



Ministerstwo  
Zdrowia



**KC  
PU**  
Krajowe Centrum  
Przeciwdziałania Uzależnieniom

NR 1

2024

SERWIS INFORMACYJNY  
UZALEŻNIENIA



# SPIS TREŚCI

## Goście Serwisu

### W KIERUNKU JAKOŚCI W PROFILAKTYCE

Wywiad z *Gregorem Burkhartem i Arturem Malczewskim*..... 1

## Prawo

### MIĘDZYNARODOWE I KRAJOWE REGULACJE DOTYCZĄCE CANNABIS

*Krzysztof Krajewski*..... 5

### NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2023–2030

*Katarzyna Syroka-Marczewska* ..... 10

## Analiza

### POWRÓT Z KRÓLICZEJ NORY.

#### CZEŚĆ I: PODSTAWY I ROZWAŻANIA TEORETYCZNE DOTYCZĄCE

#### INTEGRACJI PSYCHODELICZNEJ DLA SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

*Jakub Greń, Michał Lasocik*..... 15

### CHEMSEX – CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA

*Agnieszka Walendzik-Ostrowska*..... 21

## FASD

### FUNKCJONOWANIE CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII FASD

#### PRZY WOJEWÓDZKIM SPECJALISTYCZNYM SZPITALU DZIECIĘCYM

#### IM. ŚW. LUDWIKA W KRAKOWIE

*Katarzyna Kowalska*..... 28

## Leczenie, redukcja szkód

### BYĆ BLISKO MŁODYCH

*Adam Kasprzyk*..... 33

## Badania, raporty

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM ..... 37

### PODEJMOWANIE LECZENIA PRZEZ OSOBY UZALEŻNIONE

#### OD NARKOTYKÓW W CZASACH PANDEMII COVID-19

*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska*..... 41

## Internet

PROGRAM SAFER INTERNET..... *okładka III i IV*

# W KIERUNKU JAKOŚCI W PROFILAKTYCE



Gregor Burkhardt



Artur Malczewski

Rozmowa z Gregorem Burkharthem, lekarzem, prezydentem i współzałożycielem Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR), głównym analitykiem naukowym w Sekcji Zdrowia Publicznego EMCDDA<sup>1</sup>, i Arturem Malczewskim, doktorem nauk społecznych, geografem społeczno-ekonomicznym, socjologiem, kierownikiem Działu Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

– *Jakie są główne zadania Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR<sup>2</sup>)? Gregor, jaką rolę widzisz dla tej organizacji?*

– **Gregor Burkhardt:** Dla mnie istotne jest, że EUSPR nie jest tylko interdyscyplinarną siecią naukowców, zajmujących się profilaktyką, ale gromadzi również decydentów, osoby opiniotwórcze, osoby odpowiedzialne za tworzenie polityki społecznej i praktyków. EUSPR nie zajmuje się tylko rozwojem metodologii, ale także aktywnym promowaniem profilaktyki opartej na dowodach naukowych i doskonaleniem zawodowym w tym obszarze. Dlatego wielu z nas angażuje się również w Europejski Program Profilaktyki (The European Prevention Curriculum – EUPC<sup>3</sup>) i opracowujemy raporty (tzw. *position paper*) na temat kontrowersyjnych kwestii stanowiących wyzwanie dla naszych społeczeństw. Zbiorowa wiedza, doświadczenie i interdyscyplinarność członków Towarzystwa stanowią ważny bastion nauki przeciwko różnym fałszywym lub wprowadzającym w błąd podejściom do „profilaktyki”. Dlatego też EUSPR zapewnia naukowe wsparcie i kontrolę dla rejestru Xchange<sup>4</sup> EMCDDA oraz dla rady doradczej EUPC.

– **Artur Malczewski:** Miałem przyjemność wziąć udział w pierwszym spotkaniu inicjującym EUSPR w Rzymie. Warto wspomnieć, że EUSPR zostało formalnie zatwierdzone i zarejestrowane w Polsce w 2010 roku jako międzynarodowa organizacja non-profit, z siedzibą w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Polscy eksperci wspierali więc od początku prace Towarzystwa.

Z naszego punktu widzenia stanowiska EUSPR prezentowane w różnych opracowaniach są ważne i dlatego staramy się je tłumaczyć na język polski i umieszczać na stronie internetowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom<sup>5</sup>, jak również je upowszechniać.

– *Skąd wziął się pomysł na szkolenia Europejskiego Programu Profilaktyki (EUPC) i jakie zadania w ich realizacji ma Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z Lizbony (EMCDDA) oraz Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU)?*

– **Gregor Burkhardt:** 9 lat temu uczestniczyłem w USA w pierwszych pilotażowych szkoleniach dla Universal Prevention Curriculum (UPC)<sup>6</sup>, międzynarodowej „matki” EUPC, i zaproponowałem jego twórcom skrócenie i dostosowanie go do kontekstu europejskiego, ponieważ uznałem, że jest to coś, czego Europa potrzebuje: solidnej i właściwej naukowej bazy dla profilaktyki, dla osób podejmujących decyzje bez specjalistycznej wiedzy. Zrobiliśmy to w ramach dwóch rund projektów finansowanych przez Unię Europejską: UPC-ADAPT i ASAP<sup>7</sup>. Ich wyniki zostały następnie przyjęte i opublikowane przez EMCDDA. Obecnie EMCDDA odpowiada za zapewnienie jakości i powtarzalności treści szkoleń EUPC, za ustalanie zasad ich wdrażania oraz za licencjonowanie krajowych trenerów EUPC i przestrzeganie kodeksu postępowania.

– **Artur Malczewski:** W obydwu projektach UPC-ADAPT i ASAP, o których wspominał Gregor, udział wzięli

polscy eksperci z KCPU. Szkolenie EUPC oparte jest na podręczniku *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*, który w Polsce wydał Instytut Psychiatrii i Neurologii<sup>8</sup>. Obecnie wspieramy EMCDDA w działaniach wdrażających EUPC w Europie, organizując wspólnie z Gregorem szkolenie trenerów EUPC (Kraków 2022) z kilkunastu krajów europejskich oraz spotkanie trenerów EUPC (Warszawa 2023). Warto wspomnieć, że od 2024 roku Reitox Focal Points<sup>9</sup> mają zapisane w swoich działaniach wdrażanie EUPC na poziomie krajowym. Nie jest to zadanie obowiązkowe, a opcjonalne, ale to na pewno jest duży krok do przodu w promocji EUPC. Do tej pory tylko kilka Focal Pointów wspierało te działania. Były to szkolenia organizowane przez Focal Pointy w przypadku Grecji, Austrii i Polski lub finansowo przez nie wspierane (w Chorwacji). Widzimy zainteresowanie samorządu terytorialnego we wdrażaniu szkoleń EUPC w Polsce. W ramach współpracy z Ekspertami Wojewódzkimi ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii oraz Urzędami Marszałkowskimi planujemy zorganizować w ośmiu województwach bezpłatne szkolenia dla uczestników. Pierwsze kursy dla przedstawicieli gmin odbędą się w pierwszej połowie 2024 roku w Poznaniu i Szczecinie. Dwudniowe szkolenia będą uzupełnione o webinary on-line.

– **Braliście udział w międzynarodowej konferencji KCPU na temat profilaktyki pt. V Międzynarodowa Konferencja „Profilaktyka oraz monitorowanie uzależnień na poziomie lokalnym – wyzwania oraz szanse”, 25-26 października 2023 roku w Warszawie. Dzień wcześniej odbyło się spotkanie trenerów EUPC. Jakie wnioski można wyciągnąć ze spotkania trenerów EUPC? Czy warto kontynuować tego typu spotkania?**

– **Gregor Burkhardt:** Byłem pod wrażeniem zainteresowania trenerów szkoleniem EUPC i ich zaangażowania w utrzymanie wysokiej jakości szkolenia i w jak najszerszym wdrażaniu go w swoim kraju. Zaangażowanie uczestników w dyskusję było tak duże, że nie udało nam się przejść przez całą agendę. Myślę, że na tym spotkaniu w Warszawie prawie wszyscy trenerzy zdali sobie sprawę, jak wielka i zjednoczona społeczność trenerów EUPC (ponad 100 osób) wyrosła w Europie i poza nią. Dlatego wielu z nich z niecierpliwością czeka na spotkanie tre-

nerów przed konferencją EUSPR w Cremonie (Włochy) we wrześniu 2024 roku.

– **Artur Malczewski:** Cieszę się, że udało nam się w Warszawie stworzyć platformę wymiany doświadczeń między trenerami EUPC<sup>10</sup> z różnych krajów i pomysł ten będzie kontynuowany na najbliższej konferencji EUSPR. Dla mnie szczególnie cenne było pokazanie polskim uczestnikom konferencji działań różnych krajów we wdrażaniu EUPC. Otrzymałem wiele pozytywnych informacji zwrotnych, co było zasługą wysokiej jakości prezentacji zarówno zagranicznych, jak i polskich ekspertów. W konferencji wzięli udział policjanci i policjantki z Centralnego Biura Śledczego Policji, z którymi będziemy tworzyć wspólnie zespół działający w ramach polskiej prezydencji w Unii Europejskiej. Profilaktykę substancji psychoaktywnych i profilaktykę przestępczości na poziomie lokalnym chcemy zaproponować jako jeden z naszych tematów na polską prezydencję, która zacznie się w styczniu 2025 roku. Ponadto na konferencji mieliśmy sesję dotyczącą roli policji w profilaktyce, co jest dla nas szczególnie ważne. Całą konferencję można obejrzeć na YouTubie, na stronie jej współorganizatora – Fundacji Res Humanae: <https://www.youtube.com/watch?v=ZR7FxCGmeRc>.

– **W którym kierunku powinny rozwijać się szkolenia EUPC? Co należy zrobić w tej dziedzinie?**

– **Gregor Burkhardt:** Wiele osób już teraz widzi potrzebę stosowania zasad nauki o profilaktyce prezentowanych przez EUPC także w zapobieganiu otyłości (prace są już prowadzone w Niemczech), przeciwdziałania hazardowi czy problematycznemu używaniu internetu. Już teraz wdrażamy wersję szkolenia EUPC dla realizatorów programów profilaktycznych. Uzupełnia to wersja szkolenia dla decydentów, osób opiniotwórczych i twórców polityki, która zawiera elementy profilaktyki przestępczości i przemocy wśród młodzieży. Wyzwaniem będzie sprostanie temu zapotrzebowaniu i opracowanie wysokiej jakości komplementarnych elementów programów nauczania, które dalej rozszerzą EUPC. Ekscytujące jest to, że zasady profilaktyki opartej na dowodach naukowych mogą być stosowane w większej liczbie problemowych obszarów w naszych społeczeństwach.

– **Artur Malczewski:** W ramach międzynarodowego projektu Frontline Politeia, we współpracy z dr Justyną Syroką, która jest Ekspertem Wojewódzkim ds. In-



formacji o Narkotykach i Narkomanii (RCPS Lublin), realizowaliśmy pilotażowe szkolenie EUPC dla realizatorów programów profilaktycznych z województwa lubelskiego. Była to pierwsza próba, i w moim odczuciu udana, zmiany grupy docelowej dla szkoleń EUPC, bo w tym programie wzięły udział nie osoby zlecające programy profilaktyczne, ale realizatorzy tych programów, w tym przedstawiciele policji. W ramach projektu Frontline Politeia „zmapowaliśmy” programy profilaktyczne i już po zakończeniu projektu RCPS w Lublinie chcemy wesprzeć niektóre z tych programów w przygotowaniu ich do zgłoszenia do bazy programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU.

– **EMCDDA przekształca się w tym roku w Europejską Agencję ds. Narkotyków (ang. skrót EUDA). Jakie nowe zadania w dziedzinie profilaktyki będą realizowane przez nową instytucję i czy może to oznaczać dodatkowe wsparcie dla profilaktyki w Europie?**

– **Gregor Burkhardt:** EUDA będzie miała mandat nie tylko do monitorowania, ale także do aktywnego udzielania porad, realizowania szkoleń i udzielania rekomendacji. To zmieni zasady gry i da (po fakcie) oficjalny mandat dla EUPC i jego pochodnych. EUDA będzie mogła zapewnić więcej szkoleń, także w innych dziedzinach niż profilaktyka. W programie prac EUDA już publicznie stwierdzono, że będzie ona również wdrażać i rozpowszechniać wersję EUPC dla realizatorów programów profilaktycznych w Europie. Obejmie to profilaktykę przestępczości i przemocy wśród młodzieży.

– **Gregor, czy możesz przybliżyć czytelnikom „Serwisu Informacyjnego Uzależnienia” rejestr Xchange? Jakie inne podobne źródła warto wykorzystać?**

– **Gregor Burkhardt:** Początkowo postrzegałem Xchange jako wysoce specjalistyczną rzecz tylko dla naukowców zajmujących się profilaktyką. Nagle, ponieważ teraz jest używany jako kamień węgielny dla EUPC, katalog Xchange stał się prostym narzędziem dla decydentów, osób opiniotwórczych, polityków umożliwiającym sprawdzenie, czy niektóre słynne programy (takie jak na przykład Program Wzmacniania Rodziny) lub programy intensywnie reklamowane (np. Planet Youth) są faktycznie skuteczne i warte inwestycji, zarówno finansowych, jak i infrastrukturalnych. Najpierw odkryliśmy przydat-

ność Xchange, a teraz przygotowujemy siostrzany rejestr – po hiszpańsku, dla całej Ameryki Łacińskiej. Wiele nieefektywnych lub nawet szkodliwych interwencji jest tam mocno promowanych i reklamowanych. Rejestry, takie jak Xchange (lub jego siostra ILAIPE w Ameryce Łacińskiej czy Blueprints w USA), są bardzo prostymi narzędziami do podejmowania mądrzejszych decyzji finansowych. Jednym z mankamentów profilaktyki nie jest brak funduszy na profilaktykę, ale to, że istniejące pieniądze są wydawane na bezużyteczne lub nawet potencjalnie szkodliwe programy tylko dlatego, że dobrze wyglądają.

– **Artur Malczewski:** Warto dodać, że w Polsce mamy swój rejestr, to jest bazę programów rekomendowanych<sup>11</sup>, która jest nie tylko wykazem programów opartych na dowodach naukowych, ale również cennym zasobem wiedzy na temat tego, co działa w profilaktyce. System rekomendacji funkcjonuje na poziomie krajowym od 2010 roku. Jest to zadanie realizowane we współpracy trzech instytucji: Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Instytutu Psychiatrii i Neurologii i Ośrodka Rozwoju Edukacji. W ramach systemu dokonywana jest ocena programów z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży. Gdy tworzyliśmy Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień<sup>12</sup> w latach 2008–2010, to właśnie system rekomendacji z Polski był jednym z dokumentów, który wykorzystano w pracach nad standardami.

– **Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego, nazywana także profilaktyką środowiskową (ang. environmental prevention), jest ważnym elementem działań mających na celu zmniejszenie rozprzestrzeniania się używania substancji psychoaktywnych. Jaką rolę powinny pełnić społeczności lokalne w tej dziedzinie? Jak ważna jest profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego w odpowiedzi na problem substancji psychoaktywnych?**

– **Gregor Burkhardt:** Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego jest drugim (choć w dużej mierze nieznanym) filarem profilaktyki. Większość ludzi myśli (jak np. w niedawnej deklaracji z Oviedo<sup>13</sup>), że profilaktyka polega wyłącznie na uczynieniu jednostek bardziej

odpornymi, kompetentnymi i potrafiącymi dokonywać lepszych wyborów, dzięki dostarczaniu im odpowiednich narzędzi behawioralnych i decyzyjnych. Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego działa na zachowanie ludzkie w inny – uzupełniający, często zaniedbywany, ale niezbędny sposób: dążąc do stworzenia ochronnego i przyjemnego środowiska, eliminując szkodliwe bodźce behawioralne. Dzięki temu nie jest konieczne, by ludzie byli kompetentni, samokontrolujący się i ciągle zobowiązani do podejmowania odpowiedzialnych wyborów. Wielu ludzi nie jest w stanie tego zrobić, ponieważ są na przykład zajęci zapewnianiem pożywienia, koniecznością utrzymania lub opieki nad kimś innym. Chociaż uważa się przepisy prawne i makropolityki dotyczące alkoholu, tytoniu czy marihuany za główne zakresy profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego, to praktyka pokazuje, że poprawę fizycznego i regulacyjnego otoczenia lepiej realizują lokalne społeczności, np. poprzez zapewnienie zdrowszych i bardziej zielonych środowisk, z większą możliwością organizacji konstruktywnego spędzania czasu wolnego, mniejszą ekspozycją na wizualne bodźce wywołujące zachowania związane z używaniem substancji, a także zdrowsze uregulowanie środowiska życia nocnego np. z dostępną darmową wodą i odpowiedzialnymi praktykami serwowania napojów alkoholowych. Takie – i wiele innych – możliwości działań społeczności nie wymagają od ludzi wyposażenia w takie umiejętności ochronne, jak np. samokontrola, zrozumienie, motywacja i dlatego są egalitarne i społecznie bardziej sprawiedliwe niż podejście skoncentrowane na jednostce, mające na celu wyłącznie poprawę zachowania.

– **Artur Malczewski:** To jest ważny temat w Polsce i tak, jak wspomniał Gregor, społeczności lokalne pełnią kluczową rolę. Gminy podejmują działania mające na celu ograniczenie dostępności napojów alkoholowych. Nadal wydają się one niewystarczające. Na przykład mamy w Polsce prawie 2500 gmin, a tylko około 170 wprowadziło ograniczenie nocnej sprzedaży napojów alkoholowych. Warto zwrócić uwagę, że nie mamy w Polsce dobrego tłumaczenia terminu *environmental prevention*, i to określenie prawie nie funkcjonuje zarówno w dokumentach strategicznych, jak i w praktyce. Z drugiej strony gminy podejmują działania w ramach profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego. W 2022 roku było ponad 120 tys. punktów sprzedaży napojów alkoholowych i to od samorządu lokalnego zależy, ile ich będzie – czy ta

liczba będzie wzrastać, czy maleć. W podręczniku EUPC, wydanym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, zostało zaproponowane tłumaczenie na polski *environmental prevention* jako *profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego*. Ustalenie trafnego terminu to nie tylko nasz problem, podobnie jest też np. w Chorwacji. Staramy się zarówno promować samą nazwę tego typu profilaktyki, jak również działania z jej obszaru. Dyskutowaliśmy na ten temat podczas międzynarodowej konferencji w ubiegłym roku w Warszawie, w której uczestniczył Gregor.

– *Dziękuję za rozmowę.*

Redakcja

## Przypisy

- <sup>1</sup> EMCDDA – Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.
- <sup>2</sup> Zapraszamy do odwiedzenia strony Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką: <https://euspr.org>
- <sup>3</sup> Program mający na celu podnoszenie profesjonalizmu personelu zajmującego się profilaktyką substancji psychoaktywnych w Europie. Strona EUPC prowadzona jest przez EMCDDA: [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en)
- <sup>4</sup> Xchange to internetowy rejestr programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych dostępny pod adresem: [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en)
- <sup>5</sup> Ostatnie stanowisko EUPC (tzw. position paper) opublikowane na stronie KCPU dotyczy roli organów ścigania w profilaktyce: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/02/Stawowisko-Europejskiego-Towarzystwa-Badan-nad-Profilaktyka-dot-roli-organow-scigania-w-profilaktyce-pdf>
- <sup>6</sup> Europejski Program Profilaktyki – program szkoleniowy dla osób zlecających wdrażanie programów profilaktycznych oraz/i podejmujących strategiczne decyzje odnośnie do profilaktyki, a także specjalistów w dziedzinie profilaktyki, zwiększający kompetencje w pracy w zakresie profilaktyki opartej na dowodach.
- <sup>7</sup> Projekt Frontline Politeia (<https://www.frontline-politeia.eu>) był pierwszą próbą wdrożenia szkoleń EUPC w kilkunastu krajach Unii Europejskiej. Dr Artur Malczewski był koordynatorem pakietu trzeciego projektu, w ramach którego m.in. przeprowadzono analizę systemów profilaktycznych w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, jak również podjęto próbę „zmapowania” podmiotów zajmujących się profilaktyką uzależnień (<https://preventionasap.pl>).
- <sup>8</sup> Polska wersja podręcznika pod nazwą „Europejski Program Profilaktyki” dostępna jest na stronie: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11733/PL\\_EUPC\\_Online.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/11733/PL_EUPC_Online.pdf)
- <sup>9</sup> Reitox Focal Points to Krajowe Punkty Monitorujące, które działają we wszystkich krajach Unii Europejskiej oraz Norwegii i Turcji. Focal Points współpracują ściśle z EMCDDA i otrzymują współfinansowanie ze środków Komisji Europejskiej. W KCPU rolę Reitox Focal Point pełni Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej. Wykaz Reitox Focal Points oraz zakres ich działania znajduje się na stronie EMCDDA: [https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox_en)
- <sup>10</sup> Lista trenerów znajduje się na stronie EMCDDA: [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc/list-of-trainers\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc/list-of-trainers_en)
- <sup>11</sup> Strona programów rekomendowanych: <https://programyrekommowane.pl>
- <sup>12</sup> Informacje o standardach i publikacje na ten temat w języku polskim znajdują się na stronie: <https://kcpu.gov.pl/profilaktyka-i-edukacja/europejskie-standardy/>
- <sup>13</sup> Deklaracja z Oviedo jest dostępna na stronie internetowej: <https://www.oviedodeclaration.org>

*Współcześnie polityka prohibicji zaczyna podlegać coraz to wyraźniejszej ewolucji i różnicowaniu od pierwotnej jej formy, którą określić można mianem prohibicji twardej (prawny zakaz realizacji wszelkich form podaży i konsumpcji środków odurzających i substancji psychotropowych), do jej współczesnych, niekiedy dość odbiegających od pierwotnej „ortodoksji” form, które określić można mianem prohibicji miękkiej, przede wszystkim w polityce realizowanej wobec cannabis.*

## MIĘDZYNARODOWE I KRAJOWE REGULACJE DOTYCZĄCE CANNABIS<sup>1</sup>

Krzysztof Krajewski  
Uniwersytet Jagielloński

Od początku XX wieku środki odurzające i substancje psychotropowe objęte zostały w skali globalnej systemem prohibicji, tj. podejściem oznaczającym zakaz podejmowania względem tych substancji jakichkolwiek czynności, w tym przede wszystkim polegających na wyrobie, przetwarzaniu, przewożeniu, wprowadzaniu do obrotu, udzielaniu, posiadaniu itp., chyba że jest to uzasadnione względami medycznymi i/lub badawczymi. Zakaz ten dotyczy więc przede wszystkim wykorzystania tych środków w celach rekreacyjnych, tj. używania ich dla osiągnięcia wywołanych przez nie efektów psychoaktywnych.

Na poziomie międzynarodowym powyższa fundamentalna zasada systemu prohibicji narkotykowej znajduje jednoznaczny wyraz w art. 4 lit. c Konwencji jednolitej o środkach odurzających z roku 1961, podstawowego instrumentu prawnego globalnej polityki narkotykowej powstałego w ramach ONZ i ratyfikowanego przez zdecydowaną większość (186) krajów świata. Przepis ten stwierdza: „strony podejmą takie kroki prawne i administracyjne, które uznają za konieczne, aby uwzględniając postanowienia niniejszej konwencji, ograniczyć zbiór, wyrób, wywóz, przywóz, rozprowadzanie, obrót, użycie i posiadanie środków odurzających wyłącznie do celów leczniczych i naukowych”. Nieco inaczej ujęte, ale w zasadzie identyczne w swej treści postanowienia zawiera art. 5 Konwencji o substancjach psychotropowych z roku 1971. O tym, jakie środki odurzające lub substancje psychotropowe są przedmiotem kontroli międzynarodowej, decydują wykazy substancji kontrolowanych, stanowiące załączniki do obu konwencji, których ewentualne uzupełnianie jest zadaniem Komisji Środków Odurzających w ramach Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ (ECOSOC). Obecnie w ramach systemu ONZ takiej kontroli poddane są 94 środki odurzające i 105 substancji psychotropowych. Wśród nich

znajdują się ziele i żywica konopi oraz tetrahydrokannabinol (THC). Podkreślić należy, że załączniki do konwencji ONZ zawierające wykazy substancji kontrolowanych, określają jedynie minimalny zakres kontroli szkodliwych substancji psychoaktywnych i kraje członkowskie mogą w ramach prawa krajowego przewidywać znacznie szerszy zakres tej kontroli i poddawać jej także substancje nie umieszczone w wykazach ONZ. Większość krajów korzysta z tej możliwości, np. w ustawodawstwie polskim kontroli poddanych jest ponad 400 środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych umieszczonych w stosownych wykazach, stanowiących załączniki do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U.2018.1591 z późn. zm.).

