należą te same symptomy (m.in. zaabsorbowanie, modyfikacja nastroju, objawy odstawiennicze, wzrost tolerancji, konflikt, nawrót). Wątpliwości budzi jednak brak albo bardzo ograniczony dorobek empiryczny, na podstawie którego nie można potwierdzić jeszcze występowania poszczególnych objawów. W związku z czym w literaturze można spotkać się z krytyką, której poddawane są poszczególne kryteria.

Kryterium zaabsorbowania jest krytykowane ze względu na próbę patologizacji codziennego grania, podczas gry być może staje się ono częścią codziennego życia dla nowego pokolenia (Griffiths i in., 2016). Poza tym gry stały się na tyle skomplikowane, że spędzanie czasu na dyskusji nad strategiami nie jest tym samym, co planowanie w przypadku hazardu (iluzja kontroli). Zdarza się, że gracze grają przez 5 minut, po czym godzinami dyskutują, jaką strategię

przyjąć, aby pokonać przeciwnika. W takiej sytuacji rozwijają oni zarówno umiejętności komunikacyjne, czasem językowe (zespoły są międzynarodowe), jak i myślenia krytycznego, logicznego i strategicznego. Kolejnym kryterium, które jest poddawane krytyce, jest obecność symptomów odstawiennych. W przypadku uzależnienia od substancji do symptomów odstawiennych należą zmiany neurobiologiczne i mimo iż część badań potwierdza obecność takich zmian także w przypadku nagłego zaprzestania

grania, to należy pamiętać, że negatywne emocje i być może brak umiejętności radzenia sobie z nimi, które utrzymują się przez kilka godzin po odseparowaniu od gry, nie mogą stanowić symptomów odstawiennych (Griffiths i in., 2016). Przegląd literatury, opublikowany w 2016 roku, wykazał, że wśród 10 badań jakościowych, 17 ilościowych i 7 klinicznych nie ma wystarczających danych potwierdzających występowanie tradycyjnie rozumianych symptomów odstawiennych (głównie za sprawą braku badań jakościowych).

Kryterium tolerancji także było krytykowane, głównie z powodu sformułowania: „Czy masz poczucie, że powinieneś grać mniej, ale nie jesteś w stanie ograniczyć czasu spędzanego na graniu?”, które nie sugeruje indywidualnej potrzeby ograniczenia grania, ale np.

wymagania ze strony rodziców (Griffiths i in., 2016). Ale najważniejszym argumentem krytycznym jest fakt, że Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Uzależnień uznało, że symptomy odstawiennicze i tolerancja nie zawsze są obecne w uzależnieniach (American Society of Addiction Medicine, 2011), co jest, po pierwsze, relatywnie innowacyjnym podejściem, i po drugie, nie jest uznawane przez część klinicystów. Kryterium związane z porzucaniem innych aktywności na rzecz grania również było krytykowane.

Zaburzenie grania w gry komputerowe budzi wiele kontrowersji, choć większość badaczy jest zgodna, że sama koncepcja problemowego grania w gry komputerowe jest zjawiskiem obecnym i niesie ze sobą negatywne konsekwencje, porównywalne z uzależnieniami. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich graczy, tylko niewielkiej ich części, ale specjaliści ostrzegają, że problemowe granie w gry będzie coraz powszechniejszym zjawiskiem w nadchodzących latach. W związku z tym najważniejszym kierunkiem działań powinna być profilaktyka, a nawet promocja zdrowia psychicznego.

Z jednej strony zmiany w zainteresowaniach dzieci i młodzieży są rozwojowe, z drugiej ograniczanie czynności, które poprzednio sprawiały przyjemność, jest także symptomem depresji, która często towarzyszy uzależnieniu (Griffiths i in., 2016). Zatem to kryterium może nie być charakterystyczne jedynie dla grania. Podobnie kryterium związane z angażowaniem się w granie na skutek nieradzenia sobie z negatywnym nastrojem, które może mieć większą moc w diagnozowaniu pierwotnych zaburzeń nastroju, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe.

Co więcej, zaburzenie grania bardzo często występuje z depresją, lękiem czy ADHD. Kierunek zależności pozostaje pod znakiem zapytania, tzn. czy to zaburzenie grania prowadzi do depresji, lęku czy ADHD, czy też odwrotnie, choć w przypadku samego ADHD spodziewamy się, że to zaburzenie jest pierwotne, a granie wtórne.

Kryterium kontynuowania grania mimo świadomości negatywnych konsekwencji jest chyba jedynym, co do którego panuje konsensus (Griffiths i in., 2016). Kryterium związane z utratą lub narażeniem na szwank ważnych relacji lub szans nie znalazło wystarczającego potwierdzenia w literaturze. Badacze sugerują, że być może (zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży) większy nacisk należałoby położyć na utracone szanse i możliwości niż faktyczne straty. Jest to motywowane tym, że dzieci mogą nie tracić przyjaciół, tylko ich w ogóle nie mieć i stracić szanse na nawiązanie znajomości.

Podsumowanie

Zaproponowane nowe zaburzenie budzi wiele kontrowersji, choć większość badaczy jest zgodna, że sama koncepcja problemowego grania w gry komputerowe jest zjawiskiem obecnym i niesie ze sobą negatywne konsekwencje, porównywalne z uzależnieniami. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich graczy tylko niewielkiej ich części, ale specjaliści ostrzegają, że problemowe granie w gry będzie coraz powszechniejszym zjawiskiem w nadchodzących latach. W związku z tym najważniejszym kierunkiem działań powinna być profilaktyka, a nawet promocja zdrowia psychicznego. Jednak pozostają co najmniej dwie kwestie, które budzą wątpliwości, po pierwsze, ustalenie, które gry mają potencjał uzależniający (komputerowe, interne-

towe) i które ich aspekty i dlaczego mogą prowadzić do niezamierzonego celu. Po drugie, wymienione w DSM V kryteria w większości są krytykowane ze względu na albo zbyt mało danych empirycznych, albo ze względu na stosowany język. Warto jednak zaznaczyć, że tak opisane kryteria okazały się być bardzo trafne w ocenie samego zaburzenia – pomiędzy 85% a 90% prawidłowo zdiagnozowanych osób (Ko i in., 2014).

Aby odpowiedzieć na wiele pytań pojawiających się w obszarze zaburzenia grania w gry, potrzebne są dalsze badania, zarówno ilościowe, jak i jakościowe, przekrojowe i podłużne, kliniczne i specyficznych grup o zwiększonej podatności (grup podwyższonego ryzyka). Pomogłyby one odpowiedzieć m.in. na pytania: Jaki jest związek pomiędzy zaburzeniem grania w gry a innymi zaburzeniami (w tym głównie ADHD)?, Jaka jest natura zaburzenia grania w gry i które objawy są wspólne z typowym obrazem uzależnień od substancji (np. neurobiologiczny)?, Jakie są czynniki chroniące przed uzależnieniem i gdzie jest granica pomiędzy silnym zaangażowaniem a problemowym użytkowaniem?

Bibliografia

- American Society of Addiction Medicine. (2011). Definition of addiction. Retrieved from <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- Griffiths M.D., van Rooij A., Kardefelt-Winther D., Starcevic V., Király O., Pallesen S., Müller K., Dreier M., Carras M., Prause N. & King D.L., „Working towards an international consensus on criteria for assessing Internet Gaming Disorder: A critical commentary on Petry et al.” (2014). *Addiction*, 111 (1), 2016, 167-175.
- Griffiths M.D., Pontes H.M., „Internet Addiction Disorder and Internet Gaming Disorder are not the same”, *Journal of Addiction Research and Therapy*, 5, e124, 2014.
- Ko C.H., Yen J.Y., Chen S.H., Wang P.W., Chen C.S., Yen C.F., „Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan”, *Journal of Psychiatric Research*, 53, 2014, 103-110.
- Kuss D.J., Griffiths M.D., „Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10 (2), 2012, 278-296.
- Kuss D., Griffiths M., Pontes H., „Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field”, *Journal of Behavioral Addictions* 6 (2), 2017, 103-109.

Wprowadzenie art. 70a do obowiązującego ustawodawstwa miało określony cel. Chodziło mianowicie o zwiększenie częstotliwości stosowania art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Artykuły te przewidują możliwość zawieszenia postępowania karnego wobec oskarżonego uzależnionego od narkotyków lub używającego tych substancji szkodliwie, który popełnił przestępstwo związane z używaniem narkotyków zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 5.

ART. 70A USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII I JEGO ZNACZENIE DLA POSTĘPOWANIA KARNEGO I LECZENIA UŻYTKOWNIKA NARKOTYKÓW

*Krzysztof Grabowski, Małgorzata Pawłowska, Ewa Wymazała
MONAR Kraków*

Związek między narkotykami a przestępczością zawsze był przedmiotem zainteresowania kryminologów. Jedni w narkotykach dostrzegali przyczynę przestępczości, inni twierdzili, że w tych substancjach nie ma niczego, co prowadziłoby do łamania prawa. Osobną kwestią jest status prawny narkotyków, które zasadniczo na całym świecie pozostają nielegalne. Trudno definitywnie określić kryminogenność narkotyków. Niewątpliwie jednak znaczna część sprawców przestępstw narkotykowych, to osoby używające narkotyków. Obecnie obowiązujące prawo zawiera przepisy umożliwiające wszechstronną diagnozę tych sprawców przestępstw¹.

Przepisy prawa regulujące diagnozę sprawców przestępstw

Podstawę prawną takiej diagnozy stanowi art. 70a ust. 1 Ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii². Przepis ten nakłada na prokuraturę lub sąd obowiązek zarządzenia zebrania przez specjalistę terapii uzależnień informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Szczegóły zbierania informacji przez specjalistę terapii uzależnień określa wydane na podstawie art. 70a ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych³. W tym

miejscu nie jest zasadne przytaczanie treści przepisów zawartych w rozporządzeniu. Warto jednak skupić się na kilku kwestiach niewynikających bezpośrednio z ich treści.

Przede wszystkim uwagę zwraca rozbudowanie kwestionariusza zebrania informacji. Kwestionariusz wymaga zebrania informacji w sprawach m.in. socjalno-bytowych (bezdomność, rodzina, zadłużenie), zdrowotnych (niepełnosprawność, diagnoza choroby psychicznej, wcześniejsze leczenie psychiatryczne) oraz używania substancji psychoaktywnych (rodzaj używanych substancji, częstotliwość używania, występowanie zjawisk towarzyszących używaniu). Na końcu kwestionariusza znajduje się rubryka obejmująca wnioski. W tej rubryce specjalista uzależnień diagnozuje wzorzec używania substancji psychoaktywnych oraz może nakreślić plan leczenia. W zakresie kierowania na leczenie wykształciła się zróżnicowana praktyka specjalistów terapii uzależnień. Jedni, bazując na autonomii pacjenta i jego istotnej roli w procesie leczenia, przedstawiają oskarżonemu listę placówek do wyboru lub przekazują mu informator zawierający informacje w tym zakresie, aby samodzielnie mógł on wybrać miejsce leczenia. Inni, akcentując wiedzę i doświadczenie wynikające z wykonywanego przez siebie zawodu, wręczają skierowanie do konkretnej placówki. Wzór postępowania w tym zakresie określa rekomendacja zawarta w notatce z 25 października 2012 roku ze spotkania specjalistów wpisanych do ewidencji osób uprawnionych do zebrania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających,

substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych. W świetle tej rekomendacji specjalista, opierając się na punkcie 10 kwestionariusza, może wydać skierowanie do konkretnej placówki oraz pomocniczo może dopisać obok adresu rekomendowanej przez siebie placówki zdanie *lub innej placówki wybranej przez pacjenta*⁴. Na pierwszy rzut oka niejasna może wydawać się kwestia uwzględniania w omawianej diagnozie informacji o używaniu tzw. dopalaczy. Ustawodawca w art. 70a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wskazuje obowiązek zebrania informacji nie tylko o używaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych potocznie nazywanych narkotykami, ale także o używaniu środków zastępczych. Pojęcie „środek zastępczy”, podobnie jak „nowa substancja psychoaktywna”, obejmuje dopalacze. W części kwestionariusza dotyczącej częstotliwości używania różnych substancji psychoaktywnych znajduje się rubryka *inne*. W tej rubryce można wpisywać dane dotyczące używania dopalaczy. Rozwiązanie to wydaje się być sensowne przede wszystkim dlatego, że używanie obu tych kategorii substancji psychoaktywnych stwarza podobne niebezpieczeństwo dla zdrowia człowieka i negatywnie wpływa m.in. na relacje rodzinne. Poza tym leczenie z powodu nadużywania tych substancji psychoaktywnych nie wykazuje się istotnymi różnicami.

W końcu należy wziąć pod uwagę, że znaczna część użytkowników substancji psychoaktywnych używa narkotyków i dopalaczy.

W literaturze tematu pojawiło się kilka przydatnych wskazówek do pracy dla specjalistów terapii uzależnień. Jedna z nich dotyczy danych dotyczących specjalisty terapii uzależnień zbierającego informacje do kwestionariusza. Dane te są publikowane w internecie, dlatego zamiast podawać własny adres zamieszkania jako adres korespondencyjny, lepiej jest podać adres placówki, w której specjalista pracuje. Specjalista, wybierając sądy, nie jest zobowiązany do konsultowania tego z wybranymi przez siebie placówkami, nie jest także

konieczna zgoda sądów, aby zadeklarować działania w ich obrębie. Poza tym zebranie informacji może się odbyć w miejscu zamieszkania oskarżonego, w komisariacie policji lub innym miejscu zaproponowanym przez specjalistę, jeśli ten dysponuje na przykład gabinetem terapeutycznym⁵.

Wprowadzenie art. 70a do obowiązującego ustawodawstwa miało określony cel. Chodziło mianowicie o zwiększenie częstotliwości stosowania art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Artykuły te przewidują możliwość zawieszenia postępowania karnego wobec oskarżonego uzależnionego od narkotyków lub używającego tych substancji szkodliwie, który popełnił

Wejście w życie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii otworzyło przed sprawcami przestępstw uzależnionymi lub używającymi szkodliwie substancji psychoaktywnych wiele możliwości. Uzyskali oni bowiem możliwość kontaktu z kadrą różnych podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Oskarżony być może pierwszy raz w życiu skontaktuje się ze specjalistą terapii uzależnienia i uzyska diagnozę w zakresie używania narkotyków.

przestępstwo związane z używaniem narkotyków zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 5. Zawieszenie postępowania następuje na okres leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym. Po zakończeniu stosowania tych oddziaływań zdrowotnych prokurator lub sąd decydują, czy dalej prowadzić postępowanie, czy je umorzyć. Dotychczasowe doświadczenia wskazywały na bardzo rzadkie stosowanie zawartej w art. 72 i art. 73 alternatywy leczniczej wobec skazania. Jedną z przeszkód był brak danych na temat używania przez oskarżonego narkotyków⁶. Jak można przeczytać, (...) *w aktualnej praktyce organów wymiaru sprawiedliwości*

w ogóle nie stosuje się środków o charakterze profilaktycznym, edukacyjnym i terapeutycznym, będących już dzisiaj do dyspozycji prokuratora czy sądu. Ich stosowanie wymaga bowiem zebrania pewnych podstawowych przynajmniej danych osobopoznawczych. Nałożenie takiego obowiązku ma więc na celu przede wszystkim stworzenie podstaw do tego, aby w stosunku do użytkowników narkotyków zaczęto stosować przepisy realizujące zasadę „leczyć zamiast karać”⁷. Wprowadzenie specjalisty terapii uzależnień do postępowania karnego miało te lukę zapełnić. Brak jest dowodów potwierdzających, że po wejściu w życie art. 70a rzeczywiście częściej zaczęto stosować alternatywy lecznicze. Bardziej prawdopodobne wydaje

się stwierdzenie, że stosowanie art. 72 i art. 73 nadal jest marginalne. Niemniej jednak na pewno zwiększyła się wiedza organów wymiaru sprawiedliwości na temat oskarżonego. Pozwala to na jego bardziej podmiotowe traktowanie i zastosowanie wobec niego bardziej adekwatnych środków reakcji prawnej.