Substancje umieszczone w wykazach stanowiących załączniki do konwencji ONZ są ponadto klasyfikowane w ramach czterech grup (wykazy I–IV Konwencji jednolitej oraz wykazy I–IV Konwencji o substancjach psychotropowych), w zależności od ich właściwości, szkodliwości, intensywności form kontroli oraz dopuszczalnych zastosowań medycznych, terapeutycznych, badawczych itp. Zasada jest przy tym następująca: w wykazie I znajdują się zawsze wszystkie środki i substancje kontrolowane, które w ten sposób podlegają tzw. kontroli podstawowej. Środki umieszczone w wykazach II i III podlegają mniej rygorystycznej, złagodzonej kontroli, natomiast środki umieszczone w wykazie IV podlegają kontroli obostrzonej. To ostatnie oznacza m.in., że niedopuszczalne jest ich stosowanie nawet w celach medycznych, terapeutycznych itp. Do grudnia 2020 roku *cannabis* znajdowały się w wykazach I oraz IV Konwencji jednolitej, a więc – obok m.in. heroiny



– były traktowane jako środek niemający jakichkolwiek zastosowań medycznych, terapeutycznych itp. i jako taki podlegały najostrzejszej kontroli międzynarodowej oraz w prawie krajowym stron konwencji. Dopiero decyzja 63/17 Komisji Środków Odurzających Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ, podjęta w czasie posiedzenia w dniach 2-4 grudnia 2020 roku, zmieniła status prawny tych substancji: konopie i ich żywica zostały usunięte z wykazu IV Konwencji jednolitej, pozostają natomiast w wykazie I. Decyzja została podjęta stosunkiem głosów 27 do 25, przy 1 głosie wstrzymującym się<sup>2</sup>. Oznacza to, że aktualnie ziele i żywica konopi, a także THC są substancjami kontrolowanymi, ale takimi, co do których dopuszczalne są zastosowania medyczne i terapeutyczne. Będąca od wielu lat przedmiotem intensywnej dyskusji kwestia ewentualnych leczniczych zastosowań *cannabis* w konsekwencji przestała być w zasadzie przedmiotem kontrowersji prawnych. Przed decyzją z grudnia 2020 roku kraje świata, które decydowały się na takie czy inne formy dopuszczania medycznego, terapeutycznego wykorzystania ziele i żywicy konopi, mogły w zasadzie być oskarżane o naruszenie swoich zobowiązań międzynarodowych wynikających z faktu ratyfikacji konwencji z 1961 i 1971 roku. Po decyzji Rady Gospodarczej i Społecznej o reklasyfikacji *cannabis* ten problem przestał istnieć, a kwestia medycznych zastosowań kannabinoidów stała się wyłącznie kwestią istnienia ewentualnych wskazań bądź przeciwwskazań medycznych, a nie zakazów prawnych.

## Rozmiękczenie polityki

Współcześnie polityka prohibicji zaczyna podlegać coraz to wyraźniejszej ewolucji i różnicowaniu<sup>3</sup>: od pierwotnej jej formy, którą określić można mianem prohibicji twardej, do jej współczesnych, niekiedy dość odbiegających od pierwotnej „ortodoksji” form, które określić można mianem prohibicji miękkiej. Prohibicja twarda, czy inaczej prohibicja bezwzględna, oznacza bowiem obwarowany sankcjami karnymi prawny zakaz realizacji wszelkich form podaży i popytu (konsumpcji) środków odurzających i substancji psychotropowych, włączając w to nie tylko używanie rekreacyjne, ale także zastosowania medyczne (poza pewnym bardzo wąskim kręgiem środków tradycyjnie wykorzystywanych jako np. środki przeciwbólowe). Niewątpliwie ta forma prohibicji dominowała globalnie do końca ubiegłego wieku i była jednoznacznie reprezentowana w ówczesnej wykładni postanowień konwencji z lat 1961 i 1971 przez organy ONZ. Kraje podejmujące próby odstąpienia od tak

pojmowanej prohibicyjnej „ortodoksji” spotykały się często z różnego rodzaju „wytykami” ze strony Międzynarodowego Organu Kontroli Środków Odurzających (*International Narcotic Control Board*). Już w latach 80. i 90. ubiegłego stulecia jednak coraz to wyraźniej zaznaczały swój wpływ argumenty na rzecz polityki prohibicji miękkiej, które szczególnie jednoznacznie dochodziły do głosu w odniesieniu do *cannabis*. Polityka prohibicji miękkiej nie przekreśla samej istoty systemu prohibicyjnego. Uwzględniając jednak rozmaite doświadczenia, w tym niepowodzenia i negatywne konsekwencje uboczne polityki twardej prohibicji, próbuje znaleźć elastyczniejsze podejście do realizacji podejścia prohibicyjnego. Polega to najczęściej na odstępowaniu w określonych przypadkach od bezwzględnego egzekwowania polityki prohibicji, w tym przede wszystkim sankcji karnych w stosunku do użytkowników narkotyków i osób uzależnionych, podczas gdy zakazy te i sankcje pozostają w mocy w stosunku do osób zajmujących się stwarzaniem nielegalnej podaży narkotyków. Taka miękka prohibicja realizowana jest dzisiaj przy wykorzystaniu czterech podstawowych instrumentów, które znajdują zastosowanie przede wszystkim w polityce realizowanej wobec *cannabis*. Depenalizacja: faktyczne wycofanie prawa karnego i sankcji karnych wobec użytkowników narkotyków (popytu), poprzez możliwość niestosowania tych sankcji w pewnych sytuacjach w praktyce (co nie dotyczy jednak podaży). Dekryminalizacja: formalne wycofanie prawa karnego i sankcji karnych wobec użytkowników narkotyków (popytu), skutkujące całkowitym zaniechaniem stosowania sankcji karnych wobec wszystkich użytkowników (ale nie wobec podaży, tj. bez legalizacji).

Legalizacja dla celów medycznych („medykalizacja” problemu): szersze dopuszczenie zastosowań medycznych, terapeutycznych ziele i żywicy konopi.

Legalizacja dla celów rekreacyjnych („normalizacja” problemu): wycofanie prawa karnego tak wobec popytu, jak i wobec podaży i stworzenie regulowanego rynku, przede wszystkim w odniesieniu do *cannabis*).

Depenalizacja jest stosunkowo najskromniejszą formą odejścia od twardej prohibicji. W jej ramach czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) formalnie pozostają przestępstwami, ale w praktyce albo nie są ścigane, albo wobec sprawców nie stosuje się sankcji karnych, lecz różnego rodzaju alternatywne środki o charakterze leczniczym lub profilaktycznym. W takim rozwiązaniu formalnie obowiązują nadal zakazy prohibicyjne, w tym



także te dotyczące używania rekreacyjnego, ale czyny związane z samym tylko używaniem nie muszą pociągać za sobą sankcji karnych. Można w ogóle nie wszczynać postępowania, umarzać je, zawieszać itp., a o dopuszczalności takich decyzji decyduje z reguły ilość środka, a także okoliczności czynu. Depenalizacja jest dzisiaj często stosowanym środkiem wykorzystywanym w wielu krajach europejskich, takich jak np. Holandia, Austria, Niemcy, a także Polska. W tym ostatnim wypadku chodzi o obowiązujący od roku 2011 art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dający prokuratorowi w pewnych sytuacjach możliwość umorzenia postępowania w sprawach o posiadanie narkotyków, w tym przede wszystkim *cannabis*.

Zbliżonym w swych efektach rozwiązaniem, aczkolwiek dalej idącym, jest dekryminalizacja. W jej ramach pewne czynności związane z używaniem narkotyków (np. samo używanie, ale także posiadanie, nabywanie, uprawa na własny użytek) w ogóle nie stanowią przestępstw. Nie oznacza to legalności takich czynności: pozostają one zabronione przez prawo administracyjne, posiadane nielegalnie środki mogą być konfiskowane, a sprawcy mogą podlegać sankcjom administracyjnym, w tym o charakterze finansowym. Tak, jak w poprzednim przypadku, o tym, czy czyn związany jest z konsumpcją, decyduje z reguły ilość środka i okoliczności czynu. Dekryminalizacja tym różni się od depenalizacji, że niepociąganie użytkowników narkotyków do odpowiedzialności karnej nie wynika z decyzji organu stosującego prawo o niezastosowaniu sankcji karnych w poszczególnych, konkretnych przypadkach. Wynika to w sposób generalny i bezpośrednio z przepisów prawa, a konkretnie z zawężonego zakresu kryminalizacji czynności, których przedmiotem są narkotyki.

Kolejną formą „rozmiękczenia” prohibicji jest legalizacja o charakterze medycznym. Aczkolwiek teoretycznie może obejmować wiele środków, w praktyce dotyczy ona dzisiaj przede wszystkim *cannabis*. Może przyjmować różne formy. Przede wszystkim może chodzić o udostępnianie produktów farmaceutycznych zawierających kannabinoidy. Może jednak polegać także na dopuszczeniu upraw własnych (z reguły ograniczonej liczby krzaków) celem wykorzystania na własne potrzeby medyczne uzyskanego w ten sposób zieleń czy żywicy konopi. Wreszcie może chodzić o dopuszczalność określonych form obrotu „medyczną marihuaną”. W tym ostatnim wypadku chodzi o legalizację istnienia podmiotów zajmujących się uprawą konopi oraz przetwarzaniem i udostępnianiem ich zieleń osobom mającym rekomendację medyczną. Dostępność produktów medycznych

zawierających kannabinoidy (kannabinole, kannabidole i inne) jest dzisiaj dość powszechna w Europie i Ameryce Północnej. Natomiast „medykalizacja” dostępu do zieleń czy żywicy konopi jest już czymś rzadszym. Pionierem w tym zakresie był amerykański stan Kalifornia, gdzie w roku 1996, na skutek referendum, wprowadzono model bardzo szerokiego dostępu do „medycznej marihuany”. Model kalifornijski stał się wzorem dla wielu innych stanów USA. Dzisiaj mniej lub bardziej restrykcyjne rozwiązania w tym zakresie obowiązują w większości spośród nich. Również w Europie coraz częściej pojawiają się takie rozwiązania. Przykładem mogą być Czechy (od 2012), Niemcy (od 2017), a także Polska (nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonana w roku 2017). Za każdym razem chodzi tutaj przede wszystkim o możliwość nabywania zieleń konopi na podstawie recepty lekarskiej. Rzadziej o dopuszczalność domowej uprawy na własny użytek medyczny.

Najdalej idącym rozwiązaniem w ramach prohibicji miękkiej jest legalizacja rekreacyjnego używania *cannabis* (która zresztą rozwiązuje także kwestię ewentualnego używania medycznego), która stanowi najradzykalniejsze rozwiązanie uchylające w pewnym ograniczonym zakresie, w stosunku do jednego środka, istotę systemu prohibicyjnego. Legalizacja, to jest „normalizacja”, a nie jedynie „medykalizacja” problemu narkotyków, jest dzisiaj rozwiązaniem dotyczącym w zasadzie tylko *cannabis*. Równocześnie warto zaznaczyć, że o ile od wspomnianej decyzji Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ z roku 2020 „medykalizacja” nie budzi już raczej żadnych zastrzeżeń natury prawnej, legalizacja w celach rekreacyjnych, „normalizacja” problemu, jest w zasadzie – chociażby w świetle wspomnianego art. 4 lit. c Konwencji jednolitej o środkach odurzających – wciąż rozwiązaniem wątpliwym. Nie zmienia to faktu, że różne kraje decydują się na takie rozwiązanie, a reakcja organów ONZ nie jest w ostatnich latach gwałtowna (tak jak by to było zapewne jeszcze 20-30 lat temu).

## Legalizacja rekreacyjna

Pionierem legalizacji rekreacyjnej były Stany Zjednoczone, aczkolwiek nie jako federacja, lecz na poziomie poszczególnych stanów. Jest to o tyle paradoksalne, że wcześniej, przez lata, USA były głównym filarem światowej „wojny z narkotykami”. Pionierami takich rozwiązań były stany Kolorado i Waszyngton, gdzie stosowne reformy wprowadzono w roku 2012, znowu na skutek przeprowadzenia referendum<sup>4</sup>. Obecnie różne formy legalizacji rekreacyjnej

obowiązują w 20 stanach USA. Sprowadzają się one do stworzenia szczegółowo uregulowanego, legalnego rynku *cannabis*, sprowadzającego się do dość restrykcyjnie kontrolowanego systemu reglamentacji dostępu do rekreacyjnej marihuany. Określa on warunki dopuszczalności uprawy, przetwarzania i sprzedaży *cannabis* przez prywatne podmioty komercyjne, przy uwzględnieniu zasady rozdzielenia poszczególnych ogniw łańcucha dystrybucji (w celu zapobiegania wykształceniu się monopoli). Podmioty te czy osoby fizyczne muszą uzyskać stosowne licencje, objęte wysokimi opłatami za ich otrzymanie i odnowienie, a także poddać się procedurze sprawdzenia swojej przeszłości, celem zapobieżenia legalizowaniu się w ten sposób przez członków grup przestępczych. Działalność tych podmiotów obłożona jest wysokim podatkiem akcyzowym, podatkiem od sprzedaży i opłatami lokalnymi. Istnieją oczywiście także – tak samo jak w przypadku alkoholu – wiekowe ograniczenia możliwości nabywania produktów *cannabis*, a konsumpcja może odbywać się tylko w warunkach prywatnych (zakaz konsumpcji w miejscach publicznych). Określony jest także dopuszczalny próg stężenia THC we krwi w ruchu drogowym oraz sankcje za naruszenie wszelkich regulacji. Model amerykański opiera się na komercjalizacji legalnego obrotu *cannabis*, co jest przedmiotem częstej krytyki. Inaczej jest w Urugwaju, gdzie podobny co do zasady model, oparty jest na systemie monopolu państwowego.

Komercyjny charakter ma także legalizacja marihuany w Kanadzie, gdzie od 2018 roku obowiązuje federalna ustawa o ramowym charakterze, przewidująca rekreacyjną legalizację marihuany, której wykonanie w szczególności zostało pozostawione poszczególnym prowincjom i terytoriom. Ostatnio została opublikowana wstępna ocena konsekwencji tego zabiegu legalizacyjnego, wskazująca i na jego pozytyw, i negatyw<sup>5</sup>.

Co ciekawe, większość krajów europejskich, często uciekając się do depenalizacji, dekryminalizacji czy legalizacji medycznej *cannabis*, jest znacznie ostrożniejsza, jeśli chodzi o ewentualną legalizację rekreacyjną. Jedynym właściwie przykładem może być tutaj Holandia, aczkolwiek obowiązujący tam model *coffie shops* nie jest w ogóle formalną legalizacją (nawet jeśli jego efekty praktyczne są w zasadzie tożsame z legalizacją). Jest to bowiem system wykorzystujący specyficzne instytucje holenderskiego systemu prawnego, poprzez które *coffie shops* są jedynie tolerowane i nie działają w oparciu o jednoznaczne uregulowania prawne. Dlatego określa się go mianem *quasi-legalizacji*. W Hiszpanii z kolei, szczególnie w Katalonii, mają miejsce od lat próby legalizacji

oddolnej w formie tzw. spółdzielni konopnych (*cannabis social clubs*), których członkowie wspólnie uprawiają *cannabis* na własne potrzeby. Status prawny tych „spółdzielni” jest jednak przedmiotem licznych kontrowersji. Na znacznie mniejszą skalę „spółdzielni” próbowano tworzyć także w Belgii. Wreszcie rządząca obecnie w Niemczech koalicja SPD/Zieloni/FDP przewidziała legalizację *cannabis* w zawartej umowie koalicyjnej, aczkolwiek zamiar ten nie został do dzisiaj sfinalizowany (ale prace trwają).

## Sytuacja w Polsce

W Polsce używanie *cannabis* w celach rekreacyjnych, tj. innych niż relatywnie wąsko określone zastosowania medyczne, jest nielegalne i pociąga za sobą odpowiedzialność karną albo za posiadanie na własny użytek (art. 62 ust. 1 u.p.n. – pozbawienie wolności do lat 3, lub art. 62 ust. 3 u.p.n. – grzywna, ograniczenie wolności lub pozbawienie wolności do roku w tzw. przypadku mniejszej wagi), albo uprawę na własny użytek (art. 63 ust. 1 u.p.n. – pozbawienie wolności do lat 3). Brak jest natomiast odpowiedzialności karnej za samo używanie, a także za nabywanie środków odurzających lub substancji psychotropowych. Zakres odpowiedzialności karnej za posiadanie środka na przestrzeni lat 1997–2011 ulegał istotnym zmianom. Poczynając od roku 2011, ma miejsce depenalizacja w oparciu o wspomniany przepis art. 62a u.p.n., który przewiduje możliwość umorzenia przez prokuratora postępowania, jeżeli posiadanie dotyczy nieznacznej ilości środka przeznaczonego na własny użytek, a orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. W praktyce decyzje o umorzeniu postępowania zapadają w ok. 1/3 spraw o posiadanie wbrew przepisom ustawy środków odurzających lub substancji psychotropowych, przy czym przytłaczająca większość takich spraw w Polsce dotyczy właśnie marihuany, ewentualnie także amfetaminy.

Od kilku lat mamy natomiast w Polsce do czynienia z rozszerzaniem możliwości medycznego wykorzystania kannabinoidów. Decydujący krok w tym kierunku poczyniony został w styczniu 2022 roku. Do tej daty ziele i żywica konopi były bowiem środkami odurzającymi zaliczanymi do grupy IV-N, tj. środków, które mogły mieć wyłącznie zastosowania badawcze oraz w lecznictwie zwierząt. Od zmiany wspomnianego rozporządzenia ministra zdrowia z roku 2018 w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych

dokonanej w styczniu 2022 roku ziele i żywica konopi zostały usunięte z wykazu IV-N środków odurzających i pozostają tylko w wykazie I-N. Stały się więc środkami odurzającymi mającymi ewentualne zastosowania medyczne. Sam THC jest natomiast sklasyfikowany jako substancja psychotropowa i zaliczony do grupy II-P substancji psychotropowych, tj. mogących mieć zastosowania medyczne. Szereg innych kannabinoidów, głównie syntetycznych, zaliczonych jest do grupy I-P, a więc środków mogących mieć wyłącznie zastosowania badawcze.

Trzeba jednak podkreślić, że pierwsze decyzje dotyczące dostępności ziele i żywicy konopi w celach terapeutycznych zapadły pięć lat wcześniej. Otóż Ustawą z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2017.1458) dopuszczono do obrotu leki recepturowe, tj. przygotowywane w aptece, a uzyskane z zastosowaniem ziele konopi innych niż włókniste, tj. zawierających powyżej 0,2% THC (art.33a u.p.n.). W tym celu ziele konopi innych niż włókniste oraz wyciągi, nalewki farmaceutyczne, a także wszystkie inne wyciągi z konopi innych niż włókniste oraz żywica konopi innych niż włókniste mogą stanowić surowiec farmaceutyczny przeznaczony do sporządzania leków recepturowych w rozumieniu art. 2 pkt 40 prawa farmaceutycznego (ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz.U.2001.126). Takie leki recepturowe traktowane są jako produkty lecznicze zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, wydawane są z przepisu lekarza i mają kategorię dostępności Rpw. Nowela z roku 2017 nie uregulowała natomiast – inaczej niż analogiczne rozwiązanie niemieckie – dostępu do surowca krajowego, tj. dopuszczalności upraw w Polsce na cele farmaceutyczne konopi innych niż włókniste. W związku z tym w grę wchodził wyłącznie surowiec importowany po uzyskaniu stosownego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Sytuacja w tym zakresie uległa zmianie po kolejnej nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonanej ustawą z dnia 24 marca 2022 r. (Dz.U.2022.763). Do czasu tej nowelizacji uprawa konopi innych niż włókniste (tj. o zawartości THC powyżej 0,2%)s była w Polsce całkowicie zabroniona. Po nowelizacji z roku 2022 zakaz uprawy konopi innych niż włókniste nie dotyczy wyjątku określonego w art. 49a u.p.n., który to przepis stwierdza dopuszczalność uprawy konopi innych niż włókniste i zbiór ziele lub żywicy konopi innych

niż włókniste w celu wytwarzania surowca farmaceutycznego, o którym mowa w art. 33a ust. 1 u.p.n. Taka uprawa i zbiór mogą być prowadzone przez instytut badawczy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U.2010.618), po uzyskaniu zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Pozostałe ustępy art. 49a u.p.n. regulują w sposób szczegółowy wymogi formalne wniosku o uzyskanie zezwolenia, o którym mowa w ust. 1 tego przepisu, procedurę jego składania i rozpatrywania, a także cały szereg szczególnych wymogów dotyczących zabezpieczenia upraw, jakie musi spełnić instytut badawczy prowadzący uprawy konopi innych niż włókniste przeznaczonych do wykorzystania jako surowiec farmaceutyczny. W tym ostatnim zakresie, poza rozlicznymi ograniczeniami dostępu do upraw i systemem monitoringu wizyjnego, wymagane jest dodatkowo zainstalowanie technologii zdalnego nadzoru roślin (*Radio-frequency identification* czy też RFID), która wykorzystuje fale radiowe do odczytu i przesyłania danych zawartych na etykietce naniesionej na każdą z uprawianych roślin, umożliwiając identyfikację każdej z roślin znajdujących się w polu odczytu (definicja z nowego przepisu art. 4 pkt 23a u.p.n.). W trakcie debaty parlamentarnej zwracano uwagę na to, że instytut, który miałby spełnić wymogi zabezpieczenia upraw, musiałby ponieść olbrzymie nakłady na związane z tym inwestycje, co może spowodować, że surowiec krajowy wcale nie będzie tańszy od importowanego. Kwestia funkcjonowania powyższych regulacji w praktyce terapeutycznej to zupełnie osobne zagadnienie<sup>6</sup>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Więcej na temat części zagadnień poruszanych w niniejszym artykule popr.: K. Krajewski, „Regulacje prawne dotyczące medycznych zastosowań kannabinoidów”, w: A. Klimkiewicz (red.), „Konopie i medyczne zastosowanie kannabinoidów – praktyczne rekomendacje”, Warszawa 2022, s. 293-307.
- <sup>2</sup> Za głosowały, poza USA i Kanadą, wszystkie państwa członkowskie Rady z Europy Zachodniej, a także Polska. Przeciwko głosowała Federacja Rosyjska, Węgry oraz większość członków Rady spoza Europy i Ameryki Północnej. Od głosu wstrzymała się Ukraina.
- <sup>3</sup> Por. K. Krajewski, „Różnorodność rozwiązań w polityce narkotykowej w Europie i na świecie”, Serwis Informacyjny Narkomania, 4 (76), 2016, s. 7-11.
- <sup>4</sup> Por. K. Krajewski, „Legalizacja cannabis w stanach Colorado i Waszyngton w USA oraz w Urugwaju”, Serwis Informacyjny Narkomania, 3 (71)/2015, s. 13-18.
- <sup>5</sup> Por. B. Fischer, D. Jutras-Aswad, W. Hall, „Outcomes associated with nonmedical cannabis legalization policy in Canada: taking stock at the 5-year mark”, *Canadian Medical Association Journal*, 39 (195), 2023, s. 1351-1353, <https://www.cmaj.ca/sites/default/files/additional-assets/site/press/cmaj-195-E1351.pdf#msdyntrid=0D1p2gWjoxgLPQlKyAU4hrOmVK2AGAgx0c5gZvS5pW8>. Por. także omówienie w Gazecie Wyborczej z 10.10.2023 [https://wyborcza.pl/7,75400,30282978,legalizacji\\_z\\_10a-marihuany-w-kanadzie-naukowcy-przedstawiaja-skutki.html](https://wyborcza.pl/7,75400,30282978,legalizacji_z_10a-marihuany-w-kanadzie-naukowcy-przedstawiaja-skutki.html)
- <sup>6</sup> Por. A. Sowa, „Zioło na całe zło”, *Polityka*, 49/2023, s. 31-33.



*Dobre zdrowie psychiczne przekłada się na dobre zdrowie fizyczne. Nerozerwalne powiązania między zdrowiem psychicznym a zdrowiem publicznym, prawami człowieka i rozwojem społeczno-gospodarczym oznaczają, że transformacja polityki i praktyki w zakresie zdrowia psychicznego może przynieść realne, wymierne korzyści jednostkom, społecznościom i krajom na całym świecie. Inwestycja w zdrowie psychiczne to inwestycja w lepsze życie i przyszłość dla wszystkich.*

# NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2023–2030

Katarzyna Syroka-Marczewska  
Prawniczka

## Uwagi ogólne

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>. Zgodnie z art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>2</sup>, określenie osoba z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się do osoby: a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), b) upośledzonej umysłowo, c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Od wielu lat eksperci zastanawiają się nad przyczynami zaburzeń psychicznych. Znalezienie jednoznacznej odpowiedzi nie jest jednak możliwe, ponieważ każdy człowiek ma swoją historię, doświadczenia, swój pakiet genów itd. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się m.in. epidemia COVID-19 oraz konieczność czasowego wprowadzenia związanych z nią ograniczeń<sup>3</sup>. Obecnie na nasze zdrowie psychiczne wpływają także inne okoliczności, np. wojna w Ukrainie, konflikt izraelsko-palestyński czy niepewna sytuacja gospodarcza w Polsce i na świecie. Z tych wszystkich względów problematyka ochrony zdrowia psychicznego jest niezwykle ważna, ale także wielowymiarowa.

Celem niniejszego artykułu jest zwiększenie świadomości prawnej, w tym w szczególności pod kątem treści Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (dalej: Program

lub Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030). Rozporządzenie weszło w życie pod koniec listopada 2023 roku. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 jest kontynuacją realizacji zadań wdrażanych dotychczas w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 i **deklaruje chęć podejścia do systemu ochrony zdrowia psychicznego w sposób kompleksowy**, angażując kluczowe podmioty właściwe dla skutecznego wdrażania strategii. Program zakłada więc zapewnienie opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi, dopasowanej do ich potrzeb.

## Próba definicji zdrowia psychicznego

Na wstępie warto wyjaśnić, czym jest zdrowie psychiczne, ponieważ brak jest w przepisach prawa definicji tego pojęcia. W 2005 roku przyjęto Deklarację Helsińską, która wyraża pogląd, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego<sup>4</sup>. Według Światowej Organizacji Zdrowia (dalej: WHO) zdrowie psychiczne to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, a także zdolność do rozwoju i samorealizacji. Bez wątplenia pojęcia użyte w tej definicji mają szerokie znaczenia i przez każdego mogą być postrzegane w subiektywny sposób. Wpływ na interpretację będą miały także uwarunkowania kulturowe i środowiskowe. Zdrowie psychiczne zazwyczaj definiuje się jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jak również jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować<sup>5</sup>. Dobrostan



taki obejmuje emocjonalne, psychologiczne i społeczne dobre samopoczucie i zakłada przeżywanie pozytywnych uczuć (np. szczęście, satysfakcja), posiadanie pozytywnych postaw wobec własnych obowiązków i wobec innych ludzi oraz pozytywne funkcjonowanie (np. integracja społeczna, aktualizacja i spójność)<sup>6</sup>. Warto w jak najszerszy sposób ujmować pojęcie zdrowia psychicznego i nie ograniczać się jedynie do stwierdzonych jednostek chorobowych w tym zakresie. Zdrowie psychiczne może być zatem charakteryzowane przez prawidłowe funkcjonowanie czynności psychicznych, powodujące satysfakcjonujące relacje interpersonalne i umiejętne radzenie sobie z przeciwnościami<sup>7</sup>. Termin ten, jak już wspomniano, odnoszony jest również do dobrego samopoczucia psychicznego i emocjonalnego<sup>8</sup>.

## Meandry prawa

Jednym z kluczowych aktów prawnych dotyczących zdrowia psychicznego jest Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z jej treścią zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Wspomniane obowiązki państwa obejmują realizację zadań, do których należy w szczególności: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Warto w tym kontekście podkreślić, że w ramach rozwiązań systemowych w 2005 roku<sup>9</sup> wprowadzono do polskiego porządku prawnego instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego<sup>10</sup>. Głównym jego zadaniem<sup>11</sup> jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, bez względu na przyczynę hospitalizacji. Tym samym oznacza to, że każda osoba będąca w szpitalu psychiatrycznym, np. osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji (i jednocześnie została zakwalifikowana do hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym),

może bezpłatnie skorzystać ze wsparcia Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego.

Jak już wspomniano, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest jednym z podstawowych aktów prawnych w Polsce dotyczącym omawianej tematyki. Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadzono Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030.

## Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2023–2030

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa w szczególności: okres jego obowiązywania; diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego (w tym zróżnicowań regionalnych); cele główne i cele szczegółowe; podmioty biorące udział w jego realizacji; sposób realizacji zadań oraz niezbędne działania legislacyjne (w szczególności mające na celu zapewnienie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi).

Jako jeden z głównych celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 ustawodawca wskazał zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Ponadto celem jest prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cele szczegółowe to: a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej, b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, c) upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych, d) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, e) aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi, f) skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia, g) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom, h) opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi, i) upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych, j) opracowanie

we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień; k) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach, l) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizatorami Programu są następujące podmioty: minister właściwy do spraw zdrowia<sup>12</sup>; minister właściwy do spraw rodziny<sup>13</sup>; minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego<sup>14</sup>; minister właściwy do spraw oświaty i wychowania<sup>15</sup>; minister właściwy do spraw wewnętrznych<sup>16</sup>; Minister Sprawiedliwości<sup>17</sup>; Minister Obrony Narodowej<sup>18</sup>; samorządy województw<sup>19</sup>, powiatów<sup>20</sup> i gmin<sup>21</sup>; Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ)<sup>22</sup>. Bez wątpienia skuteczna ochrona zdrowia psychicznego wymaga zaangażowania wielu instytucji, ze względu na swoją wielopłaszczyznowość. Warto w tym kontekście podkreślić, że jako cel główny każdego z podmiotów wskazano konieczność zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Osoby uzależnione zostały wprost wymienione w treści Programu na lata 2023–2030, co może (nie musi) pozytywnie wpłynąć na ich sytuację prawną. Bez wątpienia wszystkie cele oraz zadania, które zostały ujęte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, będą wymagały określonych nakładów finansowych z budżetu państwa, zatem najbliższe lata pokażą, na ile założenia zostaną zrealizowane w praktyce.

## Uwagi końcowe

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 wskazano kierunki zmian. Do tych zmian ma należeć m.in. wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Ponadto ustawodawca deklaruje chęć wdrożenia kompleksowego

i zintegrowanego modelu opieki nad osobami z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych i zaburzeniami czynnościowymi, zapewniającego poprawę dostępności leczenia osób uzależnionych i ich bliskich oraz gwarantującego współpracę z Centrum Zdrowia Psychicznego<sup>23</sup> w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych dostosowanych do potrzeb pacjentów.

Jak już wspomniano, Program zakłada zapewnienie opieki osobom z zaburzeniami psychicznymi, dopasowanej do ich potrzeb. Jak czytamy, ma to być m.in. upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o opiekę środowiskową, aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi oraz udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 zakłada również prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, mających na celu zapobieganie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Najbliższe miesiące i lata będą papierkiem lakmusowym, na ile treść Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 została zaimplementowana do życia codziennego.

Jak słusznie zauważył dyrektor generalny WHO, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, „dobre zdrowie psychiczne przekłada się na dobre zdrowie fizyczne (...). Nierozzerwalne powiązania między zdrowiem psychicznym a zdrowiem publicznym, prawami człowieka i rozwojem społeczno-gospodarczym oznaczają, że transformacja polityki i praktyki w zakresie zdrowia psychicznego może przynieść realne, wymierne korzyści jednostkom, społecznościom i krajom na całym świecie. Inwestycja w zdrowie psychiczne to inwestycja w lepsze życie i przyszłość dla wszystkich”<sup>24</sup>.

## Przypisy

<sup>1</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, Dz.U. 2023 poz. 2480, s. 3, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20230002480/O/D20232480.pdf>, dostęp z dnia 05.02.2024 r.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2023. 1972 ze zm.

<sup>3</sup> Warto w tym kontekście wspomnieć, że w dniu 13 maja 2020 r. został opublikowany raport przez Organizację Narodów Zjednoczonych (dalej: ONZ). Raport ten dotyczył związku COVID-19 ze zdrowiem psychicznym. Eksperti ONZ wyjaśniają, że w czasie pandemii COVID-19 wiele osób doświadczało uczucia niepokoju, który był spowodowany izolacją społeczną, obawą przed zakażeniem, a także utratą członków rodziny. Raport jest dostępny bezpłatnie na stronie [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf), dostęp z dnia 05.02.2024 r.

<sup>4</sup> P. Miśkiewicz, Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO, [w:], Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO, red. J. Wciórka, War-

- szawa 2014, s. 18 i n., [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona\\_zdrowia\\_psychicznego.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf), dostęp z dnia 05.02.2024 r.
- <sup>5</sup> Zdrowie psychiczne zazwyczaj definiuje się jako dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jak również jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować, s. 2, <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>, dostęp z dnia 05.02.2024 r.
- <sup>6</sup> <https://www.gov.pl/web/pssse-gostynin/zyjdo dobrze-zdrowie-psychiczne>, dostęp z dnia 05.02.2024 r.
- <sup>7</sup> P. Gałęcki, K. Bobińska, [w: ], Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, red. P. Gałęcki, K. Bobińska, Eichstaedt, Warszawa 2016, s. 19.
- <sup>8</sup> Ibidem.
- <sup>9</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. zmieniająca ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. Nr 141, poz. 1183.
- <sup>10</sup> Instytucja rzeczników psychiatrycznych zaczęła funkcjonować w praktyce pod koniec stycznia 2006 r - wówczas zatrudniono pierwsi 10 osób, za: B. Kmiecik, Psychiatryczny ombudsman – polemika z artykułem J. Ciechorskiego „Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna”, Prawo i Medycyna 3, 2015, s. 86; B. Kmiecik, „Przepis na granicy”, czyli współczesne wyzwania w obszarze ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, Prawo i Medycyna 4, 2016, s. 55 i n.
- <sup>11</sup> Ustawodawca w art. 10b ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymienia w sposób niewyczerpujący zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Do tych zadań w pierwszej kolejności należy pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego. Jest to niezwykle istotny obszar działalności Rzecznika, ponieważ trudności ze zdrowiem psychicznym mogą powodować u pacjenta także trudności z prawidłowym postrzeganiem otaczającej rzeczywistości, np. pacjent w trakcie psychozy uważa, że nie potrzebuje pomocy, ponieważ jest zdrowy. Kolejna kompetencja Rzecznika to wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób. Z ustawy wprost wynika, że Rzecznik powinien współpracować z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym pacjenta. Jak czytamy w przepisach prawa, w zakresie swoich zadań Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego powinien współpracować z innymi podmiotami, m.in. z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Rzecznikiem Praw Dziecka oraz konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii. Bardziej szczegółowy opis zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, znajduje się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: rozporządzenie). Zgodnie z treścią § 1 ww. rozporządzenia Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego realizuje swoje zadania w szczególności przez: 1) przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi; 2) zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej; 3) pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji; 4) udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona. Warto zwrócić uwagę, że Rzecznik Praw Pacjenta Psychiatrycznego nie ma uprawnień do udzielenia pomocy pacjentowi już wypisanemu, jeżeli skarga nie została zgłoszona w czasie hospitalizacji.
- <sup>12</sup> Głównym celem ministra właściwego do spraw zdrowia jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Wśród zadań ww. ministra wskazano m.in. **opracowanie założeń zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi; wspieranie i monitorowanie procesu wdrażania zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi; monitorowanie postępów wdrażania** przez Narodowy Fundusz Zdrowia kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego bazującego na leczeniu środowiskowym w ramach centrów zdrowia psychicznego (zwanych dalej „CZP”); wdrożenie przygotowanych, we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami uczestniczącymi w ochronie zdrowia psychicznego, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach CZP; wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci CZP; ustalenie kompetencji
- niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu ochrony zdrowia; wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej; określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w modelu środowiskowym ochrony zdrowia psychicznego; wspieranie i monitorowanie procesu tworzenia sieci podmiotów nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne; przygotowanie i upowszechnianie standardów lub rekomendacji postępowania medycznego w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży; wspieranie i podnoszenie kwalifikacji i kompetencji kadr niezbędnych do realizacji świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży; wspieranie współpracy z jednostkami systemu oświaty, pomocy społecznej oraz jednostkami i podmiotami realizującymi zadania z zakresu wspierania rodziny, systemu pieczy zastępczej i adopcji w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia dzieciom i młodzieży doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom; przygotowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach zdrowia psychicznego oraz podmiotami właściwymi w realizacji świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego modelu kompleksowej oferty leczenia specjalistycznego w ramach specjalistycznych programów oraz oddziałów dedykowanych leczeniu wysokospecjalistycznemu; wspieranie i monitorowanie tworzenia sieci dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych; wdrażanie na poziomie podyplomowym szkoleń niezbędnych w realizacji wysokospecjalistycznych programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych; opracowanie założeń do rekomendowanych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych; wspieranie i monitorowanie wdrażania rekomendowanych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych; wspieranie współpracy z jednostkami systemu oświaty w celu zapewnienia kompleksowego wsparcia dzieciom i młodzieży problemowo korzystającym z nowych technologii cyfrowych; wspieranie placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnego identyfikowania dzieci i młodzieży zagrożonych problemowo korzystaniem z nowych technologii cyfrowych; wspieranie podnoszenia kwalifikacji i kompetencji kadr w zakresie realizacji programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych; prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach; prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.
- <sup>13</sup> Głównym celem ministra właściwego do spraw rodziny jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Wśród zadań ww. ministra wskazano wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania oraz unowocześniania pomocy i wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej; wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi; wspieranie powstawania i działalności organizacji pozarządowych i ruchów samopomocowych: osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym oraz organizacji działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.
- <sup>14</sup> Głównym celem ministra właściwego do spraw do spraw zabezpieczenia społecznego jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Wśród zadań ww. ministra wskazano wspieranie jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania oraz unowocześniania pomocy i wsparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, z uwzględnieniem polityki rodzinnej i senioralnej; wdrażanie rozwiązań prawnych lub organizacyjnych koniecznych do rozwoju różnych form zatrudnienia wspieranego oraz przedsiębiorczości społecznej, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi; wspieranie powstawania i działalności organizacji pozarządowych i ruchów samopo-



mocowych: osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych lub ich rodzin – służących samopomocy oraz reprezentowaniu oczekiwań i opinii w życiu i dialogu społecznym oraz organizacji działających na rzecz zwiększenia aktywności i uczestnictwa osób z zaburzeniami psychicznymi w życiu i dialogu społecznym.

- <sup>15</sup> Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania powinien zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Ponadto powinien skupić się na prowadzeniu działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
- <sup>16</sup> Minister właściwy do spraw wewnętrznych powinien zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Do jego zadań należy opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków sprzyjających upowszechnianiu środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej oraz wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do założeń środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.
- <sup>17</sup> Minister Sprawiedliwości powinien zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom **uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Wśród zadań wskazano zapewnienie osobom pozbawionym wolności przebywającym w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz nieletnim przebywającym w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego.
- <sup>18</sup> Jako cel główny wskazano zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Zadania to opracowanie programu dostosowania działalności placówek resortowych, w których funkcjonują oddziały psychiatryczne, do warunków sprzyjających kompleksowej opiece psychiatrycznej, w tym rozwojowi środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego; wdrażanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej; monitorowanie, nadzorowanie i ochrona zdrowia psychicznego weteranów działań poza granicami państwa i weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa, ich rodzin oraz rodzin żołnierzy poległych w trakcie działań poza granicami państwa.
- <sup>19</sup> Samorządy województw powinny zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Jako zadania wskazano aktualizację wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży na terenie województwa; opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, w tym map w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym terytorium (opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego); wspieranie wdrażania planu umiejscowienia CZP zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa, w tym przez stymulowanie zmian w strukturze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa; aktualizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy i oparcia społecznego; wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zapewnienie ciągłości i skuteczności realizowanym działaniom; zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi; aktualizacja i wdrażanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia oraz przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi; prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej, adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami,

w tym z zaburzeniami psychicznymi; opracowanie lub aktualizacja regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego; realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w odniesieniu do zadań wskazanych dla samorządu województwa; przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w oparciu o informacje przekazane przez samorządy powiatów, w postaci elektronicznej lub papierowej.

- <sup>20</sup> Cel główny to zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Wśród zadań wskazano opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju CZP oraz placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w powiecie lub gminie; utworzenie CZP zgodnie z zasadami organizacyjnymi; aktualizacja poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej oraz samopomocy środowiskowej; wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi; zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie; zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego i szkoleń zawodowych dla osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi; prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi; zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy; powołanie lub kontynuacja działania lokalnego zespołu (skład zespołu ustala się w sposób zapewniający właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych; zarząd powiatu zapewni działaniem zespołu niezbędną pomoc administracyjną); opracowanie lub aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy plan zapewnienia mieszkańcom koordynowanych, medycznych i społecznych świadczeń; realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego; przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w postaci papierowej lub elektronicznej).
- <sup>21</sup> Cel główny to zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Zadania to: zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przy współpracy z podmiotami działającymi na rzecz wsparcia dzieci, uczniów, rodzin, nauczycieli oraz udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom w jednostkach systemu oświaty.
- <sup>22</sup> Cel główny NFZ to zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, **w tym osobom uzależnionym** oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Aby cel został osiągnięty NFZ powinien zrealizować następujące zadania: finansowanie świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości opieki i modelu środowiskowego; dążenie do zapewnienia priorytetowego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i **leczenia uzależnień**; utrzymanie modelu finansowania zryczałtowanego pozwalającego na objęcie kompleksową podstawową opieką psychiatryczną populacji; opracowanie i wprowadzenie zasad finansowania specjalistycznych psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych.
- <sup>23</sup> Centrum Zdrowia Psychicznego to miejsce, w którym można dostać bezpłatne wsparcie. Centra Zdrowia Psychicznego skierowane są do osób powyżej 18. roku życia. Gdzie działają centra, można sprawdzić pod linkiem <https://czp.org.pl/mapa/>, dostęp z dnia 05.02.2024 r.
- <sup>24</sup> <https://czp.org.pl/swiatowy-raport-na-temat-zdrowia-psychicznego-transformacja-zdrowia-psychicznego-dla-wszystkich/>, dostęp z dnia 05.02.2024 r.



*Potrzeba integracji psychodelicznej wynika ze specyfiki efektów działania psychodelików oraz związanych z nimi zagrożeń i wyzwań, a także z rosnącego rozpowszechnienia używania psychodelików przy jednoczesnym braku formalnego przygotowywania specjalistów zdrowia psychicznego do zapewnienia wsparcia w tym zakresie. Niniejszy artykuł przedstawia propozycje kompleksowych podstaw i rozważań teoretycznych dotyczących integracji doświadczeń psychodelicznych.*

# POWRÓT Z KRÓLICZEJ NORY<sup>1</sup>.

## CZĘŚĆ I: PODSTAWY I ROZWAŻANIA

### TEORETYCZNE DOTYCZĄCE INTEGRACJI

### PSYCHODELICZNEJ DLA SPECJALISTÓW

### ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Jakub Greń<sup>a,b</sup> i Michał Lasocik<sup>b,c</sup>

W ostatnich latach obserwuje się rosnące zainteresowanie i rozpowszechnienie stosowania substancji psychodelicznych w różnych kontekstach. Zarówno potencjalne korzyści, jak i negatywne konsekwencje związane z doświadczeniami pod wpływem psychodelików stwarzają potrzebę, aby specjaliści zdrowia psychicznego byli w stanie zapewnić odpowiednią i skuteczną interwencję dotyczącą treści i/lub konsekwencji tych doświadczeń, czyli integrację psychodeliczną. Jednocześnie obecne szkolenia w dziedzinie psychiatrii, psychologii, psychoterapii itp. nie zapewniają przygotowania w tym zakresie. Aby wypełnić tę lukę niniejszy artykuł przedstawia propozycje kompleksowych podstaw i rozważań teoretycznych w zakresie integracji doświadczeń psychodelicznych, które mają służyć jako źródło informacji dla różnych specjalistów zajmujących się wsparciem zdrowia psychicznego. Obejmuje to przedstawienie podstawowych informacji na temat działania psychodelików, zdefiniowanie potrzeby i celów integracji psychodelicznej oraz rozważania teoretyczne na temat różnych aspektów związanych z wykorzystaniem doświadczeń psychodelicznych w praktyce terapeutycznej, wraz z licznymi odniesieniami do literatury pogłębiającej zawartą tu wiedzę.

## Manifestacje umysłu

Termin psychodeliki odnosi się do niejednorodnej grupy substancji psychoaktywnych znanych z wywoływania specyficznych efektów na różnych poziomach ludzkich doświadczeń [1]. Efekty te obejmują zmiany w percepcji,

odczuwaniu emocji i procesach poznawczych (tymczasowe zaburzenia myślenia oraz wzrost kreatywności), oraz wyraźne zmiany w poczuciu siebie, ciała, otoczenia i czasu [2]. Wszystkie te efekty składają się na odmienne stany świadomości zwane doświadczeniami psychodelicznymi. Chociaż wiele osób dowiaduje się o psychodelikach dopiero teraz, niektóre z nich były znane i stosowane do różnych celów w większości kultur ludzkich od zarania dziejów [3]. Także prowadzone nad psychodelikami badania naukowe nie są jedynie domeną ostatnich lat czy dekad. W latach 1940–1970 były one przedmiotem licznych badań nad ich medycznym zastosowaniem, głównie w leczeniu alkoholizmu, nerwic i psychoz [4].

Opracowano wtedy podejście terapii wspomaganą psychodelikami (ang. *psychedelic-assisted therapy*, PAT), polegające na podawaniu średnich lub dużych dawek celem wywołania intensywne doświadczeń psychodelicznych w kontekście terapeutycznym [5]. Podejście to różni się od terapii psycholitycznej, obejmującej wielokrotne stosowanie niskich lub średnich dawek w celu ułatwienia prowadzonej równoległe terapii psychoanalitycznej [6]. Pomimo obiecujących rezultatów, na początku lat 70. ubiegłego wieku badania i zastosowanie psychodelików zostały nagle i niemal całkowicie zakazane, w związku z tzw. wojną z narkotykami [4].

Naukowe zainteresowanie tymi substancjami zostało jednak wznowione w latach 90. i zaczęło nabierać tempa na samym początku XXI wieku, co zostało określone jako renesans psychodeliczny [7]. Obecnie, w społecznościach akademickich, medycznych i terapeutycznych,

psychodeliki zyskują coraz więcej uwagi jako substancje o szerokim potencjale [8–10].

## Terapeutyczny potencjał psychodelików

Efektom działania psychodelików towarzyszą często wglądy, którym przypisywane są głębokie osobiste znaczenia [11], z czym związany jest potencjał terapeutyczny [5, 12]. Rosnąca liczba dowodów sugeruje, że doświadczenia psychodeliczne mogą przynieść długoterminowe korzyści w zakresie zdrowia psychicznego (np. łagodzenie objawów depresji, leczenie PTSD czy przełamywanie wzorców zachowań nałogowych), nawet po podaniu pojedynczej dawki [8]. Inne badania wskazują także na pozytywny wpływ tych doświadczeń na cechy osobowości oraz dobrostan i ogólne funkcjonowanie [11, 13, 14]. Pod uwagę brane są również takie szersze zastosowania psychodelików, jak w przypadku przewlekłego bólu [15] czy chorób neurodegeneracyjnych [9].