Poza tym wejście w życie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii otworzyło przed sprawcami przestępstw uzależnionymi lub używającymi szkodliwie substancji psychoaktywnych wiele możliwości. Uzyskali oni bowiem możliwość kontaktu z kadrą różnych podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Oskarżony być może pierwszy raz w życiu skontaktuje się ze specjalistą terapii uzależnienia i uzyska diagnozę w zakresie używania narkotyków. Ponadto w trakcie zbierania informacji oskarżonemu może być przedstawiana lista podmiotów świadczących pomoc dla osób używających substancji psychoaktywnych. Specjalista terapii uzależnień poza przedstawieniem tej listy może także zmotywować do skorzystania z oferty któregoś z podmiotów. Skorzystanie z tej oferty niekoniecznie musi znaleźć przełożenie na postępowanie karne. Na pewno jednak udział w oddziaływaniach zdrowotnych pozytywnie rokuje dla zdrowia oskarżonego i jego wiedzy na temat narkotyków. Objęcie oskarżonego profilaktyką, leczeniem lub rehabilitacją wymaga jednak odpowiedniego podejścia specjalisty terapii uzależnień. Proces zleconej przez sąd diagnozy może zmienić więcej w życiu oskarżonego niż on sam by początkowo przypuszczał. Niezwykle istotna jest empatyczna i bez przekreślania na starcie oskarżonego postawa specjalisty terapii uzależnień. Uwzględnienie tych aspektów podczas spotkania może pozytywnie wpłynąć na motywację i myślenie oskarżonego o sobie samym i co za tym idzie na dokonanie przełomowych zmian we własnym życiu.

Osoba, która została skierowana na podstawie art. 70 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do specjalisty terapii uzależnień, najczęściej jest negatywnie ustosunkowana do diagnozy. Udział w zbieraniu informacji często budzi lęk i niepewność związane z możliwymi konsekwencjami prawnymi. Zarządzenie zebrania informacji przez sąd bądź prokuraturę jeszcze przed pojawieniem się na spotkaniu nadaje pejoratywne zabarwienie relacji specjalista–oskarżony. Często pierwszym celem, jaki stawia sobie oskarżony podczas

diagnozowania, jest uniknięcie przykrych konsekwencji prawnych. Z drugiej strony niestawiennictwo u specjalisty terapii uzależnień może pogorszyć sytuację procesową oskarżonego.

Bohdan Woronowicz zalicza osoby, które na terapię przychodzą pod presją prawną do grupy, która może sprawiać szczególne trudności w pracy terapeutycznej. Bardzo łatwo takie osoby niejako na wstępie przekreślić jako niezmotywowane. Wtedy może pojawić się mechaniczne podejście terapeuty do oskarżonego, pozbawione prawdziwej chęci pomocy i uprzedzenie wobec niego. Zanim terapeuta rozpocznie proces diagnozy, musi wyzbyć się przedwczesnych ocen na jego temat. Wymaga to od niego rezygnacji z szukania bezpieczeństwa w pozycji władzy. Widoczna postawa uprzedzenia może spowodować, że oskarżony zupełnie straci chęć do leczenia. Ponadto może nabrać przekonania, że wszystkie podmioty świadczące usługi w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji są negatywnie nastawione do takich osób jak on i ich celem nie jest rzeczywista pomoc. Oskarżony dość łatwo może się uprzedzić do podmiotów prowadzących profilaktykę, leczenie i rehabilitację. Przywołany autor zauważa, że wśród najczęstszych oporów przed podjęciem leczenia wyróżnić można:

- lęk przed stygmatyzacją,
- bagatelizowanie problemu,
- przekonanie, że samemu można poradzić sobie z uzależnieniem,
- negatywne lub błędne przekonania na temat terapii oraz osób, które ją prowadzą,
- obiektywna trudność w znalezieniu czasu i sposobu dotarcia na terapię⁸.

Wszystko to powoduje, że motywacja oparta na przymusie zewnętrznym jest niewystarczająca do osiągnięcia oczekiwanego rezultatu. Dość łatwo bowiem zauważyć, że osoba, która miała opór przed podjęciem leczenia, zanim została na nie skierowana przez sąd lub prokuraturę, jest przymuszona do zrobienia czegoś, co wcześniej uważała za pozbawione sensu. Takie nastawienie stoi w opozycji do postrzegania motywacji przez m.in. nurty samopomocowe, gdzie od klienta, zanim podejmie leczenie, są wymagane: świadomość, akceptacja i działanie⁹.

Niemniej jednak motywacja oparta na przymusie zewnętrznym może w pewnym zakresie być wykorzystana przez terapeutę. Żeby tak się stało, powinien on

empatycznie podejść do oskarżonego. Od pierwszych chwil prowadzenia z oskarżonym wywiadu relacja terapeutyczna powinna być oparta na zrozumieniu, motywowaniu i właśnie empatii. Z doświadczeń uzyskanych przez specjalistę terapii uzależnień Poradni Monar w Krakowie wynika, że takie osoby po odpowiednio przeprowadzonej pierwszej rozmowie nabierają motywacji do kontynuowania leczenia lub skorzystania z innych form dostępnej pomocy, np. rozmowa z dyżurującym prawnikiem lub udział w programie „Fred goes net”.

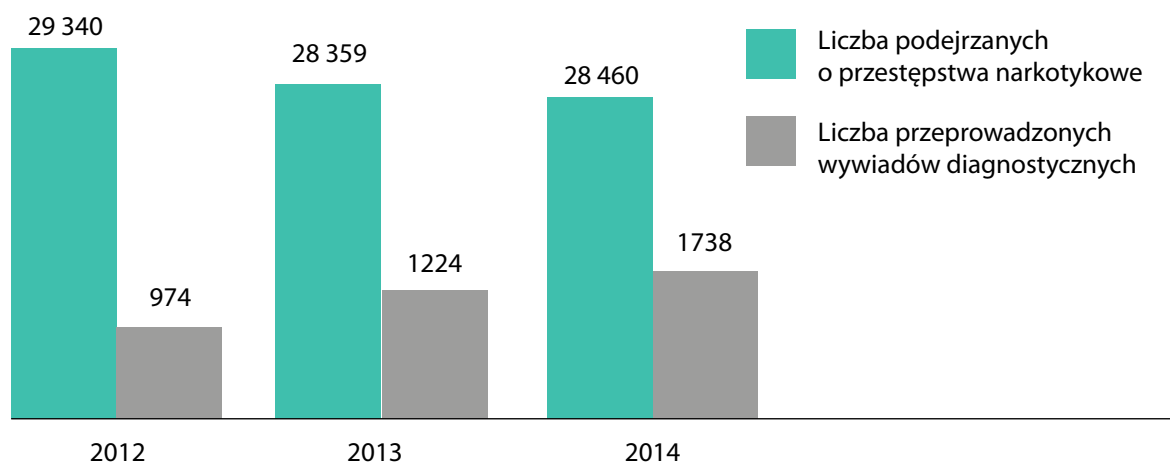
Otwarcie się na oskarżonego

Problematyka empatii w psychologii wydaje się być tak dobrze opracowana, że niekiedy pisze się o niej bez głębszej refleksji. Dla niektórych samo pomaganie osobom uzależnionym jest już empatią, ponieważ wywodzi się z altruistycznej idei pomocy drugiemu człowiekowi. Czym jednak jest, a czym nie jest empatia? Jedną z licznych definicji przedstawia empatię jako „reagowanie emocjonalne obserwatora spowodowane odczuciem, że ktoś inny doświadcza lub jest na drodze do doświadczenia jakiegoś rodzaju emocji”¹⁰. Ten komponent umożliwia odbiór prywatnego świata drugiej osoby jak naszego. Bez głębokiego, empatycznego zrozumienia oskarżony nie jest w stanie odczuć autentyczności terapeuty. Empatia jest więc kluczem do dobrego kontaktu diagnostycznego. Nie należy jej

jednak sprowadzać tylko do współodczuwania, ponieważ zawiera ono również zakres pewnych reakcji emocjonalnych, a nie jedynie odczytywanie przeżyć drugiej osoby.

Poza empatią Carl Rogers wyróżnia jeszcze pięć komponentów, które powinno się brać pod uwagę przy kontakcie z oskarżonym. Pierwszy z nich to świadomość pełnienia innych ról społecznych przez terapeutę i osobę skierowaną do niego. Kolejnym komponentem jest wrażliwość, którą wiąże się z lękiem odczuwanym przez jednostkę podczas pierwszego spotkania z terapeutą. Trzeci warunek to autentyczność, która jest związana z dogłębnym i swobodnym byciem sobą. Jest to zaprzeczenie stosowania maski¹¹, która chroni prawdziwe „ja” terapeuty. Taka autentyczność w kontakcie objawia się tym, że rzeczywiste doświadczenia znajdują odzwierciedlenie w świadomości. Kolejnym aspektem opisanym przez autora jest bezwarunkowa akceptacja. Głęboki stopień otwarcia się na drugą osobę umożliwi jej gotowość do dzielenia się przeżyciami, bycia pełnoprawnym i ważnym w relacji z terapeutą. W tym kontekście trzeba pamiętać, że oskarżeni, skierowani do specjalisty terapii uzależnień na podstawie art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, są postrzegani w społeczeństwie jako osoby winne naruszenia prawa, same też często czują się winne i mają obniżony poziom samooceny. Otwarta postawa otwiera nowe możliwości przed osobą, która zgłosiła się do terapeuty, może stanowić dla niej podstawę do wprowadzania zmian

Wykres 1. Liczba podejrzanych o popełnienie przestępstw narkotykowych w stosunku do liczby przeprowadzonych wywiadów diagnostycznych w latach 2012–2014.



w swoim życiu oraz wpływa na motywację do działania. Otwarcie się na oskarżonego może też zmienić jego autopercepcję oraz pomóc nabrać zaufania do terapeuty. Ostatni punkt wymieniony przez Rogersa to postrzeganie autentyczności, czyli odbiór osoby terapeuty jako tej, która kieruje się dobrem drugiej osoby i nie ma ukrytych celów¹².

Przedstawiony opis głębokiego i autentycznego zaangażowania w relację daje szansę osobie skierowanej na diagnozę na wyznaczanie nowych celów, głębsze zrozumienie własnych przeżyć oraz odkrycie uzdrawiającego charakteru relacji terapeutycznej. Spotkanie oskarżonego z terapeutą może przynieść znacznie lepsze efekty od tych, których oczekiwał oskarżony przed spotkaniem.

Głęboko autentyczna relacja nie powinna być jednak mylona z próbą przymusowego uświadamiania oskarżonemu jego problemów oraz oczekiwania od niego przemyśleń, na które nie jest jeszcze gotowy. Nie oznacza to również przekonywania na siłę, by zmienił coś w swoim życiu, skoro on nie widzi takiej potrzeby. Ważne jest wyjście naprzeciw jego potrzebom, nawet jeżeli nie oznacza to „spotkania w miejscu, w którym myśli terapeuta, że on jest, ale w miejscu, w którym on sam uważa, że jest”. Bezcelowe więc będzie przekonywanie kogoś do podjęcia terapii, jeśli jego jedynym celem jest uniknięcie przykrych konsekwencji prawnych. Decydowanie o swoim życiu jest prawem wyłącznie tego, do kogo ono należy¹³.

Niestety, przepis określający obowiązek zebrania informacji o używaniu substancji psychoaktywnych przez uzależnionego lub używającego szkodliwie sprawcy przestępstwa, jest rzadko stosowany. Trudno powiedzieć, ile rocznie powinno być przeprowadzanych diagnoz używania substancji psychoaktywnych przez sprawców przestępstw. Trudno to stwierdzić, bo trudno stwierdzić, ilu sprawców przestępstw jest uzależnionych względnie używa szkodliwie substancji psychoaktywnych. Przykładowo można porównać liczbę podejrzanych o popełnienie przestępstw narkotykowych z liczbą przeprowadzonych diagnoz. Oczywiście nie każdy podejrzany o popełnienie takiego przestępstwa używa substancji psychoaktywnych. Część z nich nie używa tych substancji i popełnia przestępstwa narkotykowe w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Niemniej jednak spora część podejrzanych to użytkownicy tych substancji. Przyjmując arbitralnie, że połowa podejrzanych

o popełnienie przestępstw narkotykowych częściej lub rzadziej używa substancji psychoaktywnych, widoczna staje się gigantyczna dysproporcja (wykres 1.)¹⁴. Zaniechanie stosowania art. 70a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii rodzi poważne konsekwencje w postępowaniu karnym. Jak bowiem zauważył Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 26 czerwca 2013 roku, materiały zebrane przez specjalistę terapii uzależnień są niezbędne do określenia stopnia winy sprawcy zarzuconych przestępstw narkotykowych¹⁵. W sytuacji wniesienia apelacji, ich brak w materiale dowodowym może stanowić podstawę uchylecia wyroku. Przedstawił to Sąd Okręgowy w Krakowie w wyroku z 7 maja 2015 roku, który stwierdził: (...) *nie realizując dyspozycji art. 70a ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii Sąd Rejonowy uchybił przepisom procedury, zaś uchybienie powyższe miało wpływ na treść wydanego w sprawie rozstrzygnięcia końcowego. Obligowało to Sąd Odwoławczy do uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego jej rozpoznania*¹⁶.

Przypisy

- J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, „Kryminologia”, Gdańsk 2006, s. 384-393.
- Dz.U. 2017 poz. 783.
- Dz.U. 2012 poz. 38.
- <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=2435474>.
- D. Wiczorek, „Nowe rozwiązania prawne i nowe zadania dla specjalistów uzależnień”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2012, nr 1, s. 19-21.
- B. Wilamowska, „Nowe regulacje prawne dotyczące narkotyków i narkomanii”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2011, nr 2, s. 12.
- Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2009, s. 10.
- B. Woronowicz, „Uzależnienia: geneza, terapia i powrót do zdrowia”, Wyd. Media Rodzina, PARNAMEDIA, Warszawa 2009, s. 158-161.
- Chodzi tu o slogan grup AA i AN: *Awareness, Acceptance and Action*.
- Definicja za E. Stotland, źródło: M.H. Davis, „Empatia. O umiejętności współodczuwania”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Błąd maski został opisany szerzej przez Antoniego Kępińskiego. Więcej na temat diagnozy w jego ujęciu w tekście: T. Gadacz, „Antoni Kępiński – myśliciel diagnostyczny”, Psychoterapia, nr 163, 2012, s. 19-26.
- J.O. Prochaska, J.C. Norcross, „Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna”, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 150-160.
- A. Tatarski, „Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007, s. 84-107.
- Dane statystyczne dotyczące liczby podejrzanych zostały pobrane ze strony Policji: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przestepczosc-narkotyki/50892,Przestepczosc-narkotykowa.html>. Dane statystyczne dotyczące liczby wywiadów zostały pobrane ze strony Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=2435953>.
- II AKa 57/13.
- IV K 309/15.

POLSKA MŁODZIEŻ A.D. 2016

A UZALEŻNIENIA

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Na początku lat 90. Fundacja CBOS rozpoczęła realizację badań w szkołach na uczniach ostatnich klas szkół ponadpodstawowych (obecnie ponadgimnazjalnych). Od 2003 roku badanie jest współfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Ostatni pomiar został przeprowadzony pod koniec 2016 roku na ogólnopolskiej losowej próbie 82 dziennych szkół ponadgimnazjalnych – liceów, techników (oraz liceów profilowanych, zawodowych lub technicznych) i zasadniczych szkół zawodowych (z wyłączeniem szkół specjalnych). W większości były to osoby w wieku 18-19 lat; łącznie w badaniu udział wzięło 1724 uczniów. Wywiady zostały zrealizowane metodą audytoryjną – uczniowie, samodzielnie i anonimowo, wypełniali ankiety w czasie jednej godziny lekcyjnej.