Należy jednak zauważyć, że potencjalne korzyści płynące ze stosowania psychodelików mają tendencję do zanikania w czasie [12], co rodzi potrzebę pracy ukierunkowanej na ich podtrzymywanie. Ponadto, pomimo stosunkowo wysokiego profilu bezpieczeństwa fizjologicznego, doświadczenia psychodeliczne nie są pozbawione zagrożeń.

## Niekorzystne konsekwencje używania psychodelików

Intensywny, dezorientujący i często przytłaczający charakter efektów działania psychodelików może skutkować trudnymi doświadczeniami, z którymi związane są różne niekorzystne konsekwencje [16–19]. Obejmuje to objawy ostrej reakcji na stres (ang. *acute stress disorder*), takie jak nasilony lęk, natrętne myśli, wahania nastroju, dysocjacyjne doświadczenie derealizacji lub depersonalizacji, a także nawracanie trudnych przeżyć jako sporadyczne flashbacki lub koszmary sennie. Podczas doświadczenia psychodelicznego może wystąpić także wyłonienie się wspomnień traumatycznych zdarzeń [20]. Znane są również przypadki zaburzeń postrzegania spowodowanych halucynogenami, charakteryzujące się przewlekłymi lub nawracającymi zmianami percepcji [21].

Ze względu na zdolność psychodelików do wywołania niezwykłych stanów świadomości, w tym przeżyć podobnych do mistycznych [11], niektórzy autorzy wskazują

również na „szok ontologiczny”, czyli stan zmuszający do zakwestionowania swojego dotychczasowego światopoglądu (co może wynikać z radykalnej zmiany codziennej percepcji i przeciążenia informacyjnego pod wpływem psychodelików) [22].

Istnieje również zjawisko tzw. duchowego omijania (ang. *spiritual bypassing*), czyli zaniedbywania obowiązków lub bliskich relacji czy też unikania nierozwiązanych problemów lub „spraw przyziemnych”, ze względu na deklarowane zajmowanie się rozwojem duchowym. Zjawisko to – obok „inflacji ego” – nie jest specyficzne dla psychodelików, ale bywa coraz częściej przywoływane w ich kontekście jako jeden ze wskaźników niezintegrowanego doświadczenia psychodelicznego [18, 20, 23].

Podsumowując, z efektami działania psychodelików związanych jest wiele zagrożeń i negatywnych konsekwencji, które mogą wywołać stan podwyższonej wrażliwości zarówno w trakcie, jak i po przyjęciu tych substancji [8], w tym także długoterminowo [17, 19]. A jeśli te niekorzystne konsekwencje utrzymują się i nie są odpowiednio potraktowane, mogą prowadzić do przewlekłego stresu, lęku i upośledzenia codziennego funkcjonowania [17, 24].

## Potrzeba integracji doświadczeń psychodelicznych

Biorąc pod uwagę opisane wcześniej potencjalne korzyści, a także ryzyka i wyzwania, istnieje rosnąca potrzeba praktyki terapeutycznej z treścią i/lub konsekwencjami doświadczeń psychodelicznych, czyli tzw. integracji psychodelicznej.

Potrzeba ta wynika również z entuzjastycznego zainteresowania psychodelikami ze strony sektora medialnego oraz biznesowego, co jest związane z obiecującymi wynikami wczesnych badań klinicznych nad PAT [25]. To z kolei znajduje odzwierciedlenie w rosnącym zainteresowaniu używaniem psychodelików, zarówno w legalnych, jak i nielegalnych kontekstach [4, 26, 27]. Te pierwsze obejmują pacjentów rosnącego rynku klinik oferujących terapię wspomaganą ketaminą, oraz uczestników badań klinicznych nad PAT, które zaczynają być realizowane także w naszym kraju. Natomiast konteksty, w których przyjmowanie psychodelików jest nielegalne, obejmują uczestników podziemnych terapii, ceremonii czy odosobnień (ang. *retreats*) z psychodelikami (przy czym istnieją wyjątki krajów bądź okoliczności, w których takie używanie psychodelików nie jest wykroczeniem),

osoby przyjmujące te substancje samodzielnie (w ramach samopoznania i/lub samoleczenia), a także tych, którzy używają psychodelików w celach rekreacyjnych (np. podczas festiwali muzycznych).

Jednocześnie wciąż brakuje formalnego przygotowania specjalistów zdrowia psychicznego, którzy najprawdopodobniej będą mieli coraz częstszy kontakt z osobami mającymi za sobą doświadczenia psychodeliczne [24]. W związku z tym pojawiły się już pierwsze propozycje modeli integracji psychodelicznej [28] oraz pierwsze szkolenia certyfikacyjne w tym zakresie. Jak dotąd, ograniczają się one jednak głównie do USA, co w obliczu rosnącego zapotrzebowania na kompetencje konieczne do pracy z psychodelikami [24], oraz postępującą medykacją tych substancji także w Europie [29], wydaje się niewystarczające.

## Czym jest integracja psychodeliczna?

Termin „integracja” jest używany w różnych kontekstach i zwykle odnosi się do „łączenia” lub „zbierania w całość” czegoś, co jest lub zostało rozdzielone. Przez „integrację doświadczenia psychodelicznego” w kontekście praktyki terapeutycznej/klinicznej rozumiemy każdą świadomą próbę ułatwienia przetwarzania treści i/lub konsekwencji doświadczenia psychodelicznego w celu przełożenia ich istotnych rezultatów w życie codziennym. Przy czym „istotne rezultaty” odnoszą się tu zarówno do wyraźnej zmiany samopoczucia czy nasilenia objawów, oraz do wglądów, wizji lub innych niezwykłych przeżyć, jak i do tego, że subiektywna realność i osobiste znaczenie doświadczeń pod wpływem psychodelików nie powinny być bagatelizowane.

Przyjęta przez nas definicja pokrywa się z większością innych definicji, które można znaleźć w aktualnej literaturze. Dwie z nich zasługują na szczególną uwagę. Pierwsza pochodzi z badania Earleywine i in. [31], którzy przeprowadzili serię wywiadów z trzydziestoma terapeutami oferującymi integrację psychodeliczną w różnych podejściach. Na podstawie ich odpowiedzi (m.in. na pytania o to, jak definiują swoją pracę), autorzy stwierdzili, że uczestnicy postrzegali integrację jako pomost między doświadczeniem psychodelicznym a życiem codziennym; jako proces, który w idealnych warunkach rozpoczyna się jeszcze przed przyjęciem substancji, nigdy się nie kończy, wspiera nadawanie osobistego sensu doświadczeniu psychodelicznemu oraz tworzenie zmiany zachowania,

a także jest spersonalizowany i bieżę pod uwagę osobę jako całość. Z kolei Bathje i in. [28], opierając się na obszernym przeglądzie literatury w tym zakresie, zaproponowali syntetyczną definicję integracji psychodelicznej jako: procesu, w którym osoba powraca i aktywnie angażuje się w nadawanie sensu, przepracowywanie, przeniesienie i przetworzenie treści swoich doświadczeń psychodelicznych. Poprzez celowy wysiłek i wspierające praktyki, proces ten pozwala stopniowo uchwycić i włączyć pojawiające się lekcje i spostrzeżenia do swojego życia, dążąc w ten sposób do większej równowagi i całości, zarówno wewnętrznej (umysł, ciało i duch), jak i zewnętrznej (styl życia, relacje społeczne i świat przyrody).

Warto również dodać, że z pragmatycznego punktu widzenia potrzeby i cele integracji psychodelicznej można sprowadzić do maksymalizacji korzyści oraz minimalizacji szkód wynikających z danego doświadczenia psychodelicznego [20, 23].

## Jak działają psychodeliki?

Substancje psychodeliczne dzieli się najczęściej na klasyczne i nieklasyczne [32]. Do tej pierwszej grupy należą psylocybina, meskalina, LSD, DMT oraz inne substancje, których podstawowym działaniem jest pobudzenie (agonizm) receptorów serotoninowych (głównie 5-HT<sub>2A</sub>) w mózgu, co prowadzi do kaskady złożonych mechanizmów biochemicznych, neuronalnych i psychologicznych leżących u podłoża efektów psychodelicznych [33]. Natomiast mechanizmy działania nieklasycznych psychodelików (np. MDMA lub ketaminy) są mniej jednoznaczne i bardziej zróżnicowane [1].

Zgodnie z jedną z aktualnie wiodących teorii (teoria entropicznego mózgu), pod wpływem psychodelików obserwuje się tymczasowe zaburzenie normalnej łączności i hierarchii mózgu, co skutkuje m.in. zmniejszeniem hamującego wpływu ewolucyjnie młodszych struktur, takich jak kora czołowa [2, 34]. To z kolei aktywuje ewolucyjnie starsze struktury odpowiedzialne za tzw. myślenie pierwotne (ang. *primary thinking*), które charakteryzuje się irracjonalnością, niejednoznacznością, paradoksem pojęciowym oraz intensywnymi lub impulsywnymi emocjami. Co więcej, zmniejszona dominacja czołowa nad obszarami limbicznymi przyspiesza pojawienie się nieświadomych treści, które w normalnych warunkach są tłumione przez tzw. myślenie wtórne (ang. *secondary thinking*), które z kolei charakteryzuje się uporządkowa-



niem, precyzją, spójnością pojęciową i kontrolowanym afektem. Dzięki temu myślenie pierwotne może ujawnić pewne istotne spostrzeżenia, które podlegają hamowaniu w przypadku normalnej aktywności mózgowej.

Co istotne, po wygaśnięciu efektów psychodelicznych aktywacja bardziej racjonalnego i ewolucyjnie młodszego myślenia wtórnego jest potrzebna do prawidłowego przetworzenia i zrozumienia (zintegrowania) doświadczenia. Pomimo zniknięcia substancji z organizmu, wywołane przez psychodeliki zmiany utrzymują się [22, 34]. Dotyczy to przede wszystkim zjawiska neuroplastyczności, czyli zdolności sieci neuronowych mózgu do zmiany poprzez wzrost, tworzenie nowych połączeń i reorganizację [9, 35]. Na poziomie psychologicznym towarzyszy temu zwiększona wrażliwość, sugestywność i empatia w tygodniach następujących po doświadczeniu psychodelicznym, co dodatkowo wspiera proces uczenia się. Według Majić i in. [36] ten tzw. efekt afterglow może trwać około 6-8 tygodni po spożyciu psychodelików i zwykle charakteryzuje się lekko podwyższonym nastrojem, otwartością i optymizmem, a także osłabionym działaniem psychologicznych mechanizmów obronnych; przekłada się to na większe prawdopodobieństwo modyfikacji dotychczasowych oraz utrwalenia nowych sposobów myślenia i zachowania, co jest niezbędne w procesie integracji psychodelicznej [37]. Z tych samych powodów należy jednak zachować uważność wobec zwiększonej podatności i sugestywności osoby mającej niedawne doświadczenie psychodeliczne (m.in. należy unikać wszelkiego rodzaju dogmatycznego punktu widzenia oraz interwencji, na które klient nie wyraził zgody).

Powyższy opis nie stanowi wyczerpującego wykładu dotychczasowej wiedzy na temat działania mózgu i umysłu pod wpływem psychodelików. Po więcej informacji odsyłamy do dostępnych przeglądów badań i teorii w tym zakresie [1, 2, 33]. Zwracamy również uwagę na fakt, że wciąż brakuje ujednoczonej teorii, która wyjaśniałaby pełną złożoność działania psychodelików [2, 33], a wiele badań na ten temat jest jeszcze w toku lub zostanie przeprowadzona w przyszłości.

### **Czy chodzi wyłącznie o substancję?**

Intensywność, czas trwania, subiektywna atrybucja i konsekwencje doświadczeń wywołanych przez psychodeliki zależą nie tylko od działania konkretnej substancji (czy jej dawki), ale także od czynników pozafarmakologicznych.

Model drug, set and setting [38] porządkuje je na czynniki po stronie osoby (set), która przyjmuje daną substancję (w tym indywidualne cechy, stan poprzedzający, intencja oraz oczekiwania wobec efektów substancji), oraz po stronie otoczenia (setting), w którym ma to miejsce (w tym otoczenie fizyczne oraz kontekst społeczny). Ten model interaktywnych efektów substancji psychoaktywnych może być szczególnie istotny w przypadku psychodelików, których działanie charakteryzuje się m.in. zmianami percepcji i reaktywności emocjonalnej zależnymi od zwiększonej podatności na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne [39].

Wpływ czynników pozafarmakologicznych nie powinien być lekceważony. W badaniu Olsons i in. [40], gdzie manipulowano jedynie oczekiwaniami (set) i otoczeniem (setting), uczestnicy zgłaszali różne nasilenie efektów psychodelicznych, pomimo zażycia niepsychoaktywnego środka (placebo). Wiadomo również, że takie nefarmakologiczne czynniki, jak wysokie nasilenie neurotyzmu, osobista/rodzinna historia psychoz, osobowość typu borderline lub mania, a także niewłaściwy kontekst, bycie niedoświadczonym użytkownikiem danej substancji oraz brak lub niewystarczająca integracja po doświadczeniu, są najczęściej związane z niepożądanymi efektami psychodelików [41–43].

### **Czy terapeuci powinni mieć własne doświadczenia psychodeliczne?**

Kwestia tego, czy konieczne jest posiadanie własnych doświadczeń w zakresie działania psychodelików przez osoby zajmujące się PAT, jest przedmiotem jednej z toczących się w tej dziedzinie dyskusji [44]. Naszym zdaniem kwestia indywidualnych doświadczeń psychodelicznych jest istotna także w przypadku specjalistów zdrowia psychicznego oferujących samą integrację psychodeliczną. Takie doświadczenia mogą bowiem zapewnić osobisty wgląd w naturę efektów psychodelicznych, przyczyniając się do lepszego zrozumienia subiektywnych przeżyć klientów i związanych z nimi trudności w sposób, którego nie może zapewnić samo czytanie literatury lub uczestnictwo w szkoleniach w tym zakresie. Pogląd ten opiera się na rekomendacjach innych autorów [24], zgodnie z którymi „terapeuci psychodeliczni” powinni mieć własne doświadczenia z niezwykłymi stanami świadomości, czy to pod wpływem substancji psychodelicznych, czy z różnymi metodami nefarmakologicznymi (m.in. oddychanie ho-



lotropowe lub inne techniki oddechowe zorientowane na wywoływanie intensywnych doświadczeń). Jednocześnie nie zakładamy, że osobiste używanie psychodelików jest konieczne do zapewnienia wsparcia w odniesieniu do treści i/lub konsekwencji doświadczeń psychodelicznych klienta, czyli do jego integracji.

Należy również podkreślić, że indywidualne doświadczenie psychodeliczne nie zawsze jest możliwe lub wskazane ze względu na nielegalny status tych substancji w większości krajów lub też z powodu potencjalnych przeciwwskazań dla danej osoby. Co więcej, Nielson i Guss [44] stwierdzili, że takie doświadczenia z pierwszej ręki, choć stosunkowo powszechne w historii badań i zastosowań PAT, były i są w dużej mierze pomijane, niedokumentowane i w związku z tym niepoddane analizom (np. porównaniom jakości wsparcia ze strony terapeutów, którzy mieli i którzy nie mieli własnych doświadczeń psychodelicznych), co wskazuje na potrzebę rzetelnych badań nad tym zjawiskiem.

## Zaufać wewnętrznemu uzdrowicielowi czy być dyrektywnym?

W aktualnej literaturze na temat PAT rozróżnia się podejścia niedyrektywne i dyrektywne [45]. Pierwsze z nich odnosi się do koncepcji znanej jako „wewnętrzny uzdrowiciel” (ang. *inner healer*) lub „wewnętrzna inteligencja uzdrawiająca” (ang. *inner healing intelligence*), przywoływanej często w kontekście doświadczeń psychodelicznych jako próba wyjaśnienia ich niespecyficznego przebiegu; jest to również istotna podstawa m.in. terapii opartych na uważności [46], metody Hakomi [47] czy oddychania holotropowego [48]. Koncepcja „wewnętrznego uzdrowiciela” opiera się na założeniu o istnieniu mimowolnej tendencyjności organizmu do samoleczenia, która może kierować także procesem doświadczenia psychodelicznego. Niemniej jednak, kilku autorów [49] skrytykowało tę koncepcję ze względu na ograniczenia jej implikacji (skłonność do intrasubiektywności) oraz samych podstaw teoretycznych (tj. wpływu teorii transpersonalnej, filozofii wieczystej i kultury New Age, nieposiadających silnego wsparcia empirycznego). Inni wskazywali również, że opieranie się na koncepcji „wewnętrznego uzdrowiciela” prowadzi badaczy i klinicystów do koncentracji na samym wywoływaniu doświadczeń psychodelicznych przy zachowaniu neutralnego wsparcia, czego możliwość jest wątpliwa [50]. Co więcej, bazowanie wyłącznie na

„wewnętrznym uzdrowicielowi” może uniemożliwić zastosowanie różnych podejść psychoterapeutycznych, które wykorzystując bardziej wystandaryzowane i dyrektywne metody (oparte na innych koncepcjach), również mogłyby przynieść potencjalne korzyści w kontekście terapii i integracji psychodelicznej.

Jeśli chodzi o integrację psychodeliczną uważamy, że zarówno niedyrektywne, jak i dyrektywne podejście może być przydatne w jej praktyce. Przykładowo, na wczesnym etapie integracji odpowiednie będzie zapewnienie klientowi nieskrępowanej przestrzeni do wyrażenia treści swojego doświadczenia, zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie (np. poprzez rysunek lub ruch). Jednak w celu ułatwienia procesu zrozumienia doświadczenia, przełożenia go na konkretne zmiany behawioralne i wspierania ich wdrażania w codziennym życiu, zarówno większa dyrektywność, jak i stosowanie różnych podejść i metod psychoterapeutycznych, będzie prawdopodobnie najbardziej skuteczne.

## Czy integracja psychodeliczna jest legalna, jeśli psychodeliki nie są?

Ze względu na nielegalność psychodelików w większości krajów, praktyka integracji psychodelicznej jest obciążona wieloma względami natury etycznej [51], przede wszystkim: bycie przedmiotem formalnych działań dyscyplinarnych (np. dana komisja dyscyplinarna może postrzegać integrację psychodeliczną jako nieprofesjonalną, nieetyczną lub wykraczającą poza granice dopuszczalnej praktyki); oraz potencjalne oskarżenie o nadużycie (np. ze strony klienta, który może czuć się w jakiś sposób pokrzywdzony, lub przez członków rodziny klienta, którzy mogą np. postrzegać integrację psychodeliczną jako wsparcie w zażywaniu psychodelików).

Jest to zbieżne z kwestiami etycznymi, które pojawiają się podczas praktyki terapeutycznej z osobami używającymi narkotyków, jak w przypadku opartego na redukcji szkód podejścia do psychoterapii uzależnień [52]. Redukcja szkód jest pragmatycznym podejściem zorientowanym na zmniejszanie zagrożeń i negatywnych konsekwencji bez całkowitego eliminowania ich źródła (np. skupienie się na modyfikacji wzorca używania substancji, bez wymagania abstynencji, jeśli klient w danym momencie nie chce lub nie jest w stanie jej utrzymać).

Zgodnie z propozycją kilku autorów [23, 51], redukcja szkód może posłużyć również jako podstawa do obejmowania

praktyką terapeutyczną osób decydujących się na stosowanie psychodelików. Używanie psychodelików nie jest tu ani patologizowane czy stygmatyzowane, ani również promowane; podejście to przyjmuje bowiem neutralną (nieoceniającą) postawę wobec indywidualnych decyzji o ich używaniu, koncentrując się na wsparciu aktualnych potrzeb klienta oraz na promowaniu bezpieczeństwa. Uwzględnia to zarówno zapewnianie rzetelnej edukacji (na temat efektów działania, zagrożeń i przeciwwskazań do zażywania psychodelików), jak i zachęcanie do korzystania z bardziej konwencjonalnych metody leczenia stanu klienta (np. adekwatna farmakoterapia lub psychoterapia o udowodnionej skuteczności), oraz poinformowanie klienta o dostępności alternatywnych wobec psychodelików metod wykorzystujących odmienne stany świadomości (np. terapia oparta na uważności, hipnoterapia, oddychanie holotropowe lub podobne techniki oddechowe).

### Co z przygotowaniem przed doświadczeniem psychodelicznym?

Niniejszy artykuł koncentruje się na integracji doświadczeń psychodelicznych. Idealnie byłoby jednak, gdyby doświadczenia te były poprzedzone przygotowaniem, które – przynajmniej z założenia – może zapobiec trudnościom i negatywnym konsekwencjom związanym z zażywaniem psychodelików.

Wytyczne dotyczące przygotowania do doświadczenia psychodelicznego zostały już opracowane i szczegółowo omówione w wielu książkach [np. 53, 54] i publikacjach naukowych [np. 23, 42, 55, 56]. Tutaj przedstawiamy jedynie podstawowy zakres takiego przygotowania (np. w kontekście badań nad PAT):

- sprawdzanie obecności przeciwwskazań lub innych czynników, które narażają na negatywne konsekwencje związane z psychodelikami, co obejmuje: historię zaburzeń psychotycznych, afektywnych dwubiegunowych i/lub osobowości typu borderline; obecne przyjmowanie leków (np. leków przeciwpsychotycznych, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, litu, inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny, inhibitorów monoaminooksydazy) lub aktywne używanie substancji psychoaktywnych; występowanie poważnych chorób nerek, wątroby, serca lub neurologicznych; bycie w ciąży; oraz takie względne przeciwwskazania, jak indywidualna historia prób samobójczych lub zaburzeń psychotycznych w rodzinie [42];

- oparte na aktualnej wiedzy naukowej informowanie o naturze efektów działania psychodelików, ich wpływie lub mechanizmach oddziaływania na ludzki mózg i umysł, a także udzielanie rzetelnych odpowiedzi na konkretne pytania i obawy klienta;
- omawianie (i urealnianie) oczekiwań oraz wsparcie w formułowaniu intencji klienta wobec doświadczenia psychodelicznego i jego efektów;
- omówienie zachowań lub strategii, które mogą zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji związanych z używaniem psychodelików [53, 56].

## Podsumowanie

Potrzeba integracji psychodelicznej wynika ze specyfiki efektów działania psychodelików oraz związanych z nimi zagrożeń i wyzwań, a także z rosnącego rozpowszechnienia używania psychodelików w różnych kontekstach, przy jednoczesnym braku formalnego przygotowywania specjalistów zdrowia psychicznego do zapewnienia wsparcia w tym zakresie. Celem tego artykułu była próba przedstawienia kompleksowych podstaw i rozważań teoretycznych dotyczących integracji psychodelicznej dla psychoterapeutów, psychiatrów i innych praktyków zdrowia psychicznego, którzy mogą mieć okazję pracować z osobami potrzebującymi takiego wsparcia. Dotyczy to zarówno minimalizowania negatywnych konsekwencji, jak i maksymalizowania korzystnych efektów związanych z psychodelikami.

Chociaż substancje te były używane w różnych kulturach od tysiącleci, a następnie stały się przedmiotem zachodniej nauki ponad sto lat temu, to rozwój dziedziny integracji doświadczeń psychodelicznych dopiero nabiera tempa [57]. Mamy nadzieję, że ten artykuł odegra istotną rolę w poszerzeniu wiedzy w tym obszarze.

*Pełna bibliografia dostępna jest w wersji internetowej artykułu i bezpośrednio w redakcji.*

## Przypisy

<sup>1</sup> Niniejszy artykuł został opracowany na podstawie tekstu pt. „Back from the rabbit hole. Theoretical considerations and practical guidelines on psychedelic integration for mental health specialists”, który ukazał się w czasopiśmie naukowym *Frontiers in Psychology*. Tekst ten jest wynikiem międzynarodowego projektu, który został zrealizowany przy wsparciu finansowym Funduszu Wyszehradzkiego (ID projektu: 21820342). Zgromadził on międzynarodowy zespół psychiatrów, psychoterapeutów i badaczy, reprezentujących oficjalne instytucje i/lub stowarzyszenia związane z psychodelikami z krajów Grupy Wyszehradzkiej.