Palenie papierosów

Badania realizowane w latach 1992–2003 wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (z 23% do 31%), jednak w roku 2008 odnotowaliśmy spadek w tym zakresie (do 22%). Obecnie możemy mówić o stabilizacji tego wskaźnika – w 2016 roku regularne palenie deklarowało 21% badanych. Odsetek uczniów, którzy palą tylko w wyjątkowych sytuacjach, wzrósł z 16% w 2008 roku do 21% w 2013 roku, i uległ zahamowaniu w 2016 roku (20%). Najmniej uczniów niepalących było w 2003 roku (50%). W ostatnim badaniu 59% uczniów odpowiedziało przecząco na pytanie o palenie papierosów (tyle samo ile w 1992 i 2010 roku). Niepalenie deklarowało 60%

dziewcząt (63% w 2013 roku) i niewiele mniej chłopców – 58% (w 2010 roku 51%). Wyniki ostatniego pomiaru pokazały wzrost odsetka niepalących wśród chłopców, a spadek wśród dziewcząt. W 2016 roku, podobnie jak trzy lata wcześniej, niepaląca młodzież to najczęściej uczniowie liceów ogólnokształcących (65%). We wszystkich dotychczasowych pomiarach najniższe odsetki niepalących odnotowywano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych. W 2016 roku ten trend się utrzymał – dwie piąte spośród nich zadeklarowało, że nie pali papierosów (39%). W badaniu z 2016 roku, spośród uczniów uważających sytuację materialną swojej rodziny za dobrą, nie palilo 60%, a spośród tych, którzy określili warunki materialne w rodzinie jako złe – 51%. Analizując wykształcenie rodziców, to z badań prowadzonych w latach 90. wynikało, że wyższe wskaźniki regularnego palenia dotyczyły uczniów, których rodzice mieli wyższe wykształcenie, a niższe – dzieci rodziców z wykształceniem podstawowym. W 2008 roku zarejestrowano zależność odwrotną: wyższe wykształcenie rodziców łączyło się z niskim wskaźnikiem regularnego palenia papierosów przez uczniów. Wówczas odnotowano 22% regularnych palaczy wśród uczniów wychowywanych przez matki z wyższym wykształceniem i 29% – wśród mających matki z wykształceniem podstawowym. Podobnie było z wykształceniem ojców (odpowiednio 16% i 24%). W roku 2010 wykształcenie rodziców w zasadzie nie było zmienną różnicującą. Wśród uczniów wychowywanych przez matki z wykształceniem wyższym było 19% regularnych palaczy,

Tabela 1. Palenie papierosów¹ (%).

	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16
Tak, regularnie	23	27	25	30	31	22	23	21	21
Tak, ale tylko w wyjątkowych sytuacjach	18	15	15	17	18	16	17	21	20
Nie	59	58	60	54	50	62	59	58	59

a wśród mających matki z wykształceniem podstawowym – 25%. Jednak w przypadku wykształcenia ojców proporcje były odwrotne (odpowiednio 25%, jeśli było ono wyższe, i 21%, jeśli było podstawowe). Wyniki ostatnich pomiarów, z 2013 i 2016 roku, pokazują, że im wyższe wykształcenie ojca i matki, tym wyższe odsetki deklarujących palenie. W 2016 roku w przypadku podstawowego wykształcenia ojca papierosy paliło 54% badanych, a wyższego – 64%. Podobnie w odniesieniu do wykształcenia matki – najmniejszy odsetek palących odnotowano w grupie uczniów mających matki z wykształceniem podstawowym (56%), a większy – z wyższym (63%).

Na wskaźniki związane z paleniem papierosów wpływ ma uczestnictwo w praktykach religijnych. Im silniejsze zaangażowanie religijne, tym więcej niepalących, a mniej regularnych palaczy. Wpływ tego czynnika na zachowania młodzieży odnotowano we wszystkich dotychczasowych badaniach. Wśród tych, którzy w ostatnim sondażu deklarowali, że uczestniczą w prak-

tykach religijnych kilka razy w tygodniu, palacze stanowią 33%, a wśród w ogóle niebiorących w nich udziału – 50%. Najmniej palących jest wśród uczniów głęboko wierzących (23%) – wśród niewierzących pali 46%. Po papierosy rzadziej sięgają uczniowie otrzymujący bardzo dobre oceny – 65% spośród nich nie pali. Połowa uczniów mających niskie oceny (53%) pali papierosy.

Picie alkoholu

W badaniu przeprowadzonym w 2016 roku, podobnie jak we wcześniejszych pomiarach, alkohol okazał się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej. Sięgała ona po niego częściej niż po papierosy czy narkotyki. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2016 roku: 72% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 63% wódkę i inne mocne alkohole, a 41% wino. W porównaniu z 2013 rokiem nastąpił spadek odsetka uczniów sięgających

Tabela 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca pił(a)ś piwo, wino lub wódkę? (%)

	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16
Piwo									
Ani razu	47	40	31	25	15	22	24	27	28
1 raz	8	10	11	13	10	10	9	10	13
2–3 razy	11	18	18	22	22	23	21	23	23
4–5 razy	7	10	14	14	15	14	15	16	14
6 razy i więcej	10	18	23	20	24	25	26	22	21
Tak, bez podania, ile razy	13	3	2	2	5	3	3	1	0
Wino									
Ani razu	59	59	67	75	44	67	67	65	59
1 raz	16	17	14	12	12	13	15	17	17
2–3 razy	11	15	13	7	10	10	11	12	16
4–5 razy	3	4	3	3	4	3	3	4	5
6 razy i więcej	2	4	3	2	4	2	2	2	3
Tak, bez podania, ile razy	6	1	1	1	2	1	0	0	0
Wódkę									
Ani razu	69	53	53	54	29	42	37	33	37
1 raz	10	18	17	17	17	19	20	21	20
2–3 razy	7	15	16	16	21	20	22	27	26
4–5 razy	3	7	6	5	7	8	10	12	10
6 razy i więcej	2	5	6	5	6	6	7	7	7
Tak, bez podania, ile razy	6	2	1	3	2	1	2	1	0

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ w tabeli nie uwzględniono braków danych.

po wódkę (o 5 punktów procentowych), ale wzrost odsetka pijących wino (o 6 punktów). Częstość picia wymienionych trzech grup alkoholi w poszczególnych latach ilustruje tabela 2.

W 1992 roku picie piwa deklarowała niemal połowa uczniów (49%), w kolejnych latach odsetek ten rósł i w 2003 roku osiągnął poziom 76%. Z badań przeprowadzonych w latach 2008 i 2010 wynika, że piwo piło trzech na czterech uczniów (odpowiednio 75% i 74%). Ostatni pomiar wskazuje na stabilizację picia piwa wśród młodzieży. Nie jest zaskakujące, że po piwo częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie piwo piło 75% chłopców (w 2013 roku – 81%) i 69% dziewcząt (w roku 2013 – 67%).

Wśród młodzieży szkolnej wino jest alkoholem najmniej popularnym. Jeśli chodzi o płeć osób sięgających po wino, to należy odnotować wzrost jego spożycia wśród dziewcząt – z 27% w 2008 roku do 38% w 2010 roku oraz 43% w 2013 roku, a w ostatnim pomiarze – do 58%, podczas gdy odsetek chłopców pijących wino utrzymywał się na podobnym poziomie (w 2008 roku 29%, w 2010 roku 30%, a w ostatnim pomiarze – 27%). W 1992 roku picie mocnych alkoholi w ciągu ostatniego miesiąca deklarowała ponad jedna czwarta badanej młodzieży (28%). W latach 1994–1999 utrzymywał się stabilny trend rozpowszechnienia picia wódki na poziomie około 46%. Po 1999 roku odnotowujemy jednak wzrost konsumpcji wódki i innych mocnych alkoholi. W roku 2003 po raz pierwszy ponad połowa badanych zadeklarowała picie wódki, a w 2013 roku odnotowano najwyższy odsetek takich deklaracji od początku realizacji pomiarów (68%). Najnowszy pomiar to załamanie tendencji wzrostowej i spadek odsetka do 63%. Wyniki ostatniego badania pokazują, że – tak jak w latach ubiegłych – po mocne alkohole częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ostatnim miesiącu przed badaniem wódkę piło 65% chłopców (w 2013 roku – 71%) i 61% dziewcząt (w 2010 roku – 63%).

Upijanie się

Z najnowszego sondażu wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% uczniów (w 2013 roku 45%). Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 8% (w 2013 roku

– 11%). Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (46%) niż dziewczęta (42%).

W 2016 roku upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (52%, w roku 2013 – 59%). W publicznych liceach ogólnokształcących do upicia się w ciągu miesiąca przed badaniem przyznało się 46% ankietowanych, a w technikach – 40%.

Widoczne jest także zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 49%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (czwórkowi – 41%, piątkowi i szóstkowi – 33%). W ostatnim badaniu nie stwierdzono związku między wykształceniem rodziców a upijaniem się dzieci. W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 50% uczniów, natomiast wśród badanych deklarujących dobrą sytuację materialną – 45%. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, najwyższe odsetki odnotowano w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców – 47%, a najniższe w miastach poniżej 20 tys. – 40%. Na opisywane zachowania wpływ mają postawy religijne młodzieży. Im silniej zaangażowani religijnie są uczniowie, tym rzadziej zgłaszają przypadki upijania się. Wśród badanych, którzy uczestniczyli w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, w miesiącu poprzedzającym sondaż upiło się 31%, a w grupie osób w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 50%.

Zastosowanie konopi w leczeniu

W ramach ostatniego badania zapytano młodzież o opinię na temat zastosowania konopi w celach medycznych. Respondenci mieli do wyboru kilka odpowiedzi. Rozkłady zostały przedstawione na wykresie 1. Największy odsetek uczniów (31%) uznał, że pacjenci powinni mieć możliwość stosowania konopi w celach medycznych, ale wyłącznie w ramach terapii eksperymentalnej, pod ścisłym nadzorem lekarzy. Prawie co piąty badany (18%) był zdania, że pacjenci powinni mieć możliwość stosowania w celach medycznych konopi dostępnych w aptekach i sprzedawanych na receptę. Więcej niż co ósmy opowiedział się za rozwiązaniem umożliwiającym uprawy na własne potrzeby w celach medycznych, na podstawie specjalnego zezwolenia i pod nadzorem lekarzy (12%). Trochę wyższy odsetek (14%) uważał, że pacjenci powinni mieć możliwość uprawiania konopi bez potrzeby posiadania zezwolenia. W sumie zatem

co czwarty badany uznał, że pacjenci powinni mieć możliwość uprawiania konopi w celach medycznych. Rozwiązanie polegające na uprawianiu i dystrybuowaniu konopi w celach leczniczych przez specjalnie powołaną instytucję wybrało 7% respondentów. Przeciwno stosowaniu konopi w celach leczniczych opowiedziało się niespełna 3% badanych, a ponad 12% nie miało wyrobionego zdania na ten temat.

Dostępność narkotyków

Analizując rozkłady odpowiedzi respondentów oceniających zdobycie substancji psychoaktywnych innych niż napoje alkoholowe jako niemożliwe, należy odnotować, że w przypadku większości tych substancji odsetki uczniów składających takie deklaracje mieściły się w granicach 13–32%. Odsetki badanych określających zdobycie większości substancji psychoaktywnych jako trudne, kształtowały się na poziomie 24–31%. Im trudniejsza do zdobycia była substancja, tym więcej osób deklarowało, że nie potrafi ocenić stopnia trudności. Najłatwiejsza do zdobycia spośród substancji nielegalnych była marihuana (47% badanych oceniało jej zdobycie jako łatwe). Warto zauważyć niewielki spadek dostępności „dopalaczy”. Według pomiaru z 2016 roku zmniejszył się odsetek osób oceniających dostęp do nich jako łatwy (spadek z 20% do 15%).

Jednym ze wskaźników wykorzystywanych przy badaniu problemu używania narkotyków przez młodych ludzi jest wskaźnik obecności tego rodzaju środków w ich otoczeniu. W 2003 roku po raz pierwszy zapytano

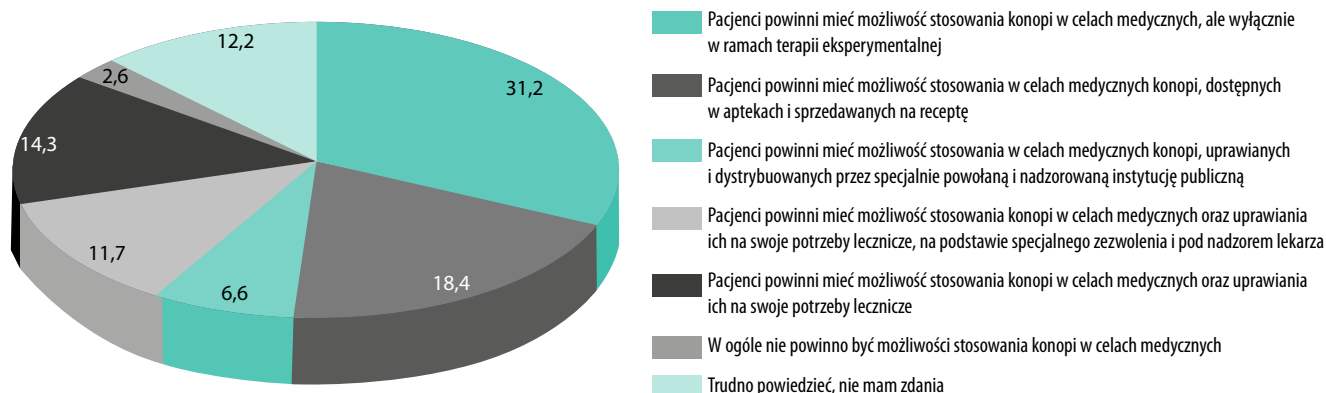
uczniów, czy w ich środowisku, wśród znajomych (kolegów, koleżanek) jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub środki odurzające. W 2013 roku, podobnie jak w 2010 roku, co drugi badany (odpowiednio 54% i 53%) znał taką osobę. W ostatnim pomiarze z 2016 roku 51% uczniów – największy odsetek od 2003 roku – zadeklarowało, że nie zna osoby zażywającej substancję psychoaktywną.

Używanie narkotyków

Uczniowie pytani byli o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Od 1992 roku odpowiadają na pytanie o kontakt z narkotykami w ciągu 12 miesięcy poprzedzających sondaż, a następnie, jeśli ich używali, proszeni są o wymienienie substancji psychoaktywnych. W 2008 roku po raz pierwszy mieli wskazać używane substancje psychoaktywne wymienione w ankiecie, wśród których były również „dopalacze”. Uczniowie odpowiadali także na pytanie o kontakt z substancjami psychoaktywnymi: w ciągu 30 dni przed badaniem – co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. *current use*), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – jako wskaźnika używania aktualnego (ang. *recent use*), oraz kiedykolwiek w życiu – co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*).

W latach 1992–2003 odsetek uczniów, którzy używali narkotyków w ciągu ostatniego roku, systematycznie rósł (z 5% do 24%). W 2008 roku zmniejszył się on do 15%. Od tego czasu notujemy niewielki wzrost – do 18% w 2013 roku. Ostatni pomiar to zatrzymanie

Wykres 1. Opinie badanych na temat zastosowania konopi w celach medycznych (%).



tendencji wzrostowej – w 2016 roku odsetek badanych deklarujących używanie narkotyków wyniósł 17%. Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy mają kontakt z narkotykami częściej niż dziewczęta. W 2013 roku 24% uczniów i 10% uczennic odpowiedziało twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji. W ostatnim pomiarze nastąpił spadek odsetka uczniów do 20% i wzrost odsetka uczennic do 14%. Najwyższy odsetek badanych zażywających narkotyki odnotowano w zasadniczych szkołach zawodowych (21%, w 2013 roku – 26%), a najniższy w liceach (15%, w 2013 roku – 18%). Wśród uczniów dwójkowych i trójkowych kontakt z substancjami psychoaktywnymi miało 22% badanych (jak w 2013 roku) i był to najwyższy odsetek, natomiast wśród uczniów piątkowych lub szóstkowych odnotowano odsetek najniższy – 13% (w 2013 roku – 12%). Wykształcenie rodziców nie jest czynnikiem różnicującym sięganie po narkotyki. Odsetki uczniów sięgających po narkotyki mających rodziców z wykształceniem wyższym, a także z podstawowym lub zasadniczym zawodowym

są podobne i wahają się w granicach 16–18%. W 2013 roku najwięcej uczniów deklarujących zażywanie narkotyków mieszkało w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (28%), prawie o połowę mniejszy ich odsetek odnotowano wśród badanych mieszkających na wsi (15%). Podobne wyniki były w pomiarze z 2016 roku: w dużych miastach po narkotyki sięgało 24% uczniów, a na wsi – 15%. Najniższe odsetki zarejestrowano w miastach liczących poniżej 20 tys. mieszkańców (12%). Czynnikiem chroniącym przed eksperymentowaniem z narkotykami jest udział w praktykach religijnych. Ta prawidłowość widoczna była również we wcześniejszych badaniach. Co czwarty uczeń niepraktykujący religijnie deklarował kontakt z narkotykami (26%). W przypadku osób biorących udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu mniej niż co siedemnasty używał narkotyków (6%). Uczniowie, którzy deklarowali się jako głęboko wierzący, rzadziej sięgali po narkotyki (12%) niż niewierzący (27%). Kontakt z narkotykami miało 22% badanych, których rodzice w ciągu ostatnich 12 miesięcy pracowali za granicą, oraz 17% tych,

Tabela 3. Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie? (%)

	2013				2016			
	Niemożliwe	Trudne	Łatwe	Nie wiem	Niemożliwe	Trudne	Łatwe	Nie wiem
Papierosy	2	1	94	3	3	2	94	2
Piwo	2	2	95	2	2	1	95	2
Wino	2	2	94	2	2	1	95	2
Wódka	2	1	94	2	2	2	94	2
Leki uspokajające i nasenne	17	21	41	21	19	22	35	24
Marihuana, haszysz	12	23	50	14	13	24	47	16
Amfetamina	24	33	17	26	25	31	16	28
LSD lub inny środek halucynogeny	24	35	14	27	24	34	13	28
Grzyby halucynogenne								
Sterydy anaboliczne	28	32	12	29	28	29	12	31
Ecstasy	28	33	10	29	28	31	11	30
Kokaina	27	34	9	29	29	31	11	29
Crack								
Heroina	30	33	8	29	30	31	8	30
Polska heroina, tzw. kompot	29	32	8	31	30	30	7	32
„Dopalacze” (tzw. smarty)	25	28	20	27	27	29	15	29
Poppersy	31	30	7	34	32	28	6	34
Dekstrometorfan (DXM)	31	31	5	33	31	30	6	33

których rodzice w ciągu ostatniego roku nie wyjeżdżali do pracy za granicę.

Rodzaje narkotyków

Pod ogólną nazwą „narkotyki” kryje się wiele substancji o różnorodnym działaniu – od stymulującego do uspokajającego. W 2008 roku po raz pierwszy w kwestionariuszu zamieszczono pytania dotyczące używania przez młodzież poszczególnych narkotyków. Rozkłady odpowiedzi zaprezentowane są w tabeli 6. Najczęściej zażywane przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2016 roku 42% badanych, co oznacza niewielki wzrost (o 2 punkty procentowe) w stosunku do 2013 roku. Wyniki ostatniego pomiaru pokazały zahamowanie trendu wzrostowego używania konopi indyjskich. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w 2016 roku marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (21%, w 2013 roku 23%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2013 roku 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza deklaruje obecnie co piąty uczeń (19%, w 2013 roku 20%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy blisko co dziesiąty (9%, w 2013 roku 11%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co dwudziesty (4%, w 2013 roku 5%). Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W 2008 roku do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 7%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie w roku 2008 amfetaminę zażywało 4% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 3%, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą: 1% w 2008 roku, 2%

w 2010 i 2013 roku i 1% w 2016 roku. Odsetek badanych, którzy sięgali po ecstasy, wyniósł 4% (w 2013 – 3%), 2% uczniów zadeklarował eksperymentowanie z tą substancją w ciągu ostatniego roku (w 2008 roku – 3%, w 2010 i 2013 roku – 1%), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% we wszystkich pomiarach. W przypadku „dopalaczy” odnotowujemy spadek poziomu używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami, jest taki sam jak w 2008 roku – ponad 3%. Używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku i ostatniego miesiąca osiągnęło najniższy poziom od początku prowadzenia badań (po 1% uczniów).

Uczniowie byli pytani również o to, ile razy zażywali wymienione w ankiecie substancje. Najczęściej przyjmowanymi narkotykami są marihuana lub haszysz. Raz lub dwa razy w życiu używało ich 14% uczniów, 3–9 razy – 13% badanych, 10–39 razy – 7%, a więcej niż 40 razy – 8%.

Co dziesiąty uczeń (10%) deklaruje, że 1-2 razy brał leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich, 7% przyjmowało je 3-9 razy. Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o częstość używania poszczególnych substancji pokazuje, że w przypadku większości substancji uczniowie zażywali narkotyki najczęściej 1-2 razy.

Używanie i dostępność „dopalaczy”

W przypadku „dopalaczy” odnotowujemy spadek używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami, jest według ostatniego pomiaru taki sam, jak w 2008 roku – 3,5%. Po 1% badanych używało „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku oraz w ciągu ostatniego miesiąca. Są to

Tabela 4. Czy w Twoim środowisku, wśród Twoich znajomych (kolegów/koleżanek) jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub środki odurzające? (%)

	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16
Tak, kilka osób	35	24	25	26	23
Tak, jedna, dwie osoby	32	28	28	28	27
Nie, nikt	32	48	47	45	51

Tabela 5. Czy w ciągu ostatniego roku używał(aś) narkotyków, środków odurzających? (%)

	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16
Tak	5	10	10	18	24	15	16	18	17
Nie	95	90	90	82	76	85	84	82	82

najniższe wskaźniki od początku ujęcia tematyki „dopalaczy” w badaniu – to jest od 2008 roku. Rok 2010 był okresem funkcjonowania ponad 1400 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z nimi „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad po-

Tabela 6. Używanie substancji psychoaktywnych (%).

	Nie, nigdy						Tak											
	Kiedykolwiek w życiu						W ciągu ostatnich 12 miesięcy						W ciągu ostatnich 30 dni					
	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016	2008	2010	2013	2016		
Marihuana lub haszysz	69,1	63,0	59,3	57,2	30,5	35,7	40,2	42,0	16,4	18,0	23,0	21,0	7,3	7,7	9,0	9,9		
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	77,9	78,4	79,6	80,2	21,8	19,9	19,7	18,6	11,2	9,6	11,0	9,2	4,7	3,8	5,1	4,4		
Amfetamina	90,6	91,0	92,1	92,0	9,0	6,8	6,9	7,2	3,7	3,0	3,4	3,3	1,1	1,5	1,7	1,4		
Ecstasy	94,3	94,8	96,7	95,3	5,5	3,5	2,6	3,9	3,0	1,4	1,4	1,9	1,1	0,8	1,0	0,9		
Substancje wziewne	96,8	95,3	96,5	96,5	2,9	2,8	2,8	2,8	1,0	0,7	0,7	1,2	0,6	0,5	0,5	0,8		
LSD lub inne halucynogenne (w 2013 r. i w 2016 r. razem z grzybami halucynogennymi)	97,5	94,9	95,1	94,9	2,3	3,3	4,4	4,3	1,3	1,4	1,8	2,2	0,5	0,7	1,1	1,1		
Grzyby halucynogenne	96,1	94,7	-	-	3,6	3,4	-	-	2,0	1,4	-	-	1,1	0,6	-	-		
Kokaina (w 2013 r. i 2016 r. razem z crackiem)	97,5	94,8	96	95,4	2,2	2,3	3,5	3,4	1,1	0,7	1,9	1,6	0,6	0,6	1,1	1,0		
Crack	98,6	95,8	-	-	1,2	2,3	-	-	0,5	0,6	-	-	0,4	0,5	-	-		
Relevin	99,1	96,7	98,5	97,1	0,8	1,4	1,0	1,7	0,4	0,4	0,4	0,7	0,3	0,3	0,2	0,6		
Heroina	98,5	96,3	97,9	96,9	1,3	1,9	1,6	1,9	0,6	0,8	1,0	0,7	0,1	0,5	0,7	0,7		
Leki przeciwkaszłowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się	96,5	93,6	95,3	94,3	3,2	4,7	4,2	4,9	1,9	2,2	2,1	1,9	0,9	1,1	1,0	1,2		
„Dopalacze” („Legal highs”)	96,4	86,8	94,3	95,6	3,5	11,4	5,2	3,6	2,6	7,2	2,0	1,1	1,5	1,1	1,0	0,7		
Dekstrometorfan (DXM)	98,8	97,0	98,1	97,0	1,0	1,3	1,4	1,8	0,6	0,4	0,8	0,8	0,5	0,2	0,1	0,6		
Sterydy anaboliczne	96,4	95,2	97,1	95,7	3,4	2,9	2,2	2,9	1,9	0,9	1,2	1,5	0,7	0,5	0,7	1,3		

W zestawieniu nie uwzględniono braków danych.

łową mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1%. Dla prowadzenia działań profilaktycznych ważne jest określenie, jakie grupy są najbardziej zagrożone problemem. Według badań z 2016 roku częściej po „dopalacze” sięgają chłopcy (5%) niż dziewczęta (3%). Najwyższy odsetek odnotowaliśmy w zasadniczych szkołach zawodowych (6%) oraz w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (6%). Badani oceniający swoje warunki materialne jako złe częściej sięgają po „dopalacze” (9%) niż osoby deklarujące dobre warunki (3%). Wśród osób głęboko wierzących odsetek korzystających z „dopalaczy” jest mniejszy (3%) niż wśród niewierzących (7%). Zdobyć „dopalaczy” jako łatwe określiło 15% uczniów. Mniejszy odsetek mieszkańców wsi (13%) niż miast (w zależności od wielkości miasta od 15% do 19%) ocenił zdobycie „dopalaczy” jako łatwe. Przedmiotem pomiaru był źródło zaopatrywania się w „dopalacze”. W 2016 roku 1,7% badanych kupowało je w sklepach stacjonarnych. Ze sklepu internetowego korzystało 1,1% uczniów, a ze sklepu zagranicznego – 1,1%. Taki sam odsetek badanych korzystał z ukrytych giełd internetowych, tzw. kryptomarketów – 1,1%. W inny sposób kupowało je 2,3% ankietowanych – od dilerów czy znajomych. Nie rzadziej niż 2–3 razy w miesiącu „dopalacze” kupował tylko nieznaczny odsetek badanych (0,5%).

Młodzież a internet i hazard²

Przedmiotem badania była również obecność młodzieży w internecie. Niemal wszyscy badani (99%) mają do niego dostęp w domu, a prawie wszyscy (97%) korzystają z sieci za pośrednictwem urządzeń mobilnych. W sieci badani spędzają przeciętnie cztery godziny na dobę, czyli o godzinę dłużej niż trzy lata temu. Aktywność online jest w znacznym

stopniu zdeterminowana przez płeć: chłopcy częściej grają w gry sieciowe i hazardowe bądź śledzą witryny związane z własnymi zainteresowaniami, dziewczęta natomiast w większym stopniu koncentrują się na kontaktach towarzyskich, nauce, odwiedzaniu sklepów internetowych oraz śledzeniu blogów. Trzy czwarte uczniów to przeciętni internauci, w przypadku jednej piątej korzystanie z sieci generuje problemy związane z jej nadużywaniem, natomiast czterech młodych ludzi na stu przejawia symptomy uzależnienia. Problem ten dotyczy przede wszystkim tych, którzy spędzają w internecie więcej niż sześć godzin dziennie; symptomy uzależnienia od internetu częściej niż przeciętnie przejawiają respondenci, dla których główną aktywnością w sieci jest udział w grach hazardowych.

W stosunku do 2013 roku wzrosło zainteresowanie młodych ludzi hazardem. Najwyższy wzrost odsetka graczy notujemy w odniesieniu do gier liczbowych innych niż Lotto, w których bierze obecnie udział blisko co piąty młody człowiek. Najistotniejszym czynnikiem różnicującym udział młodzieży w grach na pieniądze jest płeć: uczestniczy w nich więcej chłopców niż dziewcząt.

Przeciętny deklarowany koszt gry w 2016 roku kształtuje się na poziomie 187 zł, a średnia wartość „zysku” (wygranej) to 403 zł. Większość młodych graczy ma subiektywne poczucie finansowej „opłacalności” hazardu: spośród ogółu grających blisko 2/3 deklaruje

wyższe wygrane niż nakłady poniesione na grę w skali roku. Odsetek graczy przekonanych o dodatnim bilansie finansowym gry wzrósł w stosunku do 2013 roku o 8 punktów procentowych. Zaobserwowanemu wzrostowi zainteresowania młodzieży grami na pieniądze towarzyszy wzrost zagrożenia uzależnieniem od hazardu. W stosunku do 2013 roku zwiększył się zarówno odsetek młodych ludzi zdradzających symptomy ryzykownej gry (o 6,5 punktu procentowego), jak i tych, którzy są w grupie wysokiego ryzyka uzależnienia (z 4,5% do 6,0%). Zagrożenie realnym problemem z hazardem dotyczy w zdecydowanie większym stopniu chłopców niż dziewcząt. Istnieje związek między problemowym hazardem a uzależnieniem od internetu: co piąty młody człowiek wykazujący symptomy zagrożenia uzależnieniem od gier na pieniądze jest jednocześnie w grupie podwyższonego ryzyka uzależnienia od internetu.

Raport z badania z 2016 roku i wcześniejsze jego edycje dostępne są na stronie Centrum Informacji KBPN www.cinn.gov.pl/portal?id=166545.

Przypisy

- ¹ Prezentowane badanie było finansowane przez różne instytucje: statutowe badanie CBOS – 1992, 1994; 1996, badanie Instytutu Psychiatrii i Neurologii 1999, badania KBPN: 2003, 2008, 2010, 2013, 2016.
- ² Raport z badania dotyczący substancji psychoaktywnych został opracowany przez autora artykułu, części dotyczące hazardu oraz internetu przez Magdalenę Gwiazdę z Fundacji CBOS.

Tabela 7. Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków? (%)

	Nie używale(a)m	1–2 razy	3–9 razy	10–39 razy	40 razy lub więcej
Marihuana, haszysz	57,8	14,4	13,1	6,6	8,2
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	81,6	10,2	6,6	0,9	0,7
Alkohol razem z marihuaną	75,7	10,3	7,6	3,4	3,1
Amfetamina	92,6	4,1	1,2	1,6	0,6
Ecstasy	96,2	2,6	0,9	0,2	0,2
Poppersy	97,5	1,8	0,2	0,3	0,2
LSD lub grzyby halucynogenne i inne halucynogeny	95,6	3,1	0,8	0,2	0,3
„Dopalacze” (tzw. smarty)	96,6	2,4	0,4	0,4	0,3
Kokaina, crack	96,6	2,5	0,5	0,2	0,2
Leki przeciwkaszlowe przyjmowane w celu odurzania się	95,2	3,5	0,9	0,1	0,2
Substancje chemiczne (np. klej, aerozol) używane w celu odurzania się	97,2	2,2	0,3	0,2	0,2

Z najnowszych badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że 93,4% polskiej młodzieży korzysta z internetu wiele razy dziennie. 87% uczniów codziennie korzysta z telefonu komórkowego. Dostęp do nowych technologii – poza niewątpliwymi korzyściami – może prowadzić także do negatywnych konsekwencji.