<sup>a</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

<sup>b</sup> Polskie Towarzystwo Psychodeliczne.

<sup>c</sup> Polskie Towarzystwo Psychologii Procesu.

*Chemsex został zaobserwowany po raz pierwszy w Londynie na przełomie XX i XXI wieku przez osoby pracujące w obszarze redukcji szkód w środowisku MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami). Ma on swoje charakterystyczne cechy, które wyróżniają go spośród innych okoliczności łączenia zachowań seksualnych z używaniem środków psychoaktywnych, zarówno jeśli chodzi o grupę użytkowników, jak i specyficzne motywy używania substancji.*

# CHEMSEX – CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA

Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Instytut Pedagogiki, Akademia Humanitas

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii UW

Centrum Psychoterapii „Przestworza” w Krakowie

## Wstęp

Zagadnienie związków między używaniem środków psychoaktywnych (SP) a aktywnością seksualną do lat 80. XX wieku rzadko stanowiło przedmiot badań naukowych. Zwiększenie zainteresowania tą tematyką wyzwoliła bez wątpienia epidemia HIV, szczególnie wtedy, gdy wykazano silny związek między faktem zażywania narkotyków (zwłaszcza ich nadużywania) a ryzykiem zakażenia. Trzeba jednak zauważyć, że praktykowanie aktywności seksualnej w połączeniu z używaniem substancji psychoaktywnych miało miejsce od czasów starożytnych. Stosowano je jako afrodyzjaki np. na Dalekim Wschodzie – już wtedy wiadano, że opium wydłużało czas trwania stosunku. Pejotl, używany przez rdzennych mieszkańców Ameryki Północnej i Środkowej, działał przeciwko impotencji, obniżał libido i zwiększał płodność u kobiet. W latach 60. ubiegłego stulecia psychodeliki (głównie LSD) stały się popularnym środkiem wykorzystywanym do zwiększania doznań podczas aktywności seksualnej (Walendzik-Ostrowska, 2008).

Uwagę badaczy na kwestie związków zachowań seksualnych i używania SP zwróciła dopiero epidemia AIDS. Prace badawcze poświęcone omawianej problematyce, realizowane od połowy lat 80., skupiały się głównie na czynnikach zwiększających ryzyko infekcji HIV, takich jak np. używanie niesterylnych igieł i strzykawek do iniekcji, ryzykowne zachowania seksualne pod wpływem substancji psychoaktywnych, współżycie seksualne z partnerem używającym narkotyków czy świadczenie usług seksualnych w celu zdobycia pieniędzy na narkotyk lub

samego narkotyku (Walendzik-Ostrowska, 2008). W literaturze pojawia się także wątek używania substancji w celu wykorzystania seksualnego (tzw. pigułka gwałtu). Natomiast chemsex został zaobserwowany po raz pierwszy w Londynie na przełomie XX i XXI wieku przez osoby pracujące w obszarze redukcji szkód w środowisku MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami). Ma on swoje charakterystyczne cechy, które wyróżniają go spośród innych okoliczności łączenia zachowań seksualnych z używaniem SP, zarówno jeśli chodzi o grupę użytkowników, jak i specyficzne motywy używania substancji. Przy opisie zjawiska trzeba też uwzględnić kontekst epidemii HIV. Istotny jest tu zwłaszcza społeczny odbiór epidemii i społeczne postawy wobec osób zakażonych. W niniejszym artykule zostanie więc przybliżona specyfika zjawiska „chemsex” (definicje, motywy używania, konsekwencje) oraz zostaną zaprezentowane zasady redukcji szkód w odniesieniu do praktyki chemsexu.

## Substancje psychoaktywne a fizjologia seksualna

Sposób oddziaływania SP na przebieg reakcji seksualnych i fizjologię zależy przede wszystkim od wpływu tych substancji na ludzki organizm. Pobudzacze będą więc sprzyjały zachowaniom seksualnym w ten sposób, że mogą zwiększać podniecenie, odczuwane wrażenia i przedłużać czas trwania kontaktu (np. kokaina, amfetamina). Z kolei wszystkie środki spowalniające działanie centralnego układu nerwowego podobnie będą oddziaływać na podniecenie, erekcję oraz odczucia seksualne, nawet jeśli subiektywne doznania osoby będą inne. Kla-



Tabela 1. Działanie wybranych substancji psychoaktywnych na fizjologię seksualną.

Substancje	Działanie
Stymulanty (ogólnie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>wpływają na poprawę samooceny, zwiększają ufność wobec innych, ułatwiają nawiązywanie relacji społecznych (rozmowność, otwartość) – jest to istotne w kontekście motywów używania – radzenie sobie z różnymi deficytami osobistymi oraz zaburzeniami, w tym seksualnymi, które to problemy substancje „przykrywają”</li> </ul>
Stymulanty: <b>kokaina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>powoduje problemy ze wzrodem i jego utrzymaniem</li> <li>u kobiet nie dochodzi do orgazmu, pojawiają się zaburzenia produkcji śluzu szyjkowego i pochwowego, wywołuje przewlekłe infekcje pochwy (przyczyna: substancje zawarte w kokainie i/lub zwiększona aktywność)</li> <li>zażywana w dużych ilościach prowadzi do seksualnej dysfunkcji oraz utraty zainteresowania seksem</li> </ul>
Stymulanty: <b>amfetamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>może powodować zaburzenia endokrynologiczne: u mężczyzn zmniejsza potencję, zwiększając jednocześnie pożądanie, u kobiet prowadzi do zahamowania owulacji i miesiączki</li> <li>przyjmowana dożylnie sprawia, że przy dużym pobudzeniu seksualnym ejakulacja i orgazm są trudne, a często niemożliwe do osiągnięcia</li> </ul>
Stymulanty: <b>metamfetamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>w początkowej fazie używania może działać stymulująco na popęd płciowy, wzmacnia stymulację seksualną</li> <li>zmniejsza odczuwanie bólu, „przesuwa” granice</li> <li>długotrwałe stosowanie prowadzi do obniżenia sprawności seksualnej, u mężczyzn wywołuje skłonność do agresywnego i brutalnego seksu</li> <li>używana w czasie ciąży prowadzi do opóźnień w rozwoju płodu, powikłań prenatalnych, porodów przedwczesnych, komplikacji okołoporodowych i zaburzeń w rozwoju dziecka po urodzeniu (niższa waga urodzeniowa, obniżona długość ciała i obwodu głowy noworodka, zaburzenia snu, wzmożone napięcie mięśni, przyspieszony oddech)</li> </ul>
Stymulanty: <b>MDMA (ecstasy)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zwiększa podniecenie i wrażliwość na dotyk</li> <li>utrudnia erekcję i ejakulację</li> <li>zmniejsza zahamowania – zwiększone ryzyko seksu bez zabezpieczenia</li> </ul>
Stymulanty: <b>katynony (w tym mefedron)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>powodują euforię, lepszy odbiór muzyki, poprawiają nastrój, obniżają agresję i czujność, poprawiają funkcje psychiczne, zwiększają stymulację seksualną; silna chęć przyjęcia kolejnej dawki</li> <li>mefedron: należy do grupy empatogenów (entaknogenów), które powodują charakterystyczne efekty emocjonalno-społeczne, podobne do tych wywoływanych przez ecstasy (MDMA)</li> <li>wywołuje zwiększone wydzielanie serotoniny, dopaminy oraz noradrenaliny; efekty (utrzymujące się do godziny): zwiększona czujność, nerwowość, euforia, podekscytowanie, rozmowność, otwartość, pobudzenie, silniejszy popęd płciowy, pewność siebie</li> </ul>
Halucynogeny: <b>konopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zwiększają natężenie aktywności seksualnej i poziomu „radości seksualnej”, zwiększają podniecenie i wzmagają przeżycia, zwiększają wrażliwość na dotyk</li> <li>duże dawki zmniejszają pożądanie seksualne oraz zaburzają zdolność do erekcji, obniża się poziom testosteronu</li> <li>jako takie nie sprzyjają aktywności seksualnej – nie są narkotykiem zwiększającym pragnienia seksualne</li> </ul>
Halucynogeny: <b>LSD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zwiększa odczuwanie przyjemności seksualnej, wydłuża orgazm i sprawia, że jest on bardziej intensywny</li> <li>ma duży wpływ na fantazje seksualne oraz zwiększa wrażliwość na dotyk</li> </ul>
Substancje spowalniające: <b>opiaty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>produkują substytucyjną satysfakcję seksualną – seks przestaje być jedynym źródłem seksualnej przyjemności</li> <li>wpływ na libido oraz reprodukcję wskutek negatywnego oddziaływania narkotyków na zdrowie ogólne</li> <li>wpływają negatywnie (upośledzająco) na układ nerwowy, który kontroluje funkcje i zachowania seksualne</li> </ul>
Substancje spowalniające: <b>barbiturany</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zmniejszają niepokój, senność i zahamowania; poprawiają samopoczucie, a taki nastrój sprzyja pobudzeniu seksualnemu i zachowaniom mu towarzyszącym</li> <li>w połączeniu z alkoholem powodują zwiększenie przyjemności seksualnej, przy jednoczesnym zmniejszeniu poziomu libido, problemach z erekcją i ejakulacją</li> <li>nie pomagają w polepszeniu jakości życia seksualnego</li> </ul>
Substancje spowalniające: <b>GHB/GBL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>substancje z grupy depresantów działające na centralny układ nerwowy, o wiele silniejsze niż inne środki z tej grupy; GBL ma postać bezbarwnego płynu o chemicznym zapachu i smaku, GHB jest bezbarwnym, lekko słonawym płynem niemającym zapachu, czasami występuje w postaci proszku</li> <li>GBL zmienia się w organizmie w GHB – dlatego efekty użycia GBL mogą być mocniejsze, zaś skutki jego użycia mniej przewidywalne; dodany do alkoholu powoduje utratę świadomości – ryzyko wykorzystania seksualnego („pigulka gwałtu”)</li> <li>działanie: euforia, obniżenie granic, zwiększenie napięcia seksualnego; często stosowane dla wzmocnienia innych narkotyków; u niektórych osób obniżenie czucia, ułatwia kontakt analny</li> </ul>

Substancje	Działanie
Substancje spowalniające: <b>ketamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• substancja znieczulająca, wykorzystywana m.in. w medycynie ratunkowej</li> <li>• przyjmowana w małych dawkach może powodować poczucie znacznego przyływu energii</li> <li>• w większych dawkach wywołuje poczucie odrętwienia, odcięcia od ciała lub odpływania z występowaniem marzeń sennych</li> <li>• może powodować podniecenie, ale efektem jej użycia może być także trudność z uzyskaniem erekcji oraz wytrysku</li> <li>• ponieważ rozluźnia mięśnie odbytu, jest często używana przez mężczyzn, który praktykują fisting</li> </ul>

Źródło: Walendzik-Ostrowska, 2008.

sycznym przykładem tych środków jest heroina w różnej postaci. W tabeli 1 zaprezentowano wybrane substancje (podzielone na trzy grupy: pobudzacze, halucynogeny, spowalniacze) oraz ich działanie na fizjologię seksualną.

## Definicja chemsexu

Określenie „chemsex”, choć łączy ze sobą dwa doświadczenia: jednoczesnego używania substancji (chems) oraz zachowania seksualnego (sex), nie dotyczy wszystkich bez wyjątku sytuacji aktywności seksualnej z użyciem substancji psychoaktywnej. W literaturze pojawia się określenie *sexualised drug use* (SDU), co dosłownie oznacza „seksualne użycie narkotyków” bądź „użycie narkotyków do celów seksualnych” (Brodzikowska, 2022). Chemsex będzie więc z pewnością należał do tej kategorii (jako podkategoria), ale nie każde SDU będzie chemsexem (tamże). To ważne rozróżnienie – zauważyć można, że w Polsce w obszarze profilaktyki społecznej wymienia się jako przykład chemsexu zjawisko przemocy seksualnej z wykorzystaniem „pigułki gwałtu”. Tymczasem to ostatnie będzie raczej przykładem specyficznej kategorii SDU oraz przemocy seksualnej, gdzie substancja jest narzędziem, które ma na celu pozbawić osobę będącą obiektem wykorzystania świadomości, „omijając” w ten sposób kwestię ewentualnego przyzwolenia na jakąś formę aktywności seksualnej, i jest podana tej osobie bez jej wiedzy i zgody. Dlatego ważne jest, aby opisując zagadnienie przemocy seksualnej z użyciem SP, nie używać określenia „chemsex”. Zaciera to bowiem granice definicyjne i łączy ze sobą dwa różne zjawiska, co jest nieuprawnione, jeśli spojrzymy na to, czym wg specjalistów jest chemsex. Takie rozdzielanie nie wyklucza oczywiście sytuacji, gdy do wykorzystania seksualnego dojdzie w trakcie aktywności chemsexowej – ale nadal będą to dwa różne zjawiska.

Pierwsze charakterystyki chemsexu zafunkcjonowały w literaturze naukowej w 2014 roku (Bourne i in., 2014.),

natomiast samo określenie pojawiło się wcześniej – na przełomie 1999/2000 roku (Stuart, 2019). Jak pisze Brodzikowska (2022), „chems” oznaczało slangową nazwę metamfetaminy i GHB/GBL w kontaktach SMS-owych londyńskich gejów z dealerami nielegalnych substancji. Wspomniana autorka przeprowadziła także dokładną analizę definicyjną pojęcia „chemsex” (Brodzikowska, 2022). Użytkownicy – to mężczyźni homo- i biseksualni oraz inni (np. identyfikujący się jako heteroseksualni) mający kontakty seksualne z mężczyznami – nie ma tu znaczenia orientacja seksualna, a fakt podejmowania kontaktów seksualnych z osobą tej samej płci. Co prawda osoby heteroseksualne również łączą zachowania seksualne z używaniem SP (Loewe-Kurilla, Wonatowska, 2022), jednak w literaturze przedmiotu jednoznacznie rezerwuje się określenie „chemsex” dla populacji MSM (mężczyzn mających seks z mężczyznami). Drugim elementem definicji jest rodzaj substancji – kryterium jej włączenia do katalogu będzie charakter oddziaływania na OUN. Będą to więc przede wszystkim te środki, które mają działanie pobudzające i rozhamowujące, powodujące osłabienie kontroli, zdolności do szacowania ryzyka oraz obniżające poczucie winy i wstydu (to ostatnie ma szczególne znaczenie w kontekście opisywanego zjawiska i będzie poruszone szczegółowo poniżej). Będą to także substancje wydłużające czas trwania erekcji i intensyfikujące doznania seksualne. Wymienić wśród nich należy przede wszystkim metamfetaminę, GHB/GBL, katynony (przede wszystkim mefedron), ketaminę oraz dodatkowo środki na erekcję (zawierające sildenafil®). W literaturze rzadziej pojawiają się amfetamina czy kokaina. Trzeba też zaznaczyć, że intencjonalność użycia substancji nie jest warunkiem *sine qua non* do uznania zachowania jako chemsex (Pawłęga, 2020). Podkreślenia wymaga, że nie jest chemsexem łączenie (wyłącznie) alkoholu z aktywnością seksualną, mimo iż alkohol ma również działanie odhamowujące i zwłaszcza w początkowej fazie działania

(przy niewielkiej ilości) zwiększa ochotę na zachowanie seksualne. Ostatnim ważnym elementem definicji zjawiska „chemsex” jest **sposób poszukiwania partnera**. Upowszechnienie na początku XXI wieku randkowych aplikacji geolokalizacyjnych zrewolucjonizowało możliwości poszukiwania partnerów o podobnych preferencjach i znacząco ułatwiło podejmowanie tego typu zachowań. Stworzenie własnego profilu (zwykle anonimowego), który zawiera charakterystykę właściciela oraz jego oczekiwania przy jednoczesnej aktualnej geolokalizacji, pozwoliło na szybkie skojarzenie osób o podobnych preferencjach dotyczących praktyk seksualnych w połączeniu z używaniem SP.

Świadomość tego, czym jest chemsex, jest też dobrze osadzona wśród samych użytkowników. W badaniu „Chemsex Polska” z 2020 roku (Rosińska, 2020) uczestnicy mający doświadczenia w tym zakresie, proponowali następujące własne definicje: *podbicie doznań seksualnych przez pryzmat używek, seks pod wpływem różnych substancji; chemsex ma już to do siebie, że jak się chce przekraczać te granice, chce się więcej i więcej, to jakby definicja chemsex; w pewnym momencie tu już nie chodzi o to, że seks – chodzi o seks na efekcie; seks służy do stymulacji, używka służy do podbicia tego efektu stymulacji; chemsex jest formą ucieczki, formą odreagowania; chemsex równa się aplikacje mobilne* (Brodzikowska, Walendzik-Ostrowska, 2020).

Podsumowując, określenie „chemsex” odnosi się do użycia specyficznych substancji przed i/lub w trakcie kontaktu seksualnego, przez gejów, mężczyzn biseksualnych i innych MSM, często połączonego z poszukiwaniem partnerów z wykorzystaniem geolokalizacyjnych aplikacji randkowych (Muskala, Pawłega, 2019). Kontakty seksualne odbywają się między dwiema bądź więcej osobami, a sesje chemsexu trwają od kilku godzin do kilku dni. Trzeba też zaznaczyć, że na poziomie definicyjnym pomijane jest całkowicie rozróżnienie praktykowania chemsexu rekreacyjnie vs. problemowo.

## Skala zjawiska

Badanie zachowań seksualnych nie jest proste, a badanie zachowań społecznie nieakceptowanych należy do jednych z najtrudniejszych. W przypadku chemsexu krzyżują się dwa takie zjawiska: seks męsko-męski i używanie nielegalnych substancji. Trudno też o badania na próbach reprezentatywnych w populacjach mniejszościowych, chociażby z powodu trudności w dotarciu do

potencjalnych respondentów. Niemniej od kilkunastu lat zjawisko chemsexu podlega analizie badawczej. Pierwsze takie obserwacje poczyniono w Wielkiej Brytanii, a następnie w Europie, w ramach projektów SIALOM II oraz kolejnych edycjach projektu EMIS<sup>1</sup> (2010, 2017 i 2024 – w trakcie realizacji), obejmującego zasięgiem ponad 40 krajów, głównie z Europy. Najświeższe dane, pozwalające oszacować skalę zjawiska w Polsce, pochodzą z badania EMIS 2017. Wzięło w nim udział 4025 polskich uczestników. Użycie środków pobudzających, aby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej, przynajmniej raz w życiu zadeklarowało 11,9% badanych (dla całej badanej próby, która wyniosła 127 792 mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, wskaźnik ten wyniósł 15%). Z kolei doświadczenie chemsexu w ciągu ostatnich 4 tygodni poprzedzających badanie było udziałem 4,6% respondentów z Polski, dla całej badanej grupy wyniósł 5,2%.

W Polsce w roku 2019 zrealizowano dwa badania poświęcone omawianemu zjawisku: „ChemSeks Polska” w Narodowym Instytucie Zdrowia – Państwowym Zakładzie Higieny i „Badanie jakościowe użytkowników chemseksu” zrealizowane przez firmę Kantar. Oba kierowane były bezpośrednio do mężczyzn mających doświadczenia łączenia substancji z zachowaniem seksualnym – dlatego nie można na podstawie uzyskanych w nich wyników oszacować liczby problemowych użytkowników chemsexu w naszym kraju. Niemniej taką próbę podjęli M. Muskala i M. Pawłega (2019). Autorzy ci wskazali następujące dane: populacja homoseksualnych mężczyzn wynosi od 310 do 930 tys. osób, praktykujących chemsex: 23-69 tys. osób, w tym chemsex problemowy: 5-14 tys. osób. Nie są to duże liczby, ale pozwalają założyć, że z bardzo dużym prawdopodobieństwem mężczyźni praktykujący problemowy chemsex i szukający w związku z tym pomocy, mogą się pojawiać w ambulatoryjnych i stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień.

## Motywy praktykowania chemsexu

Pytanie o to, dlaczego ludzie używają rekreacyjnie substancji psychoaktywnych, doczekało się już bardzo wielu odpowiedzi, z których większość wpisuje się w motywy chemsexu. Jeśli mowa o używaniu rekreacyjnym, są to w pierwszej kolejności potrzeby hedonistyczne, związane z zabawą, odreagowaniem, przeżyciem czegoś ekscytującego. Będzie to także potrzeba odhamowania, przekroczenia



bariery wstydu czy nieśmiałości – a więc zrobienia czegoś, na co trudno zdecydować się na trzeźwo. Jednak istnieją specyficzne powody praktykowania chemsexu połączone z kulturowymi i społecznymi postawami wobec populacji gejów i innych MSM oraz zakażenia HIV. Kluczowym pojęciem jest tu pojęcie **stresu mniejszościowego**, które należy rozumieć jako dodatkowe, oprócz standardowych stresorów, obciążenie, które dotyka osoby należące do stygmatyzowanych grup społecznych (Iniewicz, 2015). Stres mniejszościowy ma trzy zasadnicze cechy. Pierwsza to **unikatowość** – stres w tym znaczeniu nie jest doświadczeniem powszechnym, lecz dodatkowym obciążeniem psychicznym, charakteryzującym osoby należące do grupy mniejszościowej. Druga to **chroniczność**, która jest efektem względnej stałości struktur społecznych i kulturowych odgrywających istotną rolę w transmisji przekonań i postaw [negatywnych] wobec grup mniejszościowych. Ostatnią cechą tego rodzaju stresu jest jego **społeczne uwarunkowanie** – jest on związany raczej z procesami, instytucjami i strukturami społecznymi, istniejącymi poza jednostką niż z indywidualnymi wydarzeniami i warunkami, charakteryzującymi stresory ogólne, lub biologicznymi, genetycznymi czy innymi niespołecznymi właściwościami jednostki, bądź całej mniejszościowej grupy (Iniewicz, 2015; za: Meyer, 2003). W przypadku mężczyzn należących do mniejszości seksualnych, stres mniejszościowy odnosi się do chronicznego napięcia psychicznego, będącego skutkiem doświadczeń dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i dalszych ich antycypacji, także w konsekwencji homonegatywizmu, homofobii (także uwewnętrznionej), obaw przed ujawnieniem swojej tożsamości czy uprzedzeniami. Do tego dochodzą negatywne postawy społeczne wobec seksu męsko-męskiego, indukujące poczucie wstydu i/lub winy. Biorąc powyższe pod uwagę, dość czytelne stają się powody wyboru takich, a nie innych substancji używanych w chemsexie. Oddziałując na sferę afektywną i kognitywną, mają one (oprócz wydłużenia erekcji) wytłumić te wszystkie emocje i przekonania, które utrudniają bądź wręcz uniemożliwiają czerpanie przyjemności z seksu. Należą do nich: zewnętrzna i wewnętrzna homofobia, lęk przed odrzuceniem wynikającym z ujawnienia zakażenia HIV bądź niewpisywania się we wzorce męskiej atrakcyjności. Zażycie substancji w grupie sobie podobnych oraz praktykowanie zachowań przynoszących rozładowanie napięcia i silne doznania seksualne pozwala poradzić sobie z tymi wszystkimi negatywnymi odczuciami. To

doświadczenie zostało obrazowo opisane przez jednego z uczestników badania „ChemSex Polska”: *to jest jak gdyby tworzenie (...) jakiejś takiej bezpiecznej przystani; po prostu uczestnictwo w czymś takim daje pewne poczucie bezpieczeństwa* (Brodzikowska, Walendzik-Ostrowska, 2020). Oprócz kategorii stresu mniejszościowego badacze zjawiska zwracają uwagę na dodatkowy czynnik mający znaczenie dla podejmowania chemsexu przez mężczyzn nieheteroseksualnych – a mianowicie na **stres wewnątrz mniejszościowy** (*intraminority stress*), mający swoje źródła w nastawieniach, postawach i zachowaniach członków grupy mniejszościowej wobec siebie samych (Dora, Dobroczyński, 2023; za: Pachankis i wsp., 2020). Skłonność do rywalizacji (determinowana biologicznie i kulturowo) w grupie mężczyzn może stanowić istotny dodatkowy stresor.