FONOHOLIZM – PROBLEMOWE KORZYSTANIE ZE SMARTFONÓW JAKO NEGATYWNY PRZEJAW FUNKCJONOWANIA W SPOŁECZEŃSTWIE CYFROWYM

Maciej Dębski

Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa Uniwersytetu Gdańskiego

Prezes Fundacji DBAM O MÓJ Z@SIĘG

W kierunku społeczeństwa cyfrowego

Dzisiejsze polskie społeczeństwo, tak jak wiele innych, można nazwać za M. Castellsem *społeczeństwem sieci* (Castells, 2008), w którym media (w szczególności cyfrowe i mobilne) traktowane są przez użytkowników nie tylko jako narzędzia codziennego użytku, komunikowania się z innymi, lecz również jako narzędzia wywołujące reakcje emocjonalne. Wszystkie one wymagają koncentracji, wpływają na pamięć, są pełnoprawnymi uczestnikami życia społecznego (Reeves, Nass, 2000). Mediom przypisuje się osobowość, tak jakby miały własną świadomość, ponadto ujawniają one zdolność do uaktywniania uczuć, które zmieniają postrzeganie świata przez użytkowników (Tomaszewska, 2012). Młodzi ludzie odczuwają emocje nie tylko w stosunku do czynności, które mogą wykonywać dzięki nowym mediom, ale również darzą uczuciami urządzenia medialne. Zapytani wprost o emocje dotyczące komórki, zaprzeczają, że darzą ją jakimikolwiek uczuciami, ale opisując swój telefon, nastolatki posługują się określeniami stosowanymi tylko do osób, np. sprytny, przebiegły, inteligentny, kobiecy.

Większość osób korzystających z nowych technologii to ludzie młodzi. Jak twierdzi D. Tapscott, tworzą oni „pokolenie sieci” (Sokołowski, 2008, s. 275). Spośród wielu definicji związanych ze „społeczeństwem medialnym” najbardziej adekwatna, według Prensky’ego, to „cyfrowi tubylcy” (2001). Jest to grupa ludzi, która urodziła się po 1980 roku, a zatem w 2010 roku typowy cyfrowy tubylcy miał 20-30 lat. Używa

się także w stosunku do nich określeń „pokolenie milenium” bądź „generacja Y” (Spitzer, 2013, s.178). Natomiast można już usłyszeć o „generacji Z” (inaczej pokolenie „always on”) urodzonej po 1990–1995 roku. To ludzie, którzy nie znają życia bez dostępu do internetu, smartfona czy komputera. Dzieci i młodzież spędzają coraz więcej czasu w świecie cyfrowych mediów. Konsekwencją wydłużającego się czasu spędzanego w cyfrowym świecie są problemy z nauką i koncentracją, mową, spadek aktywności szkolnych i pozaszkolnych oraz stosowanie różnych form przemocy. W ostatnich latach zwiększyła się zależność między występowaniem zespołu uzależnień związanych z nowymi mediami a otyłością. Również bezsenność, depresja i uzależnienie od nowych mediów to niebezpieczne konsekwencje nieodpowiedniego korzystania z cyfrowych mediów. Liczne badania pokazują silną zależność między uzależnieniem od internetu a depresją.

Rozważając kwestie cyfrowego świata, warto uświadomić sobie kilka rzeczy:

- Żyjemy w społeczeństwie cyfrowym, w którym coraz częściej możemy mówić o cyfrowej rodzinie: oznacza to, że więzy krwi nie są jedynym kryterium przynależności do rodziny. Dzisiaj rodzinę możemy stworzyć na zasadzie uznania kogoś za jej członka, a nie w oparciu o kryteria biologiczne. Bycie członkiem rodziny może być wynikiem realizacji podobnych pasji, zainteresowań, problemów w życiu. Doskonałym przykładem nowoczesnej rodziny jest rodzina facebookowa, która dla wielu młodych osób jest o wiele ważniejsza niż rodzina pochodzenia, zbudowana na więzach krwi oraz pokrewieństwie.

- Żyjemy w społeczeństwie cyfrowym, w którym coraz częściej zacierają się granice między przestrzenią publiczną a sferą prywatną. Młodzi użytkownicy internetu, w szczególności portali społecznościowych, przejawiając wysoki poziom ekstrawertyzmu, narażają się na niepożądane skutki związane z dużą aktywnością w sieci. Do głównych zagrożeń w tym rozumieniu zaliczyć należy cyberprzemoc oraz pornografię. Z analiz prowadzonych w naszym kraju w 2015 roku wynika, że Facebook jest wciąż najpopularniejszym serwisem społecznościowym, na kolejnych miejscach plasują się: Google+, NK.pl, Twitter, Skype, Facebook Messenger, LinkedIn, Badoo, Instagram i Pinterest.
- Żyjemy w czasie szybkiego rozwoju urządzeń mobilnych, które wypierają stacjonarne narzędzia komunikacji. Młodzież szkolna nie posiada kontrapunktu dla życia poza siecią, bez udziału mediów cyfrowych, bez możliwości korzystania z telefonów komórkowych. Taki stan rzeczy może powodować z jednej strony niezrozumienie młodych osób dla prób ograniczenia negatywnych wzorów korzystania z urządzeń mobilnych, z drugiej zaś rozbudza ciekawość poznawczą, na której warto oprzeć wszelkiego rodzaju oddziaływania profilaktyczne. Dodatkowo warto wspomnieć, że społeczeństwo cyfrowe charakteryzuje się wprost wykładniczym rozwojem nowych technologii, co ma ogromne znaczenie dla społecznego funkcjonowania i życia człowieka w ogóle (rekonstrukcja rynku pracy wraz z redefinicją potrzeb zawodowych, pojawianie się nowych problemów etycznych związanych z życiem człowieka, gwałtowny rozwój nurtu transhumanizmu wspierającego potrzebę bliskiego funkcjonowania człowieka i maszyny) (Kurzweil, 2016).

Nowe media – przemiany współczesnego społeczeństwa

Bez wątpienia można powiedzieć, że w dzisiejszych czasach zmianie ulega nie tylko funkcjonowanie i sposób życia społeczeństw, ale również formy komunikowania się między ludźmi (zwiększenie udziału zapośredniczonych sposobów komunikacji z wykorzystaniem takich aplikacji, jak Skype, Viber, Messenger, WhatsApp) (Kubacka-Jasiecka i Passowicz, 2014). Współczesnych ludzi coraz częściej charakteryzuje życie skoncentrowane na „tylko tu i teraz”, a przedstawiciele młodego pokolenia często określa się mianem „teraźniejszych hedonistów”

(Zimbardo i Boyd, 2012). To osoby nastawione na rozrywkę, przyjemności, ekscytację, przyszłość nie jest dla nich tak ważna, jak teraźniejszość, nie myślą o konsekwencji swojego zachowania, nie posiadają umiejętności tzw. odroczonej gratyfikacji (Kubacka-Jasiecka i Passowicz, 2014). Konsekwencją tych zmian są trudności adaptacyjne w nowym, wciąż zmieniającym się świecie. „Za sprawą technologii nasz mikrokosmos, w którym wszystko się działo i rozwijało linearnie, został zastąpiony przez stale przyspieszającą rzeczywistość, którą rządzi postęp wykładniczy, tyle że my pozostaliśmy linearni” (Siewiorek, 2013, s. 34-34). Ta sprzeczność staje się źródłem niepokoju. Z jednej strony świat internetu poszerza naszą sferę konsumpcji, z drugiej ogranicza przestrzeń indywidualnej wolności (Kubacka-Jasiecka i Passowicz, 2014).

Z danych Diagnozy Społecznej (2015) wynika, że 72% Polaków posiada komputer, a 71% deklaruje dostęp do internetu. Coraz rzadziej spotykana jest sytuacja, w której osoby posiadające komputer nie mają dostępu do internetu. Raczej bywa odwrotnie, to znaczy, że w niektórych gospodarstwach domowych jest dostęp do internetu, ale nie ma komputera, natomiast są tablety i telefony komórkowe (Batorski, 2015). Z najnowszych badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że 93,4% polskiej młodzieży korzysta z internetu wiele razy dziennie, najczęściej dzieje się to za pośrednictwem telefonu komórkowego (31,3% korzysta z internetu przez smartfona 5 godzin dziennie bądź dłużej), zdecydowanie rzadziej za pomocą komputera stacjonarnego (52,8% w ogóle nie korzysta z tego rodzaju urządzeń). Młodzież kilka razy dziennie bądź częściej używa internetu do komunikowania się z koleżankami ze szkoły (67,7%), chłopakiem bądź dziewczyną (45,4%), a nawet rodzicami (9,4%). W świetle polskich wyników badań internet codziennie używany jest do korzystania z portali społecznościowych (68,7%), utrzymywania kontaktów ze znajomymi (68,7%), słuchania muzyki i oglądania filmów (68,2%) czy odrabiania lekcji (36,9%) (Kamieniecki, Bochenek, Tanaś, Wrońska, Lange, Fila, Loba, Konopczyński, 2017). Dynamicznie rozwijający się internet przyczynił się do istotnych zmian w sposobie życia, komunikacji czy spędzaniu wolnego czasu (Sowińska, 2010). Nowe media służą również młodym ludziom do zaspokajania potrzeb, takich jak zdobywanie informacji o świecie, poszukiwanie tożsamości, wzorów zachowań czy rozrywki. Dzięki zaspokajaniu tych potrzeb internet staje się dla dzieci i młodzieży drugim, wirtualnym światem (Sowińska,

2010). Korzystanie z nowych technologii bywa uznawane za zjawisko, od którego można się uzależnić i które może negatywnie wpływać na rozwój fizyczny, emocjonalny i psychiczny człowieka (Jarczyńska i Orzechowska, 2014). Prawdopodobnie niska samoocena, słaba motywacja, lęk przed odrzuceniem i potrzeba akceptacji przyczyniają się do zwiększonego korzystania z internetu. Być może osoby, które mają problemy związane z niską samooceną, czują się pewniej w komunikacji on-line, co pomaga im przezwyciężyć trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych (Young i Rodgers, 1998).

W kierunku problematyki e-uzależnień

Gdyby przyjąć założenie, że występowanie problemów społecznych (oraz osób, które ich doświadczają) stanowi o funkcjonowaniu społeczeństwa, a nawet je konstytuuje (Maris, 1968), to można powiedzieć, że jednym z nowych problemów doświadczanych przez ludzi żyjących w tzw. społeczeństwie cyfrowym jest problem e-uzależnień, który można zakwalifikować do szerszego kręgu uzależnień behawioralnych. Określenie „uzależnienia behawioralne” dotyczy tych form zaburzeń, które nie są związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, natomiast z niekontrolowanym wykonywaniem pewnych czynności (Rowicka, 2015). Z powodu braku uwzględnienia uzależnienia od nowych mediów w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-V naukowcy i osoby pracujące z osobami uzależnionymi korzystają z kryteriów uzależnień substancjalnych lub patologicznego hazardu. Opierając się na kryteriach diagnostycznych uzależnienia według ICD-10, Woronowicz (2001) zaproponował, żeby e-uzależnienie można rozpoznawać wówczas, kiedy w okresie ostatniego roku stwierdzono obecność co najmniej trzech spośród wymienionych objawów:

- silna potrzeba lub poczucie przymusu korzystania z internetu,
- subiektywne przekonanie o mniejszej możliwości kontrolowania zachowań związanych z internetem, tj. upośledzenie kontroli nad powstrzymaniem się od korzystania z internetu oraz nad czasem spędzania w internecie,
- występowanie – przy próbach przerwania lub ograniczenia korzystania z internetu – niepokoju, rozdrażnienia czy gorszego samopoczucia oraz ustępowanie tych stanów z chwilą powrotu do komputera,

- spędzanie coraz większej ilości czasu w internecie w celu uzyskania zadowolenia czy dobrego samopoczucia, które poprzednio osiągane było w znacznie krótszym czasie;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz internetu,
- korzystanie z internetu pomimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych i społecznych), o których wiadomo, że mają związek ze spędzaniem czasu w internecie (s. 192).

Jak już wspomniano, e-uzależnienia jako przejaw uzależnień behawioralnych nie znajdują swojego właściwego (wyodrębnionego) miejsca w międzynarodowych klasyfikacjach chorób psychicznych. Zapewne jest to związane z trudnością w ustaleniu norm, kiedy korzystanie np. z internetu czy smartfona jest nieszkodliwe, a kiedy takim się staje. Warto również dodać, że problem e-uzależnień jest względnie nowym zjawiskiem, rozwijającym się bardzo dynamicznie. Na gruncie polskim wciąż nie doczekał się on rzetelnego opracowania naukowego, nie licząc pracy poświęconej przygotowaniu polskiej adaptacji testu IAT autorstwa Young (Nazir S. Hawi, Błachnio, Przepiórka, 2015). Young (1996, 2009) po raz pierwszy zaproponowała, żeby uzależnienie od internetu traktować jak chorobę. Badaczka wyodrębniła kilka typów uzależnienia od internetu: erotomanię internetową (*cyberseksual addiction*), na przykład odwiedzanie stron o charakterze pornograficznym; socjomanię internetową (*cyber-relationship addiction*), uzależnienie od elektronicznych kontaktów społecznych, uzależnienie od sieci komputerowej (*net compulsions*), uzależnienie od gier w sieci, od zakupów on-line, przeciążenie informacyjne (*information overload*), przymus pobierania informacji czy uzależnienie od gier komputerowych.

Zważywszy na to, że dzieci i młodzież do przeglądania stron internetowych najczęściej wykorzystują cyfrowe urządzenia mobilne (tablety, smartfony), nowym zjawiskiem powiązanim z szeroką problematyką e-uzależnienia (i węższym zjawiskiem uzależnienia od internetu) jest tzw. fonoholizm – problemowe korzystanie z telefonu komórkowego. Najogólniej rzecz ujmując, problem ten odnosi się do zaburzenia behawioralnego w postaci nałogowego używania telefonu komórkowego (Rowicka, 2015). Często zamiennie stosuje się sformułowanie „uzależnienie od telefonu komórkowego”. Mówimy o nim, gdy nie jesteśmy w stanie normalnie funkcjonować bez swojego smartfona, najczęściej mającego dostęp do internetu.

Telefon komórkowy jest włączony 24 godziny na dobę, a gdy śpimy, jest w zasięgu ręki. Cały czas sprawdzamy, czy nie ma jakiegoś powiadomienia. Nie mogąc odebrać telefonu, czujemy niepokój oraz rozdrażnienie. Problem fonoholizmu, zdawać by się mogło, zagraża jedynie dzieciom i młodzieży, jednak co do istoty dotyczyć on może osób w różnym wieku. Pawłowska i Potembska (2011) określają uzależnienie od telefonu jako nieprawidłowy, dysfunkcyjny sposób korzystania z telefonu komórkowego, który charakteryzuje się co najmniej pięcioma spośród niżej wymienionych objawów w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- silne pragnienie korzystania z telefonu komórkowego, prowadzenia rozmów czy wysyłania wiadomości tekstowych (SMS), wyrażonego stałym myśleniem o wymienionych czynnościach,
- potrzeba zwiększania częstotliwości i czasu rozmów telefonicznych oraz zwiększania ilości i częstości wysyłania SMS-ów,
- powtarzające się nieskuteczne próby zaprzestania lub ograniczenia ilości rozmów i wysyłanych wiadomości SMS,
- występowanie objawów abstynencyjnych, takich jak: niepokój, lęk, depresja podczas prób zaprzestania lub redukcji ilości i czasu rozmów przez komórkę oraz liczby wysyłanych SMS-ów,
- prowadzenie dłuższych rozmów i wysyłanie większej liczby SMS-ów niż się uprzednio planowało,
- problemy finansowe, zawodowe, rodzinne i społeczne spowodowane korzystaniem z telefonu komórkowego,
- okłamywanie rodziny i znajomych w celu ukrycia kosztów oraz czasu poświęconego na rozmowy telefoniczne i wysyłanie SMS-ów,
- używanie telefonu komórkowego jako ucieczki przed prawdziwymi problemami lub w celu poprawienia złego samopoczucia (osamotnienia, niepokoju, depresji, winy) (s. 444).

Negatywne skutki problemowego korzystania z telefonu komórkowego

Można powiedzieć, że korzystanie z nowoczesnych narzędzi komunikacji z innymi ludźmi (komputer stacjonarny, laptop, telefon komórkowy, tablet) na stałe wpisało się w codzienne funkcjonowanie człowieka. Badania prowadzone na gruncie polskim jasno wykazują, że osoby relatywnie najmłodsze wykorzystują nowe narzędzia komunikacji

o wiele częściej niż inne osoby. Najmłodszy użytkownicy nowych narzędzi komunikacji w sposób subiektywny deklarują przy okazji najwyższy poziom specjalistycznej wiedzy w zakresie znajomości aplikacji, możliwości użytkowych związanych z codziennym korzystaniem z tych urządzeń. Poziom wiedzy w zakresie negatywnych skutków korzystania z urządzeń mobilnych należy uznać raczej za niski. Gwałtowne zmiany w zakresie nowoczesnych technologii komunikacji (rozwoj oprogramowania, pluralizm aplikacji, nowe rozwiązania typu *smart* dla urządzeń), jak również coraz większa dostępność samych urządzeń i internetu powoduje, że użytkownicy nowoczesnych narzędzi komunikacyjnych (w szczególności dzieci młodzież) narażeni są na zaburzenia dotyczące korzystania z tych urządzeń. Nałogowe i kompulsywne użytkowanie nowoczesnych narzędzi komunikacji (w szczególności z mobilnym dostępem do internetu) powoduje nie tylko zmiany w strukturze zarządzania swoim czasem wolnym (w stronę mniejszej aktywności fizycznej), ale również zdaje się mieć wpływ na kondycję zdrowotną, relacje społeczne, procesy psychiczne zachodzące w człowieku. Pomimo tego, że w klasyfikacji chorób nie funkcjonuje termin uzależnienia od internetu, komputera czy telefonu komórkowego, wskazać należy, że nałogowe wykonywanie jakiegokolwiek czynności niesie za sobą negatywne skutki dla szeroko rozumianego zdrowia (Woronowicz, 2001). Poniżej zestawiono najważniejsze negatywne konsekwencje kompulsywnego korzystania ze smartfona w wymiarze fizycznym, społecznym oraz psychicznym:

- a) negatywne skutki fizyczne: kłopoty ze wzrokiem, zespół powtarzających się urazów wynikających z przewlekłego przeciążenia układu mięśniowo-stawowego charakteryzujący się bólami ramion, przedramion, nadgarstków i dłoni, szumów w uszach, przemęczenie, niewyspanie, brak snu, wypadki samochodowe (perspektywa osoby kierującej pojazdem oraz perspektywa osoby pieszej), krótkowzroczność, tzw. syndrom wyschniętych gałek ocznych (zacerwienione spojówki, piekące i szczypiące oczy),
- b) negatywne skutki społeczne: zaniedbywanie obowiązków rodzinnych, szkolnych i zawodowych, samotność życiowa, autoizolacja, ograniczenie kontaktów społecznych, nieumiejętność nawiązywania relacji społecznych, atrofia więzi rodzinnych, nieumiejętność kreatywnego spędzania czasu wolnego, cyberprzemoc, osiąganie gorszych wyników

w nauce (brak koncentracji, niewystarczający czas poświęcany na naukę, nieumiejętność efektywnego przyswajania wiedzy przekazywanej przez nauczyciela, rozkojarzenie, brak kompetencji skupiania się na jednej wykonywanej czynności),

- c) negatywne skutki psychiczne: niska samoocena, poczucie braku wpływu na otaczający świat, brak asertywności, niskie poczucie bezpieczeństwa, stany lękowe charakterystyczne dla syndromu odstawienia (stany depresyjne, agresja słowna i fizyczna, utrata poczucia wpływu na dziejące się wydarzenia, apatia).

Uzależnienie od smartfona – najważniejsze symptomy

Uzależnienie to nabyty stan zaburzenia zdrowia, stan psychologicznej albo psychicznej i fizycznej zależności od substancji psychoaktywnej albo od wykonywania określonej czynności, zaś terminem uzależnienie behawioralne określamy formy zaburzeń (nałogów) niezwiązanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a z niekontrolowanym wykonywaniem pewnych czynności. Sprowadzając prezentowane treści na poziom możliwych do zaobserwowania zachowań, można powiedzieć, że symptomy nałogowego korzystania z telefonu komórkowego notujemy, analizując różnorodne źródła informacji:

- a) zachowania ludzkie: nierozstawianie się ze swoim telefonem, ciągła gotowość na odpisanie na e-maila, SMS-a, ciągle sprawdzanie urządzenia i uruchamianie telefonu (np. częste sięganie po telefon, częste używanie go, sprawdzanie, trzymanie w dłoni bądź blisko siebie, przed sobą, przerywanie spotkań/rozmów w celu odebrania bądź nawiązania połączenia/wiadomości, wychodzenie z sali szkolnej w celu odebrania bądź nawiązania połączenia/wiadomości, częste robienie sobie samemu zdjęcia (selfie) i dzielenie się nim z innymi, korzystanie z urządzeń w miejscach i sytuacjach, w których nie powinno się tego robić,
- b) stany psychiczne: odczuwanie silnej potrzeby lub wręcz poczucie przymusu korzystania z telefonu (kompulsja), odczuwanie niepokoju, rozdrażnienia, gorszego samopoczucia przy próbach przerwania/ograniczenia korzystania z urządzenia, wyraźna niezgoda i niezadowolenie z powodu ograniczenia możliwości korzystania z telefonu, odczuwanie

niepokoju, rozdrażnienia w sytuacjach zabronienia korzystania z telefonu komórkowego, podkreślanie ważności wpływu bycia on-line na dziejące się wydarzenia, duże poczucie bezpieczeństwa związane z byciem on-line, przeżywanie strachu (lęku) z powodu niebycia w głównym nurcie informacji, przeżywanie negatywnych emocji związanych z niemożnością połączenia się z innymi osobami, zdobycia informacji (np. szukanie zasięgu za wszelką cenę),

- c) skutki zachowań: zaniedbywanie innych aktywności lub dotychczasowych zainteresowań na rzecz korzystania z telefonu, wycofanie się z dotychczasowych relacji z innymi, zamykając się w świecie wirtualnym, korzystanie z internetu/urządzeń pomimo szkodliwych następstw (niewyspanie, nieodpowiednie i nieregularne żywienie, zaniedbany wygląd, niewywiązywanie się ze swoich szkolnych, zawodowych, rodzinnych obowiązków), nadmierne rozproszenie i dekoncentracja np. na zajęciach lekcyjnych i poza nimi, problem z właściwym gospodarowaniem własnym czasem wolnym, częste nudzenie się i nicnierobienie, brak wyraźnej pasji w życiu, niski poziom angażowania się w sprawy szkolne, mała aktywność ruchowa, brak spędzania czasu wolnego w sposób aktywny, przejawianie tendencji do autoizolacji, pozostawanie na uboczu grupy.

Codziennie korzystanie ze smartfonów jest spowodowane przede wszystkim faktem, że są to urządzenia mobilne, mające względnie niewielki rozmiar (mieszczące się w kieszeni) i posiadające własne źródło zasilania. Mobilność urządzeń cyfrowych z jednej strony powoduje, że ze smartfonów możemy korzystać zawsze i wszędzie, z drugiej zaś niejako wymusza na użytkownikach bardzo szybką reakcję na przesłany komunikat. Dlatego, analizując problem fonoholizmu, nie sposób nie wspomnieć o tzw. syndromie FOMO (*fear of missing out*) – lękiem przed pominięciem. Syndrom ów pojawia się najczęściej u (nad)aktywnych użytkowników mediów społecznościowych, lękających się, że „przegapią” coś istotnego, i to coś ominie ich bezpowrotnie. W wolnym tłumaczeniu FOMO to ogromny lęk przed utratą ważnej informacji, zaś osoba cierpiąca na ten syndrom nie może właściwie określić, co przegapia i jaka jest realna przyczyna powstałego lęku. FOMO nie wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem, ale jest bez wątpienia uczuciem negatywnym, rozładującym się dopiero wtedy, gdy osoba z syndromem FOMO sprawdzi powiadomienia na telefonie lub zasiądzie przed komputerem. Osoby z syndromem FOMO nie tylko

ciągle sprawdzają, czy nie wydarzyło się coś, co mogłoby umknąć ich uwadze, ale czują także potrzebę dzielenia się w mediach społecznościowych najdrobniejszym wydarzeniem ze swojego życia (dzieli się zdjęciami jedzenia serwowanego w nowej, modnej restauracji, zdają relację, gdzie aktualnie przebywają, w co są ubrane, jakie mają samopoczucie). To *cyfrowi ekshibicjoniści*, którzy zamieszczając informacje o samych sobie, kierują się z jednej strony potrzebą pochwalenia się, z drugiej zaś oczekują pozytywnych komentarzy swojej społecznościowej działalności.

Rekomendacje

Najbardziej szczegółowego opracowania zagadnienia fonoholizmu na gruncie polskim dokonała w 2016 roku Fundacja DBAM O MÓJ Z@SIĘG!. Wyniki badań prowadzonych na próbie 22 086 uczniów szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych w wieku 12-18 lat wskazują, że tak

naprawdę nie wiadomo, co warunkuje nawykowe sięganie po telefon komórkowy przez badaną młodzież. Z jednej strony na kulturę korzystania z urządzeń mobilnych może mieć wpływ brak ustalonych zasad korzystania między innymi z telefonu komórkowego (60% młodzieży wskazuje, że w ich domach nie istnieją żadne zasady korzystania z telefonów komórkowych oraz internetu), brak rozmów z rodzicami o odpowiedzialnym korzystaniu z telefonu komórkowego (35% uczniów wskazało, że ich rodzice nigdy nie rozmawiali z nimi o szkodliwości nałogowego korzystania ze smartfonów oraz internetu) bądź też brak elementarnego wychowania w zakresie zachowywania się w miejscach publicznych. Z drugiej strony może być też tak, że uzależniają zainstalowane aplikacje, w tym przede wszystkim aplikacje społecznościowe (70% uczniów codziennie korzysta z różnego rodzaju aplikacji – najczęściej są to portale społecznościowe, komunikatory oraz aplikacje służące do rozrywki), programy czy gry. Niewątpliwie uznać należy,

że część osób badanych przejawia symptomy fonoholizmu natury psychologicznej, takie jak psychiczny przymus korzystania, potrzebę ciągłego bycia on-line czy wewnętrzną potrzebę jak najszybszego udzielenia odpowiedzi. W zrealizowanych badaniach jakościowych (wywiady pogłębione oraz eksperyment polegający na 72-godzinnym pozostawaniu poza siecią oraz braku możliwości korzystania ze smartfonów i innych mediów oraz komunikatorów cyfrowych) udało się zaobserwować podenerwowanie, lęk, a czasem agresję związaną z niemożnością korzystania z telefonu komórkowego. Na podstawie przeprowadzonych badań można powiedzieć, że osoby przejawiające symptomy uzależnienia od telefonu komórkowego to te, które:

- szybciej od innych zaczynają korzystać z telefonu komórkowego typu smartfon,
- posiadają bezpośredni dostęp do internetu, korzystają z niego bez żadnych zasad (brak reglamentacji czasowej),

Tabela 1. Przyporządkowanie rekomendacji do właściwych środowisk.

	Rekomendacje dla RP	Rekomendacje dla gminy-powiatu	Rekomendacje dla szkoły	Rekomendacje dla rodziny	Rekomendacje dla NGO i innych inicjatyw oddolnych
Rekomendacja nr 1	✓	✓	✓	✓	✓
Rekomendacja nr 2	✓	✓	✓	✓	✓
Rekomendacja nr 3	✓	✓	✓	✓	✓
Rekomendacja nr 4		✓			
Rekomendacja nr 5		✓	✓		✓
Rekomendacja nr 6	✓	✓	✓		✓
Rekomendacja nr 7		✓			
Rekomendacja nr 8	✓	✓			
Rekomendacja nr 9		✓		✓	
Rekomendacja nr 10	✓	✓			
Rekomendacja nr 11					✓
Rekomendacja nr 12	✓	✓			
Rekomendacja nr 13	✓	✓			✓
Rekomendacja nr 14		✓	✓		
Rekomendacja nr 15	✓	✓	✓		✓
Rekomendacja nr 16	✓	✓	✓		
Rekomendacja nr 17	✓	✓	✓	✓	✓
Rekomendacja nr 18		✓	✓	✓	
Rekomendacja nr 19		✓			
Rekomendacja nr 20		✓	✓		✓
Rekomendacja nr 21	✓	✓			✓
Rekomendacja nr 22		✓	✓	✓	

- c) są aktywnymi członkami na portalach społecznościowych, posiadają konta na dwóch, a nawet trzech portalach społecznościowych,
- d) nudzą się, nie mają własnych pasji i hobby,
- e) nie posiadają ustalonych zasad dotyczących korzystania z telefonu komórkowego w domu, w szkole oraz w miejscach publicznych,
- f) mają nie najlepszy kontakt z własnymi rodzicami (Dębski, 2017, s. 25).

Problematyka e-uzależnień na stałe powinna znaleźć swoje miejsce nie tylko w ramach szkolnej profilaktyki uzależnień (np. w ramach obowiązujących statutów szkolnych), ale również w wachlarzu udzielanej pomocy leczniczej osobom uzależnionym bądź ryzykownie korzystającym z narzędzi świata cyfrowego (wsparcie psychologiczne, psychoterapeutyczne, psychiatryczne). Raport w tym zakresie, opracowany przez Najwyższą Izbę Kontroli, nie pozostawia złudzeń: dzisiaj jednostki samorządu terytorialnego, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, jak również szkoły nie realizują na wystarczającym poziomie profilaktyki oraz leczenia w interesującym nas zakresie (NIK, 2016). W objętych kontrolą szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych *nie była znana skala problemu* nadmiernego korzystania przez dzieci i młodzież z mediów elektronicznych. Tylko nieliczne szkoły dokonywały rzetelnej diagnozy środowiska szkolnego pod kątem nadużywania przez uczniów mediów elektronicznych. Raport NIK wskazuje również, że opracowane i realizowane szkolne *programy profilaktyczne i wychowawcze* obowiązujące w okresie objętym kontrolą, nie były ukierunkowane na działania w zakresie tej problematyki. W większości poradni zajęcia faktycznie zrealizowane, obejmujące tematykę wyłącznie e-uzależnień, odbywały się sporadycznie i stanowiły odpowiedź na niewielkie w tym zakresie zapotrzebowanie szkół i placówek. Wyniki pokontrolne wskazują ponadto, że poradnie nie podejmowały działań zmierzających do ujawnienia zagrożeń związanych z problemem nadużywania komputera i internetu. Do ich prowadzenia niezbędne są wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne, których jednostki te nie posiadały. Brak tych narzędzi, w ocenie NIK, utrudnia udzielanie prawidłowego wsparcia potrzebującym.