Podsumowując specyficzne motywy wchodzenia w chemsex przez mężczyzn należących do grupy MSM, można wskazać na ich dwie grupy. Pierwsza to stresory dystalne, (dziejące się poza psychiką jednostki), uwarunkowane byciem mężczyzną nieheteroseksualnym mającym kontakty seksualne z innymi mężczyznami oraz związane z zakażeniem HIV i/lub HCV, przejawiające się w doświadczeniu dyskryminacji i stygmatyzacji. Natomiast druga grupa, wynikająca z tej pierwszej, to stresory proksymalne (przebiegające w obrębie psychiki jednostki). Skutkiem dyskryminacji będzie więc życie w ukryciu (co znacząco utrudnia budowanie zintegrowanej i pozytywnej tożsamości), oczekiwanie odrzucenia (nawet jeżeli ono faktycznie nie następuje) i zinternalizowana homofobia, czyli skierowane na siebie negatywnych ocen wyznaczanych przez heteroseksualną większość, takich jak dewaluacja siebie, obniżenie poczucia własnej wartości, konflikty wewnętrzne (Iniewicz, Grabski, Mijas, 2012; za: Meyer, 2007). Będzie to także opresyjne oddziaływanie własnej społeczności (Dora, Dobroczyński, 2023).

Z pewnością podejmowanie chemsexu musi przynosić osobom go praktykującym jakieś korzyści i są one przez użytkowników dobrze uświadomione. Dotyczą przede wszystkim zaspokajania potrzeb przynależności, akceptacji, podnoszenia samooceny czy poczucia własnej wartości, ale też przyjemności czy zabawy (Brodzikowska, Walendzik-Ostrowska, 2020). Niemniej patrząc całościowo, chemsex ma o wiele więcej strat.

**Tabela 2. Szkody zdrowotne i społeczne związane z chemsexem.**

Obszar	Szkoda
<b>Szkody dla zdrowia fizycznego</b>	<p>Związane z seksem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zaburzenia erekcji</li> <li>• uzależnienie od specyficznych bodźców</li> <li>• problemy z podnieceniem, utrzymaniem erekcji i/lub wytryskiem na trzeźwo</li> <li>• zakażenia STI's, w tym HIV</li> </ul> <p>Niezwiązane z seksem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• problemy ze snem</li> <li>• utrata masy ciała</li> <li>• niekorzystne interakcje między przyjmowanymi substancjami i (ewentualnie) lekami</li> <li>• niska adherencja ARV</li> <li>• zakażenia skóry wywołane nieprawidłowym sposobem podania substancji</li> <li>• zakażenia HCV</li> <li>• urazy, wypadki</li> <li>• ogólne negatywne skutki przyjmowania SP dla organizmu, w tym przedawkowanie i śmierć</li> </ul>
<b>Szkody dla zdrowia psychicznego</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• traumatyczne doświadczenia seksualne (przemoc) związane z ograniczoną możliwością podejmowania świadomych decyzji lub utratą przytomności wynikającymi z użycia substancji</li> <li>• spadki nastroju i myśli samobójcze</li> <li>• obniżenie poczucia własnej wartości</li> <li>• poczucie winy, wyrzuty sumienia</li> <li>• napady lęku, psychozy, stany psychotyczne</li> <li>• uzależnienie (w tym od substancji oraz behawioralne – np. kompulsywna masturbacja pod wpływem substancji, pornografii)</li> <li>• problemy z kontrolowaniem kontaktów seksualnych i przyjmowanych substancji</li> </ul>
<b>Szkody społeczne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dotyczące seksu: seks bez zgody, wielu partnerów seksualnych</li> <li>• strata czasu: sesje trwające od 4 godzin do 4 dni, czas potrzebny na trzeźwienie</li> <li>• ryzyko związane z pracą i pieniędzmi: koszt narkotyków, nieobecności w pracy, utrata pracy</li> <li>• problemy z prawem</li> <li>• relacje: odrzucenie ze strony znajomych, trudność w podtrzymaniu relacji innych niż seksualne, rozluźnienie relacji z rodziną, przyjaciółmi, partnerem, zarzucenie hobby</li> <li>• ryzyka związane ze społecznością MSM: samotność, stygmatyzacja związana z nieakceptowaniem praktyk chemsexowych</li> </ul>

Źródło: Muskała, Pawłęga, 2019; Brodzikowska, Walendzik-Ostrowska, 2020.

## Potencjalne konsekwencje chemsexu

Badania jednoznacznie wskazują, że angażowanie się w chemsex koreluje z większą liczbą partnerów seksualnych, wyższym spożyciem alkoholu oraz zwiększoną skłonnością do zachowań ryzykownych. U osób żyjących z HIV obniża to adherencję i podnosi wiremę do wykrywalnego poziomu, osłabiając działanie leków antyretrowirusowych i stwarzając możliwość transmisji zakażenia, a u osób niezakażonych obniżenie kontroli zachowań wpływa na podejmowanie kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia (Dora, Dobroczyński, 2023). Wśród szkód wynikających z praktykowania chemsexu wyróżnić można jeszcze inne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego oraz szkody społeczne – zostały one zaprezentowane w tabeli 2.

## Strategie redukcji szkód

Strategie redukcji szkód co do zasady powinny być adekwatne do aktualnej sytuacji osoby i uwzględniać praktykowane przez nią zachowania, bez wyraźnych i kategorycznych oczekiwań rezygnacji z używania substancji. O ile osoby zajmujące się pracą z użytkownikami SP mają zwykle dobrze przepracowane swoje podejście do używania substancji i rzadko można spotkać wśród nich kogoś prezentującego postawę narkofobiczną, o tyle problemy z uznaniem seksu męsko-męskiego i specyficznych praktyk w tym obszarze zdarzają się o wiele częściej. Nie każdy specjalista i nie każda specjalistka chce, może i potrafi pracować z mniejszościami seksualnymi, zwłaszcza gdy specjalista jest płci męskiej – badania społeczne wskazują na wyższy poziom akceptacji dla zachowań

seksualnych męsko-męskich przez kobiety i niższy u nich poziom homofobii. Warto jednak, bez względu na osobiste poglądy i przekonania, mieć wiedzę na temat redukcji szkód w obszarze chemsexu. Może ona być przydatna w pracy edukacyjnej i terapeutycznej.

Redukcja szkód nakierowana na użytkowników chemsexu musi łączyć ze sobą dwie perspektywy: używania substancji i praktyk seksualnych, w tym specyficznych dla seksu męsko-męskiego. Identyfikowanie użytkowników chemsexu polega na zadawaniu pytań przesiewowych, które pozwolą na określenie obszaru ewentualnych strat. W tym celu można zadać pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 6/12 miesięcy używałaś chems przed lub w trakcie seksu?”. Odpowiedź twierdząca pociąga za sobą następne pytanie: „Jakie to były substancje?”. Jeśli były to mefedron, GHB i/lub metamfetamina, należy zweryfikować, czy były to substancje powodujące zwiększone wydzielanie dopaminy, zmniejszenie granic i zwiększenie potencjalnych ryzyk seksualnych, w tym przedawkowania (zatrucia). Jeśli substancje były przyjmowane w iniekcjach, należy zweryfikować, czy może być potrzebna interwencja dotycząca bezpieczniejszych iniekcji i chorób infekcyjnych innych niż STI's.

W odniesieniu do ryzyka zakażenia HIV istotna może okazać się informacja o możliwości stosowania PrEP-u (*pre-exposure prophylaxis*), czyli profilaktyki przedekspozycyjnej. Polega ona na przyjmowaniu dwóch leków antyretrowirusowych, które stosowane zgodnie z wytycznymi (w trybie doraźnym lub ciągłym), mogą uchronić przed zakażeniem HIV. Leki te podaje się, zanim dojdzie do narażenia na zakażenie (np. przed seksem lub wstrzyknięciem narkotyku) oraz przez jakiś czas po ekspozycji. Wytyczne do stosowania PrEP-u są dostępne w rekomendacjach PTN AIDS pt. „Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS”.

## Przypisy

<sup>1</sup> EMIS – European MSM Internet Survey.

## Bibliografia

Bourne et al. (2014), The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. Technical Report. Sigma Research. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Brodzikowska M. (2022), Pojęcie chemsexu – wprowadzenie do analizy zjawiska, W: Chemsex. Ujęcie wielodyscyplinarne. red. R. Kowalczyk, A. Stola, Warszawa: PZWL.

Brodzikowska M., Walendzik-Ostrowska A. (2020), Badanie jakościowe wśród użytkowników ChemSex, W: ChemSex Polska – ogólnopolskie badanie dotyczące zjawiska ChemSex w populacji MSM. Raport końcowy (red.) M. Rosińska, Warszawa: NIZ – PZH.

Dora M., Dobroczyński B. (2023), Kto ma problem z chemseksem? Tożsamość jako brakujące ogniwo usług pomocowych dla mężczyzn problemowo używających substancji psychoaktywnych w celach seksualnych, „Psychiatria Polska”, Tom LVII, nr 1.

ECDC Technical Report. EMIS-2017. The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey, <https://op.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/864d66e0-de75-11e9-9c4e-01aa75ed71a1>

Iniewicz G., Grabski B., Mijas M. (2012), Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – rola stresu mniejszościowego, „Psychiatria Polska”, tom XLVI, nr 4.

Iniewicz G. (2015), Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Loewe-Kurilla A., Wonatowska P. (2022), Osoby heteroseksualne spoza populacji MSM a zjawisko chemsexu, W: Chemsex. Ujęcie wielodyscyplinarne (red.) R. Kowalczyk, A. Stola, Warszawa: PZWL.

Meyer I.H. (2003), Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence, „Psychological Bulletin”, 5.

Meyer I.H. (2007), Prejudice and discrimination as social stressors. W: Meyer IH, Northridge ME, red. The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay bisexual and transgender populations. New York: Springer Science + Business Media, LLC.

Muskała M., Pawłęga M. (2019), Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce, „Serwis Informacyjny Uzależnienia”, nr 1 (85).

Ostrow D. (2000), The role of drugs in the sexual lives of men who have sex with men: Continuing barriers to researching this questions, „AIDS & Behavior”, 4.

Pachankis J.E., Clark K.A., Burton C.L., Hughto J.M. W., Bränström R., Keene D.E.(2020), Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health, „Journal of Personality and Social Psychology”, 119(3).

Pawłęga M. (2020), Niesystematyczny przegląd literatury (scoping review) dotyczącej zjawiska chemsexu, W: Chemsex Polska – ogólnopolskie badanie dotyczące zjawiska chemsexu w populacji MSM. Raport końcowy (red.) M. Rosińska, Warszawa: NIZ – PZH.

Rosińska M. (red.) (2020), Chemsex Polska – ogólnopolskie badanie dotyczące zjawiska chemsexu w populacji MSM. Raport końcowy, Warszawa: NIZ – PZH.

Stuart D., Collins S. (2015), Methamphetamine – Chemsex vs recreational drug use: a proposed definition for health workers. „HIV Treatment Bulletin”, Volume 16, Number 5/6.

Stuart D. (2019), Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture, „Drugs and Alcohol Today”, Volume 19, Issue 1.

Walendzik-Ostrowska A. (2008), Wiedza i przekonania o HIV/AIDS a zachowania seksualne osób używających i nieużywających narkotyków – niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Warszawski Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (2023), [https://www.ptnaids.pl/images/pliki/aids\\_2023-zakladki.pdf](https://www.ptnaids.pl/images/pliki/aids_2023-zakladki.pdf)



*Misją i celem Centrum Diagnostyki i Terapii FASD przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie jest poszerzenie oferty terapeutycznej, zwiększanie dostępności diagnozy dla dzieci z Małopolski i terenu całej Polski oraz upowszechnianie standardów, procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.*

## FUNKCJONOWANIE CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII FASD PRZY WOJEWÓDZKIM SPECJALISTYCZNYM SZPITALU DZIECIĘCYM IM. ŚW. LUDWIKA W KRAKOWIE

Katarzyna Kowalska

Centrum Diagnostyki i Terapii FASD

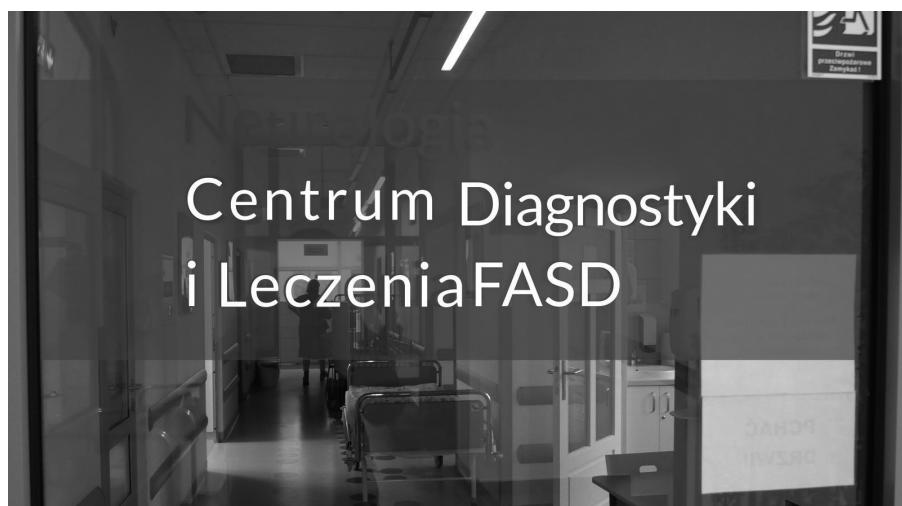
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

### Początki

Zespół Centrum Diagnostyki i Terapii FASD przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie zajmuje się diagnostyką FASD od 2012 roku. Utworzenie Centrum z inspiracji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) stanowiło kamień milowy w działaniach dla pacjentów z FASD w Polsce – był to pierwszy ośrodek osadzony w strukturach ochrony zdrowia, który zapewniał kompleksową diagnozę. Kluczowym elementem działania Centrum jest wdrażanie i upowszechnianie standardów oraz procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

W latach 2012–2014 z inicjatywy PARPA powstał projekt ALICJA (ALKohol I Ciąża – JAK pomóc dziecku), który dotyczył rozpowszechnienia FASD w Polsce i miał na celu przede wszystkim oszacowanie, jak wiele dzieci w wieku 7-9 lat jest dotkniętych problemami zdrowotnymi będącymi wynikiem działania alkoholu na rozwijający się płód. W skład zespołu badawczego wchodziła m.in. kadra medyczna z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika, a uzyskane dane pokazały, że częstość FASD przekracza 2%, natomiast częstość samego FAS oceniana jest na 0,4%. Oznacza to, że zaburzeniami ze spektrum FASD dotknięta jest bardzo duża liczba dzieci, które często nie mają postawionej prawidłowej diagnozy lub ich zaburzenie w ogóle nie jest rozpoznane.

Wychodząc naprzeciw temu problemowi, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika utworzył Małopolskie Centrum Pediatrii oraz Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Dzieci z FASD. Podjęte działania stanowiły istotny krok w kierunku rozwiązania wspólnie ważnego problemu społeczno-ekonomicznego, jakim jest FASD, oraz stworzenia systemowych rozwiązań w zakresie specjalistycznej diagnostyki i leczenia dzieci z FASD. Inwestycja trwała trzy lata i obejmowała przebudowę zabytkowego obiektu WSSDz im. św. Ludwika w Krakowie przy ul. Strze-



Wejście do Oddziału Neurologii i Centrum Diagnostyki i Leczenia FASD

leckiej. W jej zakres wchodziły roboty budowlane (m.in. nadbudowa kondygnacji i przystosowanie poddasza na oddziały specjalistyczne i zmiany funkcjonalno-organizacyjne), konserwatorskie, modernizacyjne, a także zakup aparatury medycznej i wyposażenia Centrum.

W marcu 2021 roku budowa została zakończona i powstał pierwszy tego typu ośrodek w Polsce. Oferta Centrum skierowana jest do pacjentów z całej Polski w wieku 0-18 lat i jest bezpłatna. Dzieci z Małopolski mają możliwość skorzystania z diagnostyki w trybie ambulatoryjnym. Proces ten składa się z kilku wizyt u specjalistów wchodzących w skład zespołu diagnostycznego (pediatry, psychologa, psychiatry). W trakcie diagnozy, jeśli zajdzie taka potrzeba, pacjenci mogą być zlecone dodatkowe badania, które również można przeprowadzić w Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie. W przypadku bardziej złożonych sytuacji lub potrzeby hospitalizacji, pacjent może zostać skierowany do I Oddziału Klinicznego Pediatrii, Neurologii – Centrum Diagnostyki i Leczenia FASD. W trakcie trwającego trzy dni pobytu na oddziale dziecko jest konsultowane pediatrycznie, psychologicznie, psychiatrycznie oraz, w zależności od wskazań, jest poddawane

innym konsultacjom (np. dietetyczną, logopedyczną) oraz badania dodatkowe (np. EEG czy rezonans magnetyczny). Pomiaru dysmorfii dokonują przeszkoleni lekarze, a rozpoznanie ze spektrum FASD pierwotnie było stawiane na bazie kryteriów kanadyjskich (Chudley, 2005; Cook, 2015), a następnie na bazie polskich kryteriów diagnostycznych, opracowanych w 2020 roku (Medycyna Praktyczna 1/2020 Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych). Diagnoza FASD jest procesem wieloetapowym i wymaga współpracy różnych specjalistów. Ze względu na złożone konsekwencje zdrowotne prenatalnej ekspozycji na alkohol do przeprowadzenia dokładnej i kompleksowej diagnozy FASD oraz opracowania zaleceń terapeutycznych niezbędny jest interdyscyplinarny zespół specjalistów. Trzon każdego zespołu stanowi pediatra oraz psycholog lub neuropsycholog. Pierwszym etapem jest wywiad, mający na celu rozpoznanie picia alkoholu w czasie ciąży, a następnie dokonywana jest ocena kluczowych cech dysmorfii twarzy, masy i wysokości ciała oraz obwodu głowy. W przypadku prenatalnej ekspozycji na alkohol konieczna jest także ocena neurorozwojowa. Proces diagnostyczny kończy się przygotowaniem przez interdyscyplinarny zespół pisemnej opinii, zawierającej rozpoznanie oraz zalecenia. Opinia jest przekazywana i omawiana z opiekunami dziecka osobiście lub telefonicznie.

### **Program „Systemowego wsparcia i terapii dzieci z FASD oraz działania edukacyjne dla ich rodziców i opiekunów”**

Do 2021 roku dzieci z rozpoznaniem FASD mogły korzystać z bezpłatnej oferty jedynie w ramach poradni zdrowia psychicznego, na którą składała się opieka psychologiczna i psychiatryczna. Największym problemem były jednak odległe terminy. Od 2021 roku Centrum Diagnostyki i Terapii FASD, dzięki finansowaniu z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, mogło rozszerzyć ofertę terapeutyczną oraz znacznie zwiększyć dostępność diagnostyki dla dzieci z FASD z terenu województwa małopolskiego. Zadanie pn. „Systemowe wsparcie i terapia dzieci z FASD oraz działania edukacyjne dla ich rodziców i opiekunów” cieszy się dużym uznaniem odbiorców oraz specjalistów ze względu na kompleksową ofertę świadczeń dla dzieci, rodziców i opiekunów borykających się z problemem FASD. Podstawowym działaniem w ramach zadania jest zwiększenie dostępności diagnostyki FASD dla dzieci do 18. roku



*Centrum Diagnostyki i Leczenia FASD*

życia z Małopolski. Zgłoszenia do diagnozy przyjmowane są przez pracownika kluczowego zatrudnionego w ramach programu wsparcia. Pracownik kluczowy jest istotnym elementem opieki nad pacjentem z FASD. W dojrzałych systemach, takich jak np. system kanadyjski, koordynuje on zarówno proces diagnostyczny, jak i działania terapeutyczne wokół dziecka i rodziny. Ze względu na złożoność symptomatyki FASD, pacjenci mają zróżnicowane potrzeby: medyczne (choroby somatyczne i psychiczne), edukacyjne (konieczność dostosowania procesu dydaktycznego), psychologiczne i społeczne. Biorąc pod uwagę fakt, że pacjenci ci najczęściej wychowują się w rodzinach zastępczych, adopcyjnych lub w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, potrzeby te często przerastają możliwości systemu rodzinnego. Elementem systemowego wsparcia dla pacjentów z FASD jest więc pracownik kluczowy, który będąc osadzony w ośrodku diagnostyczno-terapeutycznym, współpracuje zarówno z personelem ośrodka oraz z zewnętrznymi instytucjami, które mogą zapewnić pomoc pacjentowi. W Centrum FASD w Krakowie pracownik kluczowy m.in. przyjmuje zgłoszenia do diagnozy w kierunku FASD, dokonuje rozpoznania potrzeb pacjentów i ich opiekunów, koordynuje grafiki diagnostów i pośredniczy w komunikacji pomiędzy specjalistami a pacjentami.

Dziecko zgłoszone do diagnozy umawiane jest na wizytę kwalifikacyjną, która odbywa się osobiście lub telefonicznie. Pozwala ona na wstępne rozpoznanie problemu i potrzeb dziecka oraz zaplanowanie odpowiedniej diagnostyki.

Dzięki pozyskanemu finansowaniu możliwe jest wykonanie dodatkowych 72 diagnoz rocznie w trybie ambulatoryjnym. Podobnie jak dotychczas w skład zespołu diagnostycznego wchodzi pediatra, psychiatra dziecięcy oraz psycholog. W razie potrzeby zlecane są dodatkowe konsultacje (np. neurologopedyczna, fizjoterapeutyczna). Po zakończeniu procesu diagnostycznego zespół przygotowuje pisemną opinię, a jej wyniki omawia z opiekunem dziecka podczas osobistej wizyty lub telefonicznie. Dziecko, które otrzymało diagnozę ze spektrum FASD, ma możliwość skorzystania z oferty terapeutycznej Centrum FASD, która aktualnie obejmuje:

1. Psychoterapię indywidualną – terapia indywidualna z psychologiem jest dostosowana do potrzeb, wieku i możliwości poznawczych dziecka. Nastawiona jest przede wszystkim na pracę nad trudnościami emocjonalnymi i problemami z zachowaniem u pacjenta.
2. Trening poznawczy – zajęcia są prowadzone przez neuropsychologa i obejmują ćwiczenie poszczególnych funkcji poznawczych, tj. pamięć, uwaga, uczenie się, funkcje wykonawcze itp. Dzięki regularnemu treningowi poznawczemu dziecko ma możliwość wzmocnić swoje kompetencje w zakresie strategii uczenia się, zapamiętywania, uwagi, planowania czy organizowania nauki.
3. Terapię neurologopedyczną – prowadzona jest przez neurologopedów i kierowana do dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami językowymi, obejmującymi np. opóźnienie rozwoju mowy, specyficzne trudności w zakresie mowy i języka, a także problemy w zakresie jedzenia.
4. Dzięki finansowemu wsparciu Województwa Małopolskiego możliwe jest zrealizowanie 340 godzin rocznie zajęć indywidualnych (psychoterapii, treningu poznawczego, terapii neurologopedycznej).
5. Grupy wsparcia dla dzieci – Trening Umiejętności Społecznych (TUS) – Trening Umiejętności Społecznych Goldsteina wg R. Emmena i M. Plasmeijera to oparta na teorii kognitywnego nauczania społecznego forma regularnego treningu grupowego. Są to psychoedukacyjne zajęcia grupowe dla dzieci z podziałem na grupy wiekowe. Zajęcia odbywają się 2 razy w miesiącu, w dwóch grupach wiekowych, po 2 godziny. Podczas zajęć rozwijane są różnorodne umiejętności: zawieranie znajomości, inicjowanie rozmowy, słuchanie i zadawanie pytań, odmawianie, reagowanie na krytykę, wyrażanie krytyki oraz dyskusowanie. Ponadto nacisk kładzie się także na emocje, uczucia i potrzeby – dzieci i młodzież uczestniczące w TUS-ach uczą się rozpoznawania i okazywania swoich emocji czy potrzeb w sposób nie tylko skuteczny, ale również akceptowalny społecznie.
6. W ramach programu wsparcia dla dzieci z FASD realizowanych jest 36 godzin TUS rocznie dla dwóch grup wiekowych (grupa dzieci młodszych 5-11 lat oraz grupa dzieci starszych 12-18 lat).
7. Grupy wsparcia dla rodzin pacjentów z FASD – badania naukowe oraz doświadczenie kliniczne pokazują, że możliwość dzielenia się troskami oraz dyskusja w gronie osób zainteresowanych znacząco obniża stres związany z opieką nad dzieckiem z niepełnosprawnością, w tym z FASD i redukuje ryzyko wypalenia rodzicielskiego. W związku z tym uruchomiono grupy wsparcia dla rodziców pacjentów z FASD z województwa małopolskiego,



w ramach których pod kierunkiem specjalistów mają oni możliwość dzielenia się doświadczeniami rodzicielskimi i opiekuńczymi, redukcji stresu i uzyskania wsparcia. Spotkania dla rodziców i opiekunów odbywają się raz w miesiącu i trwają 2 godziny.