Badania zrealizowane przez Fundację DBAM O MÓJ Z@SIĘG pozwoliły na sformułowanie rekomendacji, które powinny zostać wdrożone w celu przeciwdziałania nie tylko nałogowemu korzystaniu z telefonów komórkowych,

smartfonów, tabletów, ale problemowi e-uzależnień w ogóle. Systemowe włączenie poniższych postulatów w politykę państwa, gmin/powiatu czy szkoły daje gwarancję lepszego zabezpieczenia polskich użytkowników mediów cyfrowych nie tylko w obszarze profilaktyki, ale również leczenia.

1. Uznanie problemu e-uzależnień jako problemu społecznego oraz ujęcie go w strategicznych dokumentach.
2. Uzupełnienie szkolnych programów wychowawczych i profilaktycznych o tematykę dotyczącą problemu e-uzależnień.
3. Funkcjonowanie formalnych instytucji/wydziałów/działów wspierających osoby uzależnione behawioralnie, w tym e-uzależnione.
4. Opracowanie skutecznej i efektywnej koncepcji zarządzania szkolnymi programami profilaktycznymi w powiecie/gminie.
5. Opracowanie szkolnych programów profilaktyki e-uzależnień i szersze podjęcie działań w zakresie zdobycia rekomendacji upoważnionych instytucji.
6. Realizacja badań z zakresu e-uzależnień w różnych grupach odbiorców.
7. Wypracowanie oraz wdrożenie modelu wsparcia dzieci i młodzieży w zakresie problemu e-uzależnień.
8. Realizacja kampanii społecznych jako zadanie obowiązkowe państwa i gminy.
9. Edukacja rodziców dzieci przedszkolnych.
10. Wspieranie profilaktyczne obywateli poprzez funkcjonowanie centrów informacji.
11. Szersze zaangażowanie organizacji pozarządowych w rozwiązywanie problemów e-uzależnień/cyberprzemocy.
12. Budowanie odrębnych poradni leczenia uzależnień behawioralnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
13. Wspieranie inicjatyw dotyczących realizacji obozów wakacyjnych dla młodzieży i ich rodzin z nastawieniem na wsparcie psychoterapeutyczne.
14. Opracowanie spójnych zasad korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń mobilnych włączonych do internetu.
15. Wsparcie nauczycieli w zakresie kreatywnego wykorzystywania narzędzi nowych technologii w procesie dydaktycznym.
16. Uspójnienie bądź wypracowanie jednolitych procedur szkolnych reagowania na cyberprzemoc oraz

- realizacja programów profilaktycznych w tym zakresie.
17. Wsparcie rodziców w zakresie rozwijania/nabywania kompetencji rodzicielskich, w szczególności w zakresie kształtowania relacji z własnymi dziećmi i wspólnie spędzanie czasu wolnego.
 18. Dbałość o bogatą ofertę spędzania czasu wolnego, w szczególności w sposób aktywny.
 19. Budowanie lokalnych koalicji na rzecz rozwiązywania problemu e-uzależnień, na rzecz tworzenia spójnej polityki gminy/powiatu w tym obszarze.
 20. Sieciowanie szkół odpowiedzialnie korzystających z mediów cyfrowych.

21. Wspieranie rozwoju mediów i narzędzi cyfrowych na rzecz pomocy osobom potrzebującym.
22. Tworzenie oraz dbałość o „kulturę off-line”.

Zapraszamy do zapoznania się z ofertą szkoleniową Fundacji DBAM O MÓJ Z@SIĘG, dostępną na stronie internetowej <http://dbamomojzasieg.com/warsztaty>.

Przypisy

¹ Więcej na <http://dbamomojzasieg.com>

Bibliografia do artykułu jest dostępna w redakcji.

Serwis pomocowo-edukacyjny prowadzony w domenie www.narkomania.org.pl to jedno z nielicznych narzędzi internetowych, które oferuje tak wszechstronną pomoc osobom stykającym się z problemem narkomanii. O jego popularności świadczy chociażby jeden ze wskaźników – blisko 2000 wizyt dziennie.

INTERNETOWA PORADNIA ANTYNARKOTYKOWA

Tomasz Kowalewicz
Psycholog
Fundacja Praesterno

Od stycznia 2016 roku Fundacja Praesterno prowadzi – na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Serwis pomocowo-edukacyjny adresowany do wszystkich osób, które stykają się z problemem narkomanii – zarówno do ludzi młodych (także do tych, którzy biorą narkotyki), rodziców i partnerów osób używających środków psychoaktywnych, jak i do nauczycieli oraz specjalistów zajmujących się terapią osób uzależnionych bądź profilaktyką osób zagrożonych uzależnieniem. Poradnia działa pod adresem www.narkomania.org.pl. Korzystanie z pomocy udzielanej przez Serwis oraz z zasobów w nim zgromadzonych jest bezpłatne.

Struktura Serwisu

Podstawowym elementem pomocowym jest poradnia e-mailowa, gdzie – korzystając ze standardowego formularza – internauci mogą zadać pytanie jednemu z trzech ekspertów: prawnikowi, lekarzowi lub

psychologowi. Zadając pytanie, internauta wypełnia krótką metryczkę, podając wiek, płeć, województwo, miejscowość, kogo dotyczy pytanie, skąd dowiedział się o poradni.

Serwis oferuje także kontakt czatowy – umożliwiający porozmawianie z ekspertem „na żywo” przez komunikator tekstowy, w godzinach dyżurów ekspertów (9 godzin tygodniowo).

Odrębną ścieżką pomocy są wideoporady, umożliwiające kontakt internauty z ekspertem poprzez komunikator internetowy, pozwalający na przekaz głosowy i kontakt wideo. Wideoporady oferowane są rodzicom, partnerom i innym bliskim osób biorących narkotyki oraz wszystkim zainteresowanym problematyką narkotyków lub narkomanii potrzebującym porad i wsparcia prawnego. Skorzystanie z wideoporady wymaga indywidualnego umówienia się z ekspertem. W zakładce Szukam pomocy → Placówki pomocowe Serwis oferuje pakiet baz danych placówek pomocowych,

telefonów zaufania, baz adresowych placówek realizujących specjalistyczne programy („Candis”, „Fred goes net”). Najczęściej wykorzystywana jest tu wyszukiwarka placówek oparta na Informatorze Krajowego Biura, umożliwiająca włączenie filtrów ograniczających wyniki wyszukiwania do konkretnego województwa, miasta, typu placówki spośród 9 ich rodzajów. W tej bazie jest 430 placówek.

Spośród innych elementów Serwisu zwracam uwagę na podstronę z aktualizowanymi przepisami prawnymi dotyczącymi narkomanii (ustawy i rozporządzenia), podstronę, na której zamieszczono Informator o narkotykach dostarczający wiedzy na temat różnych rodzajów substancji psychoaktywnych, omawiający sposób działania, właściwości uzależniające, skutki oraz objawy używania najpopularniejszych narkotyków.

Materiały edukacyjne i poradnicze prezentowane są m.in. w dziale Czytelnia, zawierającym 177 artykułów pogrupowanych tematycznie (m.in. badania, raporty; diagnostyka; polityka antynarkotykowa; leczenie, redukcja szkód; mechanizmy uzależnienia).

Korzystanie z Serwisu przez internautów

W zakładce O poradni opublikowano raport ewaluacyjny dotyczący funkcjonowania Serwisu w ubiegłym roku. W 2016 roku zanotowano ponad 716 500 wizyt na stronie www.narkomania.org.pl, czyli niemal 2000 wizyt dziennie. Najpopularniejszym działem, z którego korzystali internauci, był Informator o narkotykach, objawach i skutkach ich używania. W drugiej kolejności odwiedzano dział Czytelnia.

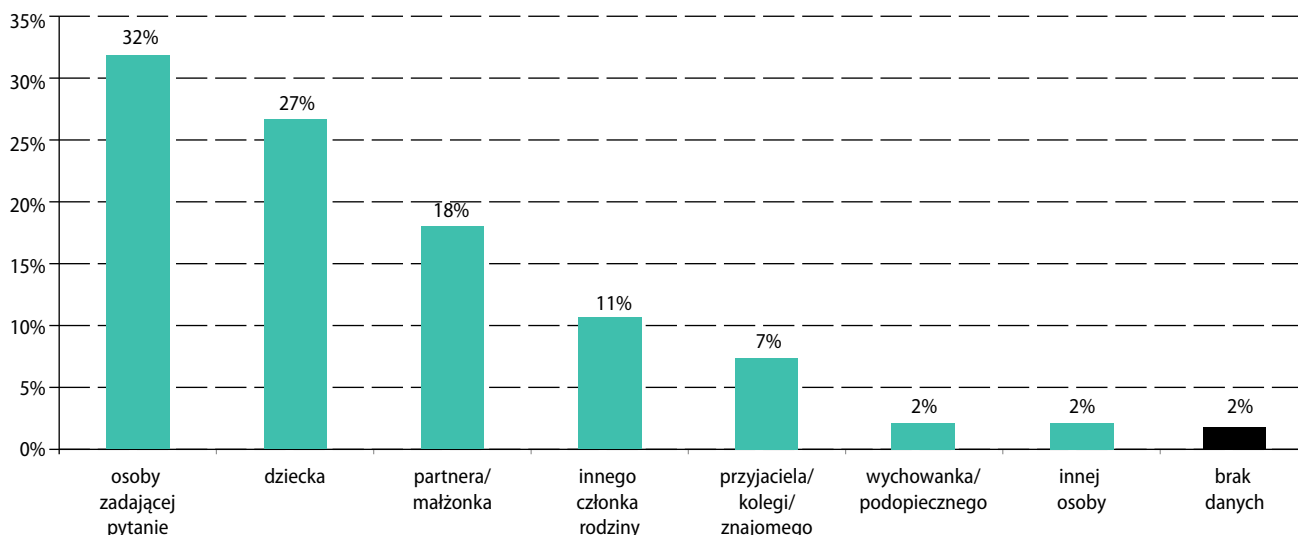
Internauci zadali ekspertom 949 pytań e-mailowych. Najczęściej pytania były kierowane do psychologa (56% pytań), w drugiej kolejności do lekarza (25% pytań), w następnej do prawnika (20% pytań).

Dwie trzecie pytających stanowiły kobiety, jedną trzecią mężczyźni. Najczęściej pytania zadawali młodzi dorośli (w wieku 20-30 lat) – 36% pytań, w drugiej kolejności osoby powyżej 40. roku życia – 27% i w wieku 31-40 lat – 25%, najrzadziej najmłodszy internauci (do 19. roku życia) – 8%. 33% pytań było kierowanych przez mieszkańców miast pow. 200 tys., 28% przez mieszkańców miast do 50 tys., 24% – przez mieszkańców miast 51-200 tys., 15% pytań zadali mieszkańcy wsi. 4% pytań skierowały osoby spoza Polski, najczęściej z Anglii, Niemiec i Holandii. Wykres 1. odpowiada na pytanie, o kogo pytali klienci poradni. Najczęściej pytanie dotyczyło samej osoby zadającej pytanie. W drugiej kolejności dziecka osoby pytającej, dalej partnera/małżonka, innego członka rodziny, następnie przyjaciela/kolegi/znajomego. Pojedyncze pytania dotyczyły wychowanka/podopiecznego osoby pytającej lub osoby należącej do innej kategorii niż wymienione wcześniej.

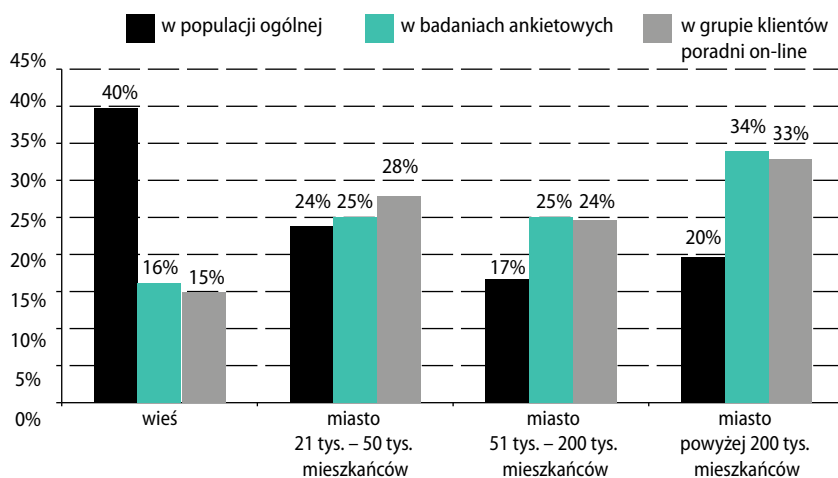
Badania ankietowe klientów poradni

W ramach ewaluacji działania poradni przeprowadzono program badawczy, którego celem było uzyskanie opinii klientów internetowej poradni działającej w serwisie www.narkomania.org.pl na temat użyteczności uzyskiwanych przez nich odpowiedzi na pytania kierowane do ekspertów. W internecie umieszczono ankietę ewaluacyjną, e-mailowo zaproszono losowo 696 osób, to jest 80%

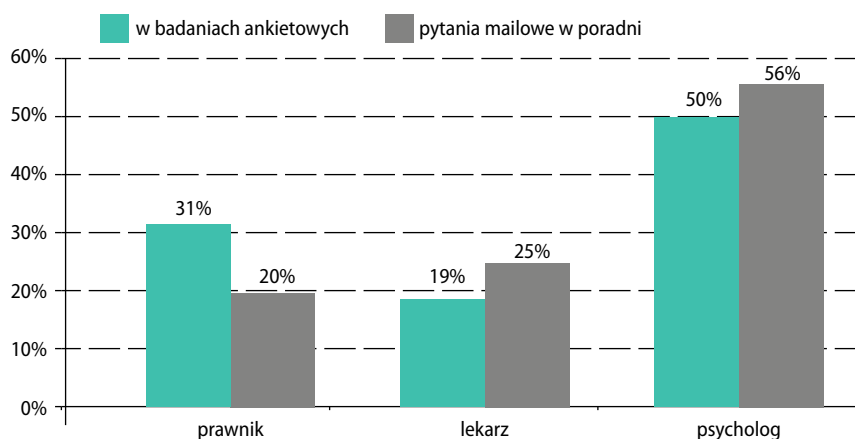
Wykres 1. Kogo dotyczyło pytanie zadawane w poradni.



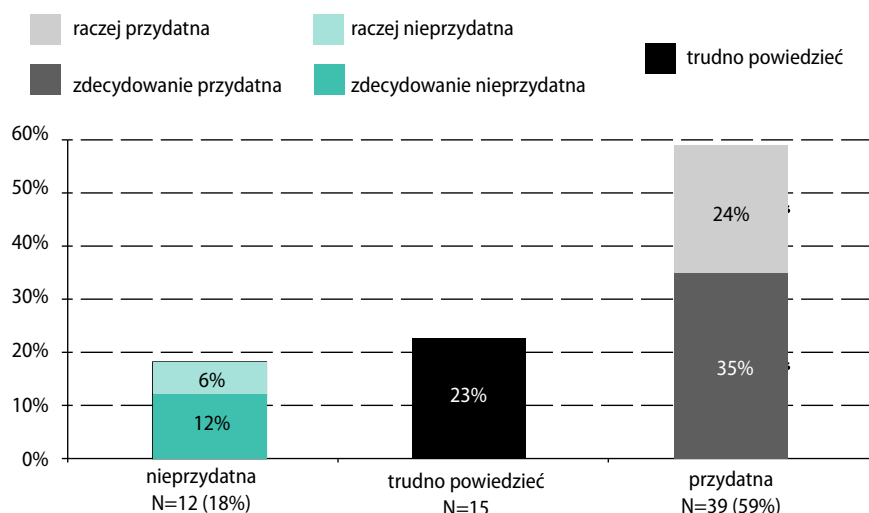
Wykres 2. Udział mieszkańców poszczególnych typów miejscowości w:



Wykres 3. Odsetek respondentów korzystających z porad poszczególnych ekspertów.



Wykres 4. Ocena przydatności porad.



korespondentów poradni z grupy 868 korespondentów, którzy skierowali pytanie do poradni w okresie od stycznia do końca listopada 2016 roku. Otrzymano 66 wypełnionych ankiet ewaluacyjnych, to daje odpowiedzi od 9,5% korespondentów poradni on-line, którym dostarczono zaproszenia do wzięcia udziału w badaniach. Ten wynik mieści się w przedziale zwrotów uzyskiwanych w badaniach społecznych (stopa zwrotu kształtuje się na poziomie 5–10%, a czasem jedynie na poziomie 2–3%). Uzyskany wynik należy uznać za sukces ze względu na prawdopodobną niepewność i niechęć respondentów do wymiany osobistych informacji dotyczących zagrożenia bądź uzależnienia od narkotyków, obaw dotyczących potencjalnych konsekwencji prawnych związanych z ujawnieniem korzystania z nielegalnych substancji psychoaktywnych osobiście lub przez osoby z bliskiego kręgu społecznego. Cechy demograficzne respondentów, którzy wypełnili ankietę, są zbliżone do ogółu klientów poradni: 62% respondentów stanowiły kobiety, 24% mężczyźni, 14% nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o płeć, 4% respondentów stanowiły osoby do 19. roku życia, 30% – młodzi dorośli (20–30 lat), 19% osoby w wieku 31–40 lat, 32% osoby powyżej 40. roku życia. 17% respondentów nie podało swojego wieku. Wykres 2. pokazuje rozkład wielkości miejscowości zamieszkania respondentów, którzy wypełnili ankietę oraz ogółu klientów poradni. Te dane umieszczono w kontekście udziału mieszkańców poszczególnych typów miejscowości w populacji ogólnej. W grupie uczestników badań ankietowych i w grupie wszystkich klientów poradni w 2016 roku niedoreprezentowani są mieszkańcy wsi w porównaniu z populacją ogólnopolską. W obu grupach nadreprezentowani są mieszkańcy dużych i największych miast. Udziały

mieszkańców poszczególnych typów miejscowości są niemal identyczne w grupie uczestników badań ankietowych i w grupie wszystkich klientów poradni.

Brane pod uwagę parametry socjodemograficzne (płeć, wiek, wielkość miejscowości zamieszkania) klientów poradni uczestniczących w badaniach ankietowych są podobne do charakterystyk ogółu klientów poradni korzystających z porad w 2016 roku, więc można przyjąć, że próba uczestnicząca w badaniach dobrze reprezentuje ogół osób korzystających z porad w 2016 roku.

Rozkład adresatów pytań w grupie uczestników badań jest podobny do rozkładu w ogóle klientów poradni (wykres 3.). Uczestnicy badań nieco rzadziej – w porównaniu z ogółem klientów poradni – zwracali się do lekarza i psychologa, nieco częściej do prawnika.

Zdecydowana większość uczestników badań (65%) skierowała do ekspertów jedno pytanie, 12% kontaktowało się dwa razy, 5% trzy razy, 15% więcej niż trzy razy.

Wykres 5. Czy odpowiedź udzieloną przez eksperta oceniasz jako przydatną dla siebie czy nieprzydatną?



W odpowiedzi na pytanie: Czego dotyczyło Twoje ostatnie pytanie do eksperta? – 41% respondentów wybrało odpowiedź, że problemów z narkotykami swojego dziecka, swoich bliskich lub znajomych, 29% – swoich problemów z narkotykami, 23% problemów z narkotykami swojego partnera lub znajomego, 8% – innej sprawy.

Dla większości respondentów (65%) kontakt z ekspertem poradni on-line był pierwszym kontaktem ze specjalistą zajmującym się problematyką uzależnień. 24% respondentów miało już wcześniej osobisty kontakt ze specjalistą uzależnień. 6% respondentów miało wcześniej mailowy, internetowy lub telefoniczny kontakt ze specjalistą uzależnień. Odpowiedź udzielona przez eksperta poradni narkotykowej on-line skłoniła 35% respondentów do osobistego skontaktowania się (w poradni lub innej placówce) ze specjalistą zajmującym się problematyką uzależnień.

Uczestnicy badań ankietowych zostali poproszeni o ocenę przydatności porad udzielonych przez ekspertów poradni on-line (wykres 4.).

59% respondentów uznało porady ekspertów poradni on-line za przydatne (w tym 35% za zdecydowanie przydatne). 18% respondentów uznało porady za nieprzydatne (w tym 12% za zdecydowanie nieprzydatne). 23% respondentów nie potrafiło ocenić, czy porady były przydatne, czy nie. Analizie poddano ocenę przydatności porad w zależności od tego, który specjalista udzielił porady (wykres 5.).

Najczęściej (73%) za przydatne uznawano porady udzielone przez prawnika, w następnej kolejności przez lekarza (71%), najrzadziej (61%) przez psychologa.

Z drugiej strony za nieprzydatne najrzadziej (9%) uznawano porady udzielone przez psychologa, w następnej kolejności (13%) przez prawnika, najczęściej (29%) za nieprzydatne uznawano porady udzielone przez lekarza.

Najbardziej zdecydowani w opiniach byli korespondenci lekarza. Nikt z tej grupy nie udzielił odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Brak opinii najczęściej wyrażali korespondenci psychologa. Aż 30% na postawione pytanie udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”. 13% korespondentów prawnika nie potrafiło dokonać oceny.

32% respondentów oświadczyło, że kłopot, z którym zwracali się do eksperta z poradni internetowej, został już rozwiązany.

W przypadku 62% badanych zgłaszany kłopot w dalszym ciągu stanowi problem. 6% nie odpowiedziało na pytanie. W pytaniach otwartych respondenci mieli możliwość swobodnego sformułowania zalet i wad poradni on-line (wykres 6.).

Respondenci zdecydowanie częściej wskazywali na zalety poradni (69 zalet) niż wady (16 wad).

Najczęściej (28% wypowiedzi pozytywnych) za zaletę uznawano dostępność poradni, wygodę, możliwość skontaktowania się bez wychodzenia z domu. 28% wypowiedzi pozytywnych stanowiło ogólne stwierdzenie, że poradnia nie ma wad. 20% wypowiedzi chwaliło szybkość w uzyskaniu odpowiedzi na przesłane pytanie. W 12% wypowiedzi wskazano – jako zaletę – zachowanie przez pytającego anonimowości. W 9% wypowiedzi podkreślono kompetencje ekspertów. 4% dotyczyło innych zalet.

Za główną wadę (38% wypowiedzi negatywnych) uznano brak bezpośredniego kontaktu z ekspertem. W 19% wypowiedzi oceniono ekspertów jako niedostatecznie zaangażowanych. W 13% wypowiedzi skarżono się na powierzchowność porad, także 13% wypowiedzi wskazywało na długi czas oczekiwania na odpowiedź eksperta. Inne, pojedynczo wymieniane wady, pojawiły się w 19% wypowiedzi.

Podsumowanie

Zebrane dane zarówno statystyczne, jak i wyniki ankietowych badań klientów poradni on-line, wskazują na zdecydowaną użyteczność Serwisu pomocowo-edukacyjnego prowadzonego

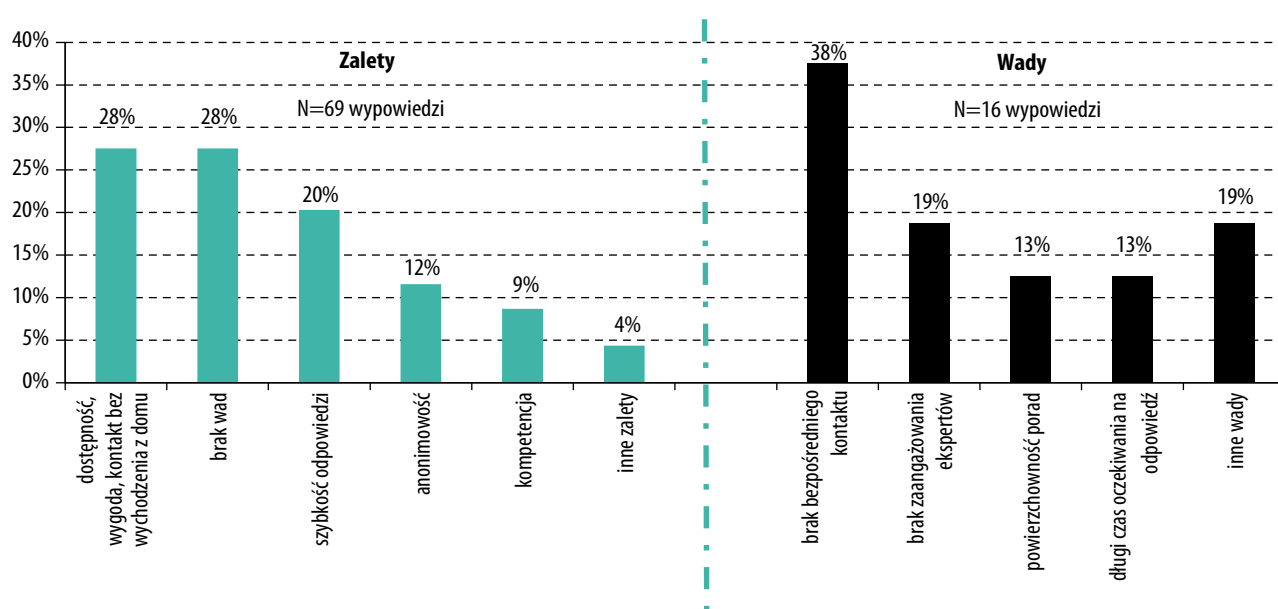
pod adresem www.narkomania.org.pl. Serwis był w 2016 roku odwiedzany średnio przez niemal 2000 osób dziennie. Z poradni internetowej skorzystało blisko 1000 osób. Pytania częściej były zadawane przez kobiety, młodych dorosłych i rodziców osób używających narkotyków. Najczęściej z porad korzystały osoby biorące narkotyki.

Dla większości klientów kontakt z poradnią był pierwszym kontaktem ze specjalistą. Można domniemywać, że kontakt z poradnią przełamuje barierę oporu przed skorzystaniem z profesjonalnej pomocy. Mimo tego, że większość uznała porady udzielone przez ekspertów za przydatne, tylko jedna trzecia stwierdziła, że kłopot, z którym zwróciła się do poradni – został rozwiązany. Wydaje się, że kontakt z poradnią rozpoczyna proces uzyskiwania profesjonalnego wsparcia i że klienci poradni mają świadomość tego, że rozwiązanie problemu narkotykowego wymaga czasu i intensywnego zaangażowania.

Poradnia umożliwia bardzo łatwy dostęp do specjalistów. Jest to doceniane przez jej klientów. Odczuwają oni jednocześnie brak osobistej relacji, możliwej do uzyskania jedynie w kontakcie bezpośrednim.

Uzyskane dane wskazują, że znaczenie internetowego wsparcia poradniczo-edukacyjnego będzie wzrastać, choć wirtualna pomoc nie zastąpi pomocy udzielanej przez specjalistów w bezpośredniej relacji. Może jednak odgrywać niebagatelną rolę w informowaniu klientów o placówkach pomocowych, dostarczaniu im materiałów edukacyjnych, udzielaniu porad oraz – co wydaje się bardzo istotne – w motywowaniu ich do skorzystania z bezpośredniego wsparcia specjalistów.

Wykres 6. Zalety i wady poradni on-line – swobodne wypowiedzi.



BASIS (BRIEF ADDICTION SCIENCE INFORMATION SOURCE)



BASIS to amerykański projekt popularyzujący wiedzę na temat uzależnień. Rozwinięcie skrótu w języku polskim można tłumaczyć jako źródło zwięzłej informacji naukowej o uzależnieniach.

Jak dowiadujemy się ze stron BASIS, 72% Amerykanów korzysta z internetu w celu zdobycia informacji medycznej, a ponad 30% korzysta z sieci specjalnie po to, by określić swój stan zdrowia. Projekt stworzyła jednostka naukowa przy szpitalu akademickim Uniwersytetu Harvarda, w odpowiedzi na ogromne ilości niesprawdzonych, często fałszywych przekazów medycznych pojawiających się w internecie.

Istotą serwisu jest prezentowanie informacji w formie skrótowej, przytaczając kluczowe dla danego badania wyniki z rzetelnie omówionym kontekstem. Tak skonstruowane „newsy” zawierają zazwyczaj ok. pół strony tekstu i wykres lub inną ilustrację.

Publikacje promowane przez serwis mieszczą się w czterech głównych blokach tematycznych:

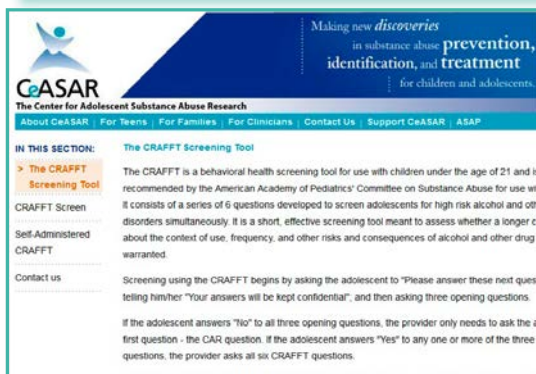
ASHES (Addiction Smoking Health Education Service) – edukacja zdrowotna na temat nałogowego palenia tytoniu,

STASH (Science Threads on Addiction, Substance use, and Health) – dziedziny naukowe zajmujące się używaniem substancji, uzależnieniem i zdrowiem,

The DRAM (Drinking Report for Addiction Medicine) – raport medyczny na temat uzależnienia od alkoholu,

The WAGER (Worldwide Addiction Gambling Educational Report) – badania naukowe na temat nałogowego grania.

Wszystkie zasoby tekstowe serwisu dostępne są bezpłatnie, a ich archiwa obejmują cotygodniowe aktualizacje od 1996 roku.



Ciekawym działem na stronie jest 'Addiction Resources' (http://www.basisonline.org/addiction_resources.html) – zawierający przegląd testów internetowych i serwisów samopomocowych związanych z nałogami i używaniem substancji.

Krótkie, kilkupytniowe testy dotyczą hazardu (BBGS), używania substancji (CAGE, CRAFFT, DAST) i zaburzeń lękowych.

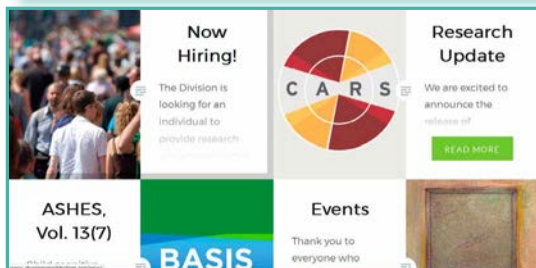
Strony samopomocowe obejmują zazwyczaj wstępny test i kilka narzędzi internetowych stanowiących „pierwszy krok ku zmianie”. Adresowane są do osób rozpoznających u siebie symptomy nadużywania alkoholu, marihuany, nikotyny, bądź których problemy dotyczą nadmiernego kupowania lub gier hazardowych.

W dziale tym znalazły się również kursy on-line, jednak płatne – od 50 do 100 \$.



CAMBRIDGE HEALTH ALLIANCE – DIVISION ON ADDICTION

Serwis BASIS jest prowadzony przez jednostkę uniwersytecką Cambridge Health Alliance, która w ramach programu Division on Addiction realizuje szerzej zakrojone działania związane z problematyką uzależnień, m.in. badania i treningi, działania edukacyjne oraz pomocowe.



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

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

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

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

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