Pacjenci, którzy otrzymali rozpoznanie ze spektrum FASD, mają możliwość skorzystania z wizyt kontrolnych w celu monitorowania aktualnych trudności i potrzeb dziecka. Zwykle zalecenie obejmuje wizytę kontrolną po roku od postawienia diagnozy, ale możliwe jest też skorzystanie z niej wcześniej, jeśli zachodzi taka potrzeba. Dzięki wprowadzeniu wizyt kontrolnych, pacjenci z FASD nie tracą kontaktu z ośrodkiem diagnostycznym, możliwe jest monitorowanie ich rozwoju i szybsze wdrażanie interwencji terapeutycznych.

## Pomoc dla najmłodszych

Od stycznia 2024 roku udało się zwiększyć środki finansowe, pozyskane z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, na działanie „Systemowego wsparcia i terapii dzieci z FASD oraz działania edukacyjne dla ich rodziców i opiekunów”. Pozwoliło to objąć terapią najmłodszych pacjentów w wieku 0-6 lat w ramach programu wczesnej interwencji dla dzieci z rozpoznaniem FASD lub zagrożonych FASD.

W ramach działania każdy z pacjentów zostanie objęty miesięcznie 4-8 godzinami spersonalizowanych zajęć terapeutycznych z następującego katalogu:

- Rehabilitacja ruchowa: niemowlętom, dzieciom z opóźnieniem rozwoju psychomotorycznego oraz dzieciom prezentującym deficyty ruchowe (niedowład, zaburzenia napięcia mięśniowego, problemy z motoryką dużą i motoryką małą) zostanie zaoferowana rehabilitacja metodą ND-Bobath (złoty standard rehabilitacji dzieci z problemami ruchowymi). Opiekunowie w ramach tego oddziaływania otrzymają instruktaż pielęgnacji (noszenia, przewijania) oraz ćwiczenia do kontynuacji w warunkach domowych.

- Integracja sensoryczna: dzieciom prezentującym zaburzenia integracji sensorycznej zostanie zaproponowana rehabilitacja z zakresu: czucia powierzchownego, czucia głębokiego, równowagi, nadwrażliwości/podwrażliwości słuchowej. Zajęcia poprowadzone zostaną przez certyfikowanego terapeutę SI.
- Terapia pedagogiczna: dzieciom w wieku przedszkolnym zostaną zaproponowane zajęcia ukierunkowane na trening zapamiętywania i uczenia, przetwarzania wzrokowego i słuchowego, myślenia przyczynowo-skutkowego, grafomotoryki, motoryki małej. Terapia prowadzona będzie przez terapeutę zajęciowego lub pedagoga specjalnego i będzie dopasowana do potrzeb dziecka.
- Terapia psychologiczna: dzieciom, u których dominują trudności w obszarze regulacji emocji zostanie zaproponowana terapia psychologiczna z wykorzystaniem technik terapii zabawą, dopasowana do trudności dziecka. Zostanie ona poprowadzona przez psychologa lub/i psychoterapeutę.

Ponadto uruchomiliśmy również zajęcia z dogoterapii, skierowane do dzieci i młodzieży w wieku 2-18 lat. Zajęcia prowadzone są jeden raz w tygodniu dla dwóch grup wiekowych (dzieci młodsze i dzieci starsze). Dogoterapia jako metoda wspierająca główny nurt terapii wykorzystywana jest w różnych obszarach, między innymi takich jak: fizjoterapia, oligofrenoterapia, socjoterapia, resocjalizacja,



*Małopolskie Centrum Pediatrii w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie*

wspomaganie sensomotoryczne, psychoterapia, terapia pedagogiczna, wspomaganie nauki uczniów o specjalnych potrzebach oraz innych terapii prowadzonych z dziećmi, mającymi na celu uruchomienie prawidłowego progresu rozwojowego i redukcję przeszkód tak w zakresie somatycznym, jak i psychicznym oraz funkcjonowania społecznego. Badania nad skutecznością dogoterapii wśród dzieci i nastolatków z FASD (Vidal i in., 2023) pokazują, że interwencja terapeutyczna pozytywnie wpływa na dobrostan pacjentów, przyczynia się do zmniejszenia problemów z zachowaniem i zachowań opozycyjnych oraz poprawia umiejętności społeczne.

## Pozostała działalność Centrum FASD w Krakowie

Działalność Centrum FASD przy WSSDz im. św. Ludwika w Krakowie obejmuje również prowadzenie badań naukowych, szkoleń oraz upowszechnianie standardów oraz procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Od 2018 roku WSSDz im. św. Ludwika zaczął realizować zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach konkursów ogłaszanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a następnie przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dzięki finansowemu wsparciu tych jednostek do tej pory przeprowadzono m.in. pięć edycji szkolenia dla rodziców adopcyjnych, zastępczych i opiekunów dzieci z rozpoznaniem z kręgu FASD. Przeszkolono ponad 120 osób w zakresie natury choroby, symptomatologii oraz strategii postępowania oraz udzielono wsparcia i wskazówek opiekunom w procesie wychowywania dzieci z FASD. Szpital angażował się również w upowszechnianie wiedzy na temat FASD poprzez organizację konferencji naukowo-szkoleniowych, m.in. we wrześniu 2019 roku w Krakowie została zorganizowana ogólnopolska konferencja naukowa „FASD – wiele aspektów, wielu specjalistów, wspólne cele”. Wzięli w niej udział naukowcy i specjaliści o międzynarodowej sławie w obszarze FASD. Celem wydarzenia była poprawa poziomu opieki nad osobami z FASD w Polsce. Konferencja skierowana była do rodziców i opiekunów dzieci z FASD, psychologów, pedagogów, lekarzy, przedstawicieli edukacji, nauki, pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości oraz studentów m.in. psychologii, pedagogiki i kierunku lekarskiego.

Szpital był też autorem kampanii społecznej uświadamiającej konsekwencje picia alkoholu w ciąży oraz kształtowania współodpowiedzialności za nowe życie wśród osób z otoczenia kobiet w ciąży (2015 rok). Pracownicy szpitala pełnili również wiodącą rolę w stworzeniu opublikowanych w 2020 roku rekomendacji zatytułowanych „Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych” (Medycyna Praktyczna, WS 1/2020). Następnie realizowali projekt dotyczący implementacji tychże rekomendacji i oceny ich funkcjonowania w praktyce oraz szkolili specjalistów reprezentujących różne dziedziny medyczne w zakresie rekomendacji. Specjaliści ze Szpitala św. Ludwika, zajmujący się diagnozą FASD, są również zaangażowani w szkolenie pielęgniarek i położnych na temat profilaktyki FASD, organizowane przez Fundację Zdrowie Dziecka.

W ramach działalności naukowej prowadzone były m.in. badania dotyczące zaburzeń snu czy teorii umysłu u dzieci z FASD. Aktualnie w Szpitalu prowadzone jest badanie oceniające rolę kobalaminy oraz jej metabolitów i kofaktorów w funkcjonowaniu pacjentów z FASD, badanie oceniające stan odżywienia i gospodarki wapniowo-fosforanowej, oraz kontynuowane jest badanie snu oraz jego wpływu na sprawność poznawczą i zachowanie dzieci z FASD. Misją i celem Centrum FASD jest dalsze poszerzanie oferty terapeutycznej, zwiększanie dostępności diagnozy dla dzieci z Małopolski i terenu całej Polski oraz upowszechnianie standardów, procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

## Bibliografia

- Chudley A.E., Conry J., Cook J.L., Looock C., Rosales T., LeBlanc N. & Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder (2005), „Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis”, CMAJ: Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association medicale canadienne), 172 (5 Suppl), S1–S21. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040302>
- Cook J.L., Green C.R., Lilley C.M., Anderson S.M., Baldwin M.E., Chudley A.E., Conry J.L., LeBlanc N., Looock C.A., Lutke J., Mallon B.F., McFarlane A.A., Temple V.K., Rosales T. & Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network (2016), „Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan”, CMAJ: Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association medicale canadienne), 188(3), 191–197. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141593>
- Vidal R., Vidal L., Lugo J., Ristol F., Domènec E., Casas T., Veiga A., Vico C., Ramos-Quiroga J.A. & Gómez-Barros N. (2023), „Dog-Assisted Therapy vs Relaxation for Children and Adolescents with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Study”, Journal of Autism and Developmental Disorders, 10.1007/s10803-023-06023-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06023-5>

*Długie kolejki pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, brak psychiatrów ze specjalnością dzieci i młodzieży i narastające problemy psychiczne najmłodszej grupy Polaków, spotęgowane sytuacją pandemii, spowodowały uruchomienie w Żywcu przez Fundację Błękitny Krzyż poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży. Z perspektywy trzech lat działalności widzimy, że realnie odpowiadamy na potrzeby młodych i ich rodzin.*

## BYĆ BLISKO MŁODYCH

Adam Kasprzyk

Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży w Żywcu

Fundacji Błękitny Krzyż

### Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Zadaniem Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (ośrodków I poziomu referencyjnego) jest udzielanie interdyscyplinarnej pomocy dzieciom i młodzieży i ich rodzinom w zakresie zdrowia psychicznego możliwie blisko ich miejsca zamieszkania. Założeniem systemu ochrony zdrowia psychicznego jest to, aby tego typu ośrodki były łatwo dostępne i znajdowały się w każdym powiecie, aby dzieci mogły uzyskać pomoc możliwie szybko.

W tego typu ośrodkach świadczona jest pomoc przez zespół, w skład którego wchodzi: psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy, spełniając określone ustawą wymogi:

- psycholog powinien być specjalistą w dziedzinie psychologii klinicznej lub osobą w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, lub powinien mieć udokumentowane doświadczenie w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą. Biorąc pod uwagę małą dostępność psychologów posiadających powyższe kwalifikacje, szczególnie w powiatach oddalonych od dużych ośrodków miejskich, dopuszczono możliwość pracy psychologów, posiadających co najmniej rok udokumentowanego doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą w placówkach działających w ramach systemu opieki zdrowotnej, oświaty, pomocy społecznej, wspierania rodziny lub pieczy zastępczej;
- psychoterapeuta pracujący w Ośrodku Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (I poziomu referencyjnego) powinien spełniać wymóg kwalifikacji w zakre-

sie psychoterapii dzieci i młodzieży lub być osobą posiadającą decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 1297), lub być w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, lub minimalnie posiadać certyfikat psychoterapeuty, lub być osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty;

- terapeuta środowiskowy powinien posiadać kwalifikacje jako terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży, włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, w rozumieniu art. 2 pkt 25 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. z 2020 r. poz. 226), lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży, lub osoba posiadająca tytuł magistra psychologii lub magistra pedagogiki specjalnej, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika podmiotu.

Zespół Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży dokonuje diagnozy psychologicznej i wieloaspektowej konceptualizacji problemu pacjenta, udziela wsparcia i pomocy psychologicznej oraz zapewnia dostęp do psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, warsztatów/treningów, terapii środowiskowej, wsparcia psychospołecznego dla rodziców lub opiekunów pacjenta. Zajmuje się również szeroko rozumianą profilaktyką i prewencją.



Wykonując te zadania, zespół może współpracować, za zgodą rodzica lub opiekuna prawnego, ze środowiskiem pacjenta (m.in. środowiskiem sąsiedzkim, innymi specjalistami z jednostek ochrony zdrowia, jednostek oświatowych i placówek oświatowo-wychowawczych, służb publicznych, jednostek pomocy społecznej i pieczy zastępczej, zespołami kuratorskimi) i innymi.

W oparciu o standardy i rekomendacje merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego, opracowane przez Centrum CBT w Warszawie w 2023 roku, do celów szczegółowych działania ośrodków I poziomu referencyjnego należą:

- wdrażanie interwencji psychospołecznych (diagnostycznych i terapeutycznych) na wczesnym etapie pojawienia się problemu;
- zapewnienie możliwości diagnozy i leczenia, z uwzględnieniem środowiska dziecka;
- tworzenie warunków dla wsparcia rozwoju (w tym do prawidłowego rozwoju osobowości oraz podjęcie pomocy w zakresie wystąpienia nieprawidłowości w obszarze rozwojowym), realizacji zadań rozwojowych, identyfikacji zasobów oraz umiejętności efektywnej adaptacji do otoczenia i umiejętności interpersonalnych dziecka, poprzez umożliwienie prowadzenia psychoterapii długoterminowej w formie indywidualnej i rodzinnej oraz innych oddziaływań, uznanych za wskazane w odniesieniu do danego pacjenta;
- zapewnienie dostępu do zindywidualizowanych oddziaływań, dopasowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka oraz jego otoczenia;
- zapewnienie możliwości całościowej i wielostronnej opieki psychologicznej (diagnoza psychologiczna, pomoc psychologiczna) oraz terapii (psychoterapia, terapia środowiskowa);
- wprowadzenie całościowego rozumienia zgłaszanego problemu (wieloaspektowa konceptualizacja), z ujęciem kontekstu rodzinnego, środowiskowego, społeczno-kulturowego, historycznego;
- dostęp do spójnego i skoordynowanego procesu leczenia, opartego na planie diagnostyczno-terapeutycznym oraz biopsychospołecznej konceptualizacji problemu i funkcjonowania dziecka;
- wzmacnianie naturalnych źródeł wsparcia (zasobów) w otoczeniu społecznym dziecka.

Organizacja funkcjonowania Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci

i Młodzieży oparta jest na określonych standardach, które ukierunkowane są na zoptymalizowanie pracy zespołu i ułatwienie dostępu do pomocy psychologicznej dzieciom i młodzieży oraz ich rodzinom.

Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży udziela świadczeń minimum pięć dni w tygodniu, w tym minimum dwa razy w tygodniu od godz. 8.00 oraz minimum dwa razy w tygodniu do godz. 20.00.

Docelową grupą objętą opieką to dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, młode osoby objęte obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach ponadpodstawowych – do ich ukończenia, a także ich rodziny lub opiekunowie prawni i najbliższe otoczenie społeczne.

Pierwszym etapem leczenia jest przeprowadzenie procesu diagnostycznego zgodnie z opisanymi procedurami. Proces diagnostyczny powinien trwać nie dłużej niż 3 miesiące i być zakończony konsylium wewnętrznym, na którym następuje omówienie diagnozy, przedstawienie planu postępowania, wyznaczenie osób do jego realizacji oraz zostaje ustalony koordynator danego przypadku. Zaleca się, aby ośrodek organizował konsylia wewnętrzne, zewnętrzne i sesje koordynacji świadczeniodawcy. Ośrodek jest zobowiązany do podejmowania współpracy z Centrami Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Poradniami Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Oddziałami Dziennymi Psychiatrycznymi Diagnostyczno-Terapeutyczno-Rehabilitacyjnymi dla Dzieci i Młodzieży (ośrodkami II poziomu referencyjnego) oraz Ośrodkami Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (ośrodkami III poziomu referencyjnego).

Oddziaływania prowadzone w ramach ośrodka, w tym procesy diagnozy psychologicznej oraz procesy psychoterapii, powinny być poddawane regularnej superwizji grupowej, co najmniej raz w miesiącu.

## Poradnia w Żywcu

Fundacja Błękitny Krzyż uruchomiła Poradnię Psychologiczną dla Dzieci i Młodzieży w Żywcu w kwietniu 2021 roku. Pomysł jej utworzenia od samego początku cieszył się dużym zainteresowaniem mieszkańców Żywca i okolicznych wsi, a także lokalnych instytucji zajmujących się dziećmi i młodzieżą. Trudno się dziwić. Mieszkańcy rozległego powiatu żywieckiego, położonego w Beski-

dach, o pow. 1040 km<sup>2</sup>, który zamieszkuje ok. 153 tys. mieszkańców, aby uzyskać pomoc psychologiczną dla dzieci i młodzieży w ramach NFZ, musieli jeździć do oddalonego wiele kilometrów Bielska-Białej, gdzie funkcjonowała poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz oddział psychiatrii dziecięcej.

Doświadczyłem tego kilka lat wcześniej, realizując program „Fred goes net” w kilku gminach powiatu żywieckiego. Prowadząc rozmowy kwalifikujące do programu, zetknąłem się z dużym zapotrzebowaniem na pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną, obejmującą różnorakie problemy. Rodzice dzielili się wtedy swoimi trudnościami w uzyskaniu pomocy. Dla wielu wyjazd z dzieckiem do Bielska-Białej to była całodzienna wyprawa.

Trudno się zatem dziwić, że w ciągu zaledwie trzech miesięcy od uruchomienia Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Żywcu, liczba zgłaszających się po pomoc osiągnęła poziom, który zaangażował zespół poradni w pełnym zakresie. W 2021 roku nasz niewielki zespół przyjął 567 pacjentów, w 2022 roku 916 pacjentów, a w 2023 roku aż 1111 pacjentów zarówno z powiatu żywieckiego, jak i ościennych.

Kiedy startowaliśmy z pracą Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w kwietniu 2021 roku, był to okres covidowy. Znacząca liczba zgłaszających się do nas pacjentów cierpiała z powodu odizolowania od środowiska rówieśniczego i z powodu nadmiernego korzystania z mediów elektronicznych, co objawiało się obniżonym nastrojem, apatią, stanami depresyjnymi, pojawiały się często zachowania agresywne lub autoagresywne, czasem fobie społeczne. Dużym wyzwaniem było wypracowanie sposobów pomagania tej grupie pacjentów. Z perspektywy trzech lat pracy w Poradni widzimy, że do dziś spora część pacjentów boryka się z problemem nadmierowego korzystania z mediów lub wręcz z uzależnieniem od nich. Problem ten mocno redukuje i zaburza proces dojrzewania i rozwoju dzieci i młodzieży, a dotyczy ponad 60% pacjentów. Oczywiście w przeważającej części jest to problem współwystępujący z innymi trudnościami i problemami. Pomoc w ograniczeniu czasu korzystania z mediów ułatwia stabilizację młodego pacjenta i skoncentrowanie się na podstawowych problemach.

Kolejna znacząca grupa młodzieży zgłaszająca się do Poradni to osoby nadużywające i uzależnione od środków psychoaktywnych. Stanowią oni ponad 20% zgłaszającej się młodzieży. Wcześniej młodzież z problemem uzależnienia z Żywiecczyny korzystała z poradni leczenia

uzależnień dla osób dorosłych lub w fazie dużej destrukcji – z ośrodków stacjonarnych.

Jak wskazuje młodzież korzystająca z naszej Poradni oraz wielu specjalistów psychoterapii uzależnień oferta poradni leczenia uzależnień dla dorosłych nie jest odpowiednia dla młodzieży. Młodzi ludzie nie odnajdują się w nich, nie czują się rozumiani i nie utożsamiają się z pacjentami tych poradni. Także specjaliści psychoterapii uzależnień pracujący w poradniach dla dorosłych, co wynika z superwizji, często boją się pracy z młodzieżą, nie czują się wystarczająco do niej przygotowani.

Jeśli zaś chodzi o ośrodki stacjonarne, to często trafiają do nich osoby, które mogłyby pracować ambulatoryjnie nad problemem nadużywania środków psychoaktywnych, lecz w swoim miejscu zamieszkania nie znalazły odpowiedniej oferty. Należy tu zaznaczyć, że terapia ambulatoryjna jest łatwiejsza do zaakceptowania przez młodzież i rodziców, nie wymaga wielu kosztów związanych z organizowaniem nauki i całodobowej opieki i w wielu przypadkach przynosi pozytywne efekty.

Dzięki temu, że zarówno psychoterapeuta, jak i psycholog pracujący w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Żywcu posiadają również kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, udało nam się wypracować metody pracy z młodzieżą i systemem rodzinnym, który w wielu przypadkach okazał się skuteczny, szczególnie na etapie eksperymentowania i szkodliwego używania środków psychoaktywnych. Natomiast z młodzieżą uzależnioną, która jest już na takim etapie destrukcji, że nie jest w stanie w warunkach ambulatoryjnej pomocy poradzić sobie z problemem, prowadzimy pracę mającą na celu ograniczanie szkód i motywowanie do leczenia w ośrodku stacjonarnym. Mamy sygnały z ośrodków, z którymi współpracujemy, że młodzież przygotowana w poradni do leczenia w ośrodku stacjonarnym lepiej sobie radzi, szczególnie na początkowym etapie terapii. Naszymi doświadczeniami w tym zakresie dzieliliśmy się z innymi Ośrodkami Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (I poziomu referencyjnego), co cieszyło się dużym zainteresowaniem. Byłem proszony o konsultacje i superwizje w zakresie pracy z młodzieżą, której dotyczy problem uzależnień behawioralnych i chemicznych, i ich rodzinami. Doświadczenia w tym zakresie skłaniają mnie do podzielenia się paroma wnioskami:

1. Struktura Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży

- (I poziomu referencyjnego) jest bardzo pomocna w pracy z młodzieżą, która w sposób nadmiarowy korzysta z mediów elektronicznych.
2. Duże znaczenie ma w takim przypadku współpraca psychologa, psychoterapeuty i specjalisty psychoterapii uzależnień. Szczególnie, że problem nadużywania mediów często współwystępuje z innymi problemami psychicznymi.
  3. Dobre efekty daje tu połączenie psychoterapii indywidualnej z terapią rodzinną. Zaangażowanie rodziców i poprawa relacji rodzinnych, wspólne, aktywne spędzanie czasu w gronie rodziny, wprowadzanie zasad i ograniczeń w zakresie korzystania z mediów znacząco wpływa na efekty terapii w tym zakresie.
  4. Terapia grupowa, działania ukierunkowane na umiejętności interpersonalne i rozwój zainteresowań również poprawiają efekty pracy w zakresie higienicznego korzystania z mediów.
  5. Jeśli chodzi o młodzież eksperymentującą z środkami psychoaktywnymi, to Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży dają szansę na zatrzymanie problemu na początkowym etapie używania środków psychoaktywnych. Podobnie jak w przypadku pracy z młodzieżą nadużywającą mediów elektronicznych, będzie tu mieć duże znaczenie współpraca zespołu pracującego w poradni ze środowiskiem pacjenta, nade wszystko z rodziną. Włączenie psychoterapii rodzinnej i jej pomoc w poprawie systemu rodzinnego znacząco zwiększa motywację pacjenta do zmiany.
  6. Niestety, ustawodawca nie przewidział w Ośrodkach Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży pracy specjalisty psychoterapii uzależnień. W przypadku młodzieży nadużywającej lub uzależnionej od środków psychoaktywnych obecność w zespole specjalisty psychoterapii uzależnień wydaje się niezbędną. Mniejsze znaczenie ma to w większych miastach, gdzie dostępne są poradnie dla młodzieży uzależnionej i w związku z tym oferta terapeutyczna dla tej grupy młodzieży jest znacznie większa. Natomiast w powiatach, gdzie brakuje takiej oferty, poszerzenie zespołu ośrodka na I poziomie referencyjnym o specjalistę psychoterapii uzależnień będzie mieć duże znaczenie.
  7. Doświadczenia w pracy z młodzieżą uzależnioną w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Żywcu wskazują, że młodzież nadużywająca lub uzależniona od środków psychoaktywnych chętniej korzysta z naszej poradni niż z ośrodków terapii uzależnień dla dorosłych. Wpływa na to lepsze przygotowanie zespołu do pracy z młodzieżą i możliwość korzystania z terapii rodzinnej.
  8. Bazując także na powyższych doświadczeniach wydaje się, że struktura Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (I poziomu referencyjnego) może być dobrym wzorcem do tworzenia Poradni Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży. W tym przypadku rozszerzenie zespołu o psychologa, psychoterapeutę i terapeutę środowiskowego może poprawić jakość świadczonej pomocy dla młodzieży i jej rodzin, odpowiadając na szeroki wachlarz potrzeb tej grupy.
  9. Młodzież, która trafia do Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży niejednokrotnie wcześniej nie była konsultowana pod kątem problemów psychicznych. Część osób, która zgłasza się do poradni, jest kierowana na konsultacje psychiatryczne, jednocześnie korzystając z pomocy, jaką oferuje nasza poradnia. W przypadku, kiedy konsultacja psychiatryczna nie jest konieczna, pacjent zostaje zdiagnozowany przez psychologa. Wśród diagnoz psychologicznych najczęściej w żywieckiej poradni występują diagnozy wskazujące na niewłaściwy wpływ środowiska rodzinnego, kompulsywność, lęk i depresję, niewłaściwy wpływ środowiska rówieśniczego, zachowania antyspołeczne, zachowania autodestrukcyjne bez intencji samobójczych i problemy w obszarze rozwoju seksualnego dzieci. Szerokie spektrum problemów stawia przed zespołem poradni wiele wyzwań i ciągłą potrzebę rozwoju i zwiększania kompetencji. Motywuje nas też do współpracy ze specjalistami innych poradni specjalistycznych.
- Zdaję sobie sprawę, że powyższy artykuł nie wyczerpuje w pełni zagadnień związanych z pracą Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. Mam jednak nadzieję, że udało mi się przybliżyć Państwu pracę tych ośrodków i zainicjować wymianę myśli, która wpłynie na rozwój i poprawę w zakresie pomagania młodym ludziom i ich rodzinom. Ten obszar pracy zawsze był mi bliski. Praca z młodzieżą stawia przed nami wiele trudnych wyzwań, lecz także jest bardzo wdzięczna i satysfakcjonująca.



Według pomiaru z 2023 roku 2,5% badanych zadeklarowało, że było pasażerem samochodu prowadzonego przez kierowcę będącego pod wpływem narkotyków, a w przypadku alkoholu 1,7%. W porównaniu do poprzedniego pomiaru z 2020 roku wzrósł odsetek Polaków deklarujących, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy byli pasażerami kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem jakiegokolwiek narkotyku (z 0,5% do 2,5%). Nie odnotowano dużych zmian, jeśli chodzi o alkohol i leki psychotropowe.

## SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM

W artykule zostaną przedstawione wyniki badania wykonanego dla Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dotyczące używania substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym. Pomiar został zrealizowany pod koniec 2023 roku. Badanie terenowe przeprowadziła firma Research Collective. Zostało ono zrealizowane w okresie 8-14 grudnia 2023 roku za pomocą wspomaganych komputerowo wywiadów indywidualnych (face-to-face) w ramach projektu CAPIBUS. Badanie typu OMNIBUS zostało przeprowadzone techniką CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Bezpośredni wywiad ankierski był przeprowadzany w domach respondentów. Ankieter odczytywał pytania wyświetlające się na monitorze laptopa, zaznaczał odpowiedzi wskazane przez respondenta (pytania zamknięte) lub zapisywał treść jego wypowiedzi (pytania otwarte). Badanie zostało zrealizowane na próbie N=983 osób w wieku 18-75 lat. Próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z operatu adresowego GUS. Warstwowanie uwzględniało wielkość miejscowości oraz rozmieszczenie terytorialne w ramach województw, a także płeć i wiek dobieranych

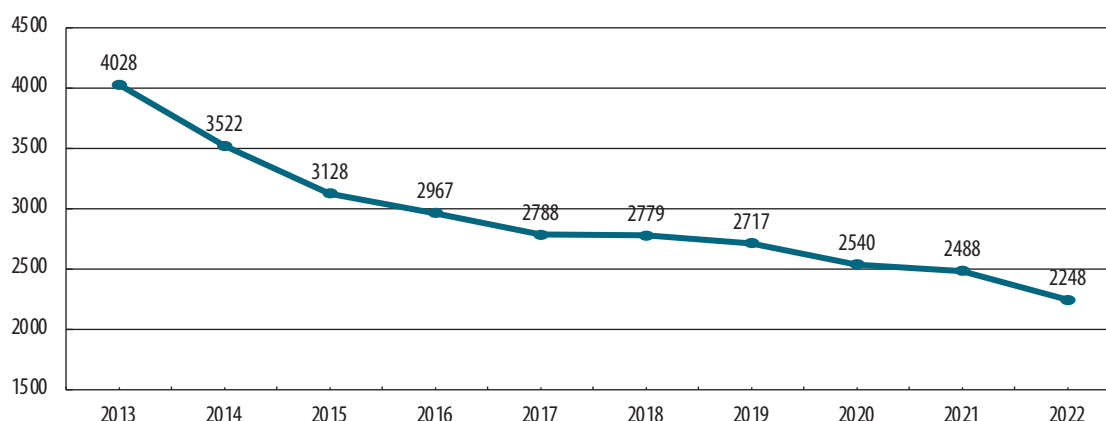
osób. Podstawą warstwowania były dane demograficzne zawarte w publikacji GUS. Maksymalny błąd pomiaru dla całej próby N=983 wynosił +/-3,17 p.p.

Wyniki ostatniego pomiaru z 2023 roku zostaną przedstawione na tle wcześniejszych badań: pierwszego z 2018 roku i drugiego z 2020 roku. Na początku jednak spójrzmy na dane Policji dotyczące wypadków z powodu substancji psychoaktywnych.

### Statystyki Policji

Według danych Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji zawartych w raporcie pt. „Wypadki drogowe w Polsce w 2022 roku” w co dziesiątym (10,5%) wypadku drogowym w 2022 roku uczestniczyli użytkownicy dróg (kierujący, pasażerowie lub piesi), będący pod wpływem alkoholu. Według ostatnich danych z 2023 roku śmierć poniosło 268 osób z powodu alkoholu, co stanowiło 14,1% ogółu zabitych, a 2567 osób odniosło obrażenia (10,4% ogółu rannych). W ostatnim dziesięcioleciu systematycznie malała liczba wypadków drogowych z udziałem

**Wykres 1. Liczba wypadków drogowych z udziałem użytkowników będących pod działaniem alkoholu w latach 2013–2022.**



Zródło: Biuro Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji.

użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu. Liczba wypadków zmniejszyła się z 4028 wypadków w 2013 roku do 2248 w roku 2022. W porównaniu do roku 2021 wypadków było mniej o 240 (-9,6%), osób zabitych o 63 (-19,0%), a osób rannych o 238 (-8,5%).

W 2022 roku 8,1% ogółu wypadków zostało spowodowanych przez uczestników ruchu, będących pod działaniem alkoholu. Najliczniejszą grupę sprawców wypadków pozostających pod działaniem alkoholu stanowili kierujący pojazdami, w tym głównie kierujący samochodami osobowymi. Doprowadzili oni do 65,2% wypadków. Spośród wszystkich kierowców, którzy spowodowali wypadki, kierujący pod działaniem alkoholu stanowili 7,3%, przy czym w 2022 roku kierujący z tej grupy spowodowali o 187 (11,7%) mniej wypadków niż w roku 2021. Kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka, byli sprawcami 101 wypadków, w których 30 osób zginęło, a 113 zostało rannych, oraz 307 kolizji.

## Aktywności związane z prowadzeniem samochodu i roweru

Na początku pomiaru badani pytani byli o aktywności związane z prowadzeniem samochodu/innego pojazdu mechanicznego lub roweru. W czasie ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz prowadził samochód lub inny pojazd mechaniczny, np. motocykl, 48% badanych, a rower 39%

**Tabela 1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych i roweru pod wpływem alkoholu.**

Termin badania	W czasie ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz prowadziłem samochód lub inny pojazd mechaniczny np. motocykl	W czasie ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz jechałem na rowerze	W czasie ostatnich 30 dni przynajmniej raz prowadziłem samochód lub inny pojazd mechaniczny np. motocykl	W czasie ostatnich 30 dni przynajmniej raz jechałem na rowerze
09.2018	46%	40%	36%	33%
12.2020	55%	33%	43%	15%
12.2023	48%	39%	44%	15%

Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

(tabela 1). W czasie ostatnich 30 dni przynajmniej raz prowadził samochód lub inny pojazd mechaniczny, np. motocykl, 44% badanych, a rower 15%. Badanie zostało przeprowadzone w grudniu, więc odsetek jeżdżących na rowerze nie jest wysoki. Wyniki pomiaru pokazują, że ustabilizowało się korzystanie z samochodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, po wzroście wymuszonym po pandemii COVID-19. Odsetek takich osób wrócił niemalże do poziomu z 2018 roku i wyniósł 48%. Analogiczną sytuację obserwujemy w przypadku korzystania z roweru w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Po znaczącym spadku, obecnie obserwujemy powrót do wyniku z 2018 – 39%. Ciekawie natomiast wypadła porównanie krótszego okresu – okazuje się, że wyniki z 2020 i 2023 są analogiczne, a rozbieżność z wynikami z 2018 roku należy tłumaczyć porą roku realizacji badania (ostatni miesiąc lata vs ostatni miesiąc jesieni).

## Prowadzenie samochodu pod wpływem substancji psychoaktywnych przez znajomego

Badani byli pytani, czy znają kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem substancji psychoaktywnych (tabela 2). Według pomiaru z 2023 roku podobny

**Tabela 2. Czy zna Pan(i) kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem substancji psychoaktywnych?**

Termin badania	Jakiegokolwiek narkotyk (amfetamina/marihuana/haszysz/dopalacze/inne narkotyki)	Amfetamina	Marihuana/haszysz	Dopalacze	Inne narkotyki	Alkohol	Leki, które mogą zaburzać świadomość
09.2018	2,9%	1,1%	2,2%	1,0%	0,8%	8,3%	1,8%
12.2020	1,8%	0,5%	1,7%	0,6%	1,0%	3,9%	1,4%
12.2023	3,0%	1,8%	1,6%	1,3%	1,3%	3,3%	2,1%

Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

odsetek badanych zadeklarował, że znał kogoś, kto prowadził pod wpływem narkotyków (3,0%) i alkoholu (3,3%). W porównaniu z poprzednim pomiarem z 2020 roku istotnie wzrósł odsetek dorosłych Polaków deklarujących, że znają kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem/innym pojazdem mechanicznym pod wpływem jakiegokolwiek narkotyku – z 1,8% do 3,0%. Ten wzrost wiąże się z dwoma narkotykami – amfetaminą i tzw. dopalaczami (nowe substancje psychoaktywne). Wyniki ostatniego pomiaru z 2023 roku to de facto powrót do wyniku z 2018 roku, który wyniósł 2,9%. W porównaniu do poprzedniego badania nie zmienił się znacząco odsetek deklarujących, że zna kogoś, kto w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował samochodem pod wpływem alkoholu albo leków psychotropowych.

### Bycie pasażerem samochodu prowadzonego przez kierowcę będącego pod wpływem substancji psychoaktywnych

Kolejnym zagadnieniem, na które starano się odpowiedzieć, to skala prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem środków zmieniających świadomość poprzez pytanie o bycie pasażerem samochodu prowadzonego

przez kierowcę na tzw. gazie. Według pomiaru z 2023 roku 2,5% badanych zadeklarowało, że było pasażerem samochodu prowadzonego przez kierowcę będącego pod wpływem narkotyków, a w przypadku alkoholu 1,7% (tabela 3). W porównaniu do poprzedniego pomiaru z 2020 roku wzrósł odsetek Polaków deklarujących, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy byli pasażerami kierowcy, który prowadził pojazd mechaniczny pod wpływem jakiegokolwiek narkotyku. Nie odnotowano dużych zmian, jeśli chodzi o alkohol i leki psychotropowe.

### Prowadzenie samochodu pod wpływem substancji psychoaktywnych

W porównaniu z poprzednim pomiarem wzrósł istotnie statystycznie odsetek Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni prowadzili pojazd mechaniczny i zadeklarowali, że robili to pod wpływem amfetaminy czy leków psychotropowych. Nie zmienił się istotnie statystycznie odsetek Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadzili pojazd mechaniczny i zadeklarowali, że robili to pod wpływem amfetaminy, marihuany/haszyszu, dopalaczy, alkoholu czy leków zmieniających świadomość.

### Prowadzenie roweru pod wpływem substancji psychoaktywnych

Według pomiaru z 2023 roku 1,6% badanych prowadziło rower pod wpływem narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy (tabela 5). W przypadku alkoholu odsetek ten wyniósł 3,4%. W porównaniu z poprzednim pomiarem z 2020 roku zmniejszył się odsetek Polaków, którzy w ciągu ostatnich 30 dni jechali rowerem i zadeklarowali, że robili to pod wpływem któregoś z narkotyków lub alkoholu bądź leków psychotropowych (zmiana w granicach błędów statystycznych). Inne wyniki odnotowano w przypadku ostatnich 12 miesięcy. Nie zmienił się istotnie statystycznie odsetek Polaków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jechali rowerem i zadeklarowali, że robili to pod wpływem jakiegokolwiek narkotyku czy alkoholu lub leków psychotropowych

### Podsumowanie

Liczba wypadków drogowych z udziałem użytkowników będących pod działaniem alkoholu w ciągu ostatnich 10

Tabela 3. Bycie pasażerem samochodu prowadzonego przez kierowcę będącego pod wpływem środków zmieniających świadomość.

Termin badania	Jakiegokolwiek narkotyk (amfetamina/marihuana/haszysz/dopalacze/inne narkotyki)	Amfetamina	Marihuana/haszysz	Dopalacze	Inne narkotyki	Alkohol	Leki, które mogą zaburzać świadomość
09.2018	1,5%	0,6%	0,9%	0,5%	0,7%	2,2%	0,7%
12.2020	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	1,1%	0,4%
12.2023	2,5%	1,4%	1,6%	1,3%	1,0%	1,7%	0,9%

Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.



**Tabela 4. Prowadzenie samochodu lub innych pojazdów mechanicznych pod wpływem środków zmieniających świadomość.**

Termin badania	w ciągu ostatnich:	Jakikolwiek narkotyki (amfetamina/marihuana/haszysz/ dopalacze/inne narkotyki)	Amfetamina	Marihuana/haszysz	Dopalacze	Inne narkotyki	Alkohol	Leki, które mogą zaburzać świadomość
09.2018	30 dni	1,1%	0,9%	1,1%	1,1%	1,1%	1,7%	1,1%
12.2020		0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%
12.2023		0,9%	0,7%	0,4%	0,7%	0,6%	0,8%	0,7%
09.2018	12 miesięcy	1,1%	1,1%	1,1%	0,9%	1,1%	1,7%	1,3%
12.2020		0,8%	0,6%	0,4%	0,6%	0,4%	1,3%	0,4%
12.2023		1,0%	0,3%	0,7%	0,6%	0,3%	0,6%	0,9%

Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

**Tabela 5. Prowadzenie roweru pod wpływem środków zmieniających świadomość.**

Termin badania	w ciągu ostatnich:	Jakikolwiek narkotyki (amfetamina/marihuana/haszysz /dopalacze/inne narkotyki)	Amfetamina	Marihuana/haszysz	Dopalacze	Inne narkotyki	Alkohol	Leki, które mogą zaburzać świadomość
09.2018	30 dni	1,2%	1,2%	0,9%	1,2%	1,2%	4,4%	1,2%
12.2020		1,5%	0,7%	1,5%	0,7%	0,7%	5,1%	0,7%
12.2023		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	0,0%
09.2018	12 miesięcy	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	4,9%	1,0%
12.2020		1,3%	0,7%	1,0%	0,9%	0,7%	3,8%	0,5%
12.2023		1,6%	1,0%	0,8%	0,2%	0,2%	3,4%	0,2%

Źródło: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

lat osiągnęła najniższą wartość 2248 (2022 rok). Jednak śmierć w tych wypadkach poniosło 268 osób w 2022 roku, czyli 14% wszystkich zabitych w wypadkach drogowych. Warto zwrócić uwagę, że skala prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków jest zbliżona do skali problemu prowadzenia pod wpływem alkoholu według ostatniego pomiaru z 2022 roku. Badanie z końca 2023 roku odnotowało, że 0,9% respondentów prowadziło samochodu lub inny pojazd mechanicznych pod wpływem narkotyków

w ciągu ostatnich 30 dni, a w ciągu ostatnich 12 miesięcy 1,0%. W przypadku alkoholu odsetki były zbliżone i wyniosły odpowiednio 0,8% dla ostatnich 30 dni i 0,6% dla ostatnich 12 miesięcy. Porównując wyniki badania z 2023 roku do 2018 roku, odnotowujemy podobne wyniki w przypadku narkotyków, a spadek w odniesieniu do alkoholu.

Redakcja

*Od marca 2020 roku w związku z różnymi obostrzeniami związanymi z pandemią COVID-19 znacząco zmieniła się dostępność leczenia uzależnień i usług świadczonych osobom uzależnionym, co było odzwierciedleniem sytuacji w całej służbie zdrowia. Szczególnie na początku, kiedy w zasadzie wszędzie brakowało środków zabezpieczenia osobistego, sytuacja była trudna i skorzystanie z pomocy mogło być nie tylko utrudnione, ale wręcz niemożliwe.*

# PODEJMOWANIE LECZENIA PRZEZ OSOBY UZALEŻNIONE OD NARKOTYKÓW W CZASACH PANDEMII COVID-19

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska  
Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 jeszcze bardziej zaostrzyła istniejące problemy w opiece zdrowotnej i pogorszyła sytuację ekonomiczną wielu osób. Jak wskazuje EMCDDA (2020), niekorzystne zmiany społeczne, ekonomiczne i polityczne, które w tym okresie miały miejsce, mogły przyczynić się do wzrostu konsumpcji substancji psychoaktywnych i zachorowań na choroby psychiczne (Chacon i współ., 2021). W USA czterokrotnie wzrósł odsetek osób, które zgłaszały objawy lęku lub depresji w porównaniu do 2019 roku, kiedy to takie objawy zgłaszał 1 na 10 dorosłych (Nirmita i współ., 2021). Odnotowano również większą liczbę zgłoszeń wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Według Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 13% Amerykanów zadeklarowało zwiększenie lub rozpoczęcie używania substancji jako sposobu radzenia sobie ze stresem związanym z pandemią. Odnotowano również 18-procentowy wzrost w liczbie przedawkowań opiatów (Abramson, 2021).

System opieki zdrowotnej próbował odpowiedzieć na potrzeby pacjentów, proponując konsultacje on-line lub telefoniczne, zmieniając zasady funkcjonowania placówek i świadczenia usług. Sytuacja pandemii jest sytuacją bez precedensu, która wymaga przeorganizowania pracy placówek i wprowadzenia nowych form oddziaływań. Według raportu EMCDDA (2020) pacjentom zaproponowano bardziej elastyczne procedury i tak na przykład w programach metadonowych w różnych krajach obniżono wymagania dotyczące obowiązku testowania moczu, a także zliberalizowano zasady przyjmowania metadonu w warunkach domowych. Ograniczyło to częstotliwość kontaktu pa-

centów i personelu placówek i pozwoliło części pacjentów utrzymać się w leczeniu. Jednak pomimo to zaobserwowano niekorzystne zjawisko wypadania pacjentów z programów. W Izraelu programy niskoprogramowe oprócz dostarczania tego, co zazwyczaj, zaczęły dostarczać jedzenie, maseczki, płyny do dezynfekcji i rękawiczki jednorazowe. Nie dla wszystkich pacjentów była to adekwatna i satysfakcjonująca forma pomocy.

## Metodologia badania

Projekt badawczy miał charakter jakościowo-ilościowy. Badania jakościowe obejmowały wywiady indywidualne z terapeutami oraz osobami z zaburzeniami używania alkoholu i narkotyków. Natomiast badania ilościowe składały się z dwóch komponentów: 1) analizy danych pochodzących z leczenia oraz podmiotów zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii; 2) badania ankietowego w placówkach. W tym artykule skupimy się na wynikach badania uzyskanych w badaniu ilościowym.

Dane na temat liczby osób leczonych uzależnionych od narkotyków (rozpoznanie F11-F19 wg ICD-10) obejmują okres 2015–2020. Pochodzą z baz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN). Dane IPiN pokazują liczebność osób uzależnionych od narkotyków w całym systemie leczenia psychiatrycznego. Z kolei dane NFZ obejmują swoim zakresem osoby uzależnione od narkotyków, które podejmowały leczenie w placówkach specjalnie dla nich przeznaczonych. Placówki leczenia uzależnień wliczają się w ogólną liczbę placówek leczenia psychiatrycznego.

**Tabela 1. Pacjenci ogółem przyjęci do wszystkich placówek sektora psychiatrycznego oraz do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w latach 2015–2020.**

Rok	Pacjenci ogółem		Odsetek pacjentów*
	Przyjęci do placówek sektora psychiatrycznego	Przyjęci do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	
2015	65469	25171	38
2016	62621	23516	38
2017	63219	23363	37
2018	67542	23753	35
2019	71115	24345	34
2020	64596	21564	33

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i NFZ.

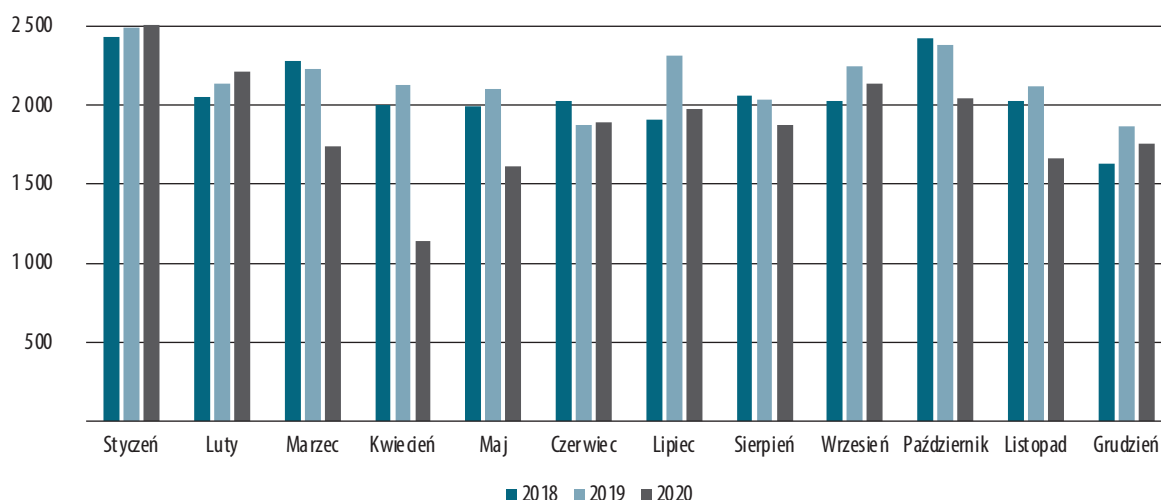
\* Odsetek pacjentów ogółem w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów leczonych w całym systemie lecznictwa psychiatrycznego.

Te dwie perspektywy danych pozwalają na ocenę wykorzystania systemu leczenia uzależnień oraz uchwycenie przepływu pacjentów pomiędzy placówkami ogólnopsychiatrycznymi a przeznaczonymi dla osób uzależnionych od narkotyków.

Przeprowadzono również 200 ankiet wypełnianych on-line przez ankietera na podstawie rozmowy telefonicznej z kompetentną osobą, często kierownikiem placówki:

- 100 w placówkach ambulatoryjnych,
- 14 w placówkach stacjonarnych dla osób niepełnoletnich,

**Wykres 1. Liczba pacjentów przyjętych do placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w danym miesiącu w latach 2018–2020.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

**Tabela 2. Pacjenci przyjęci do placówek stacjonarnych w latach 2015–2020.**

Rok	Placówki lecznictwa stacjonarnego		
	Przyjęci do placówek sektora psychiatrycznego	Przyjęci do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	Odsetek pacjentów*
2015	22352	10157	45
2016	20417	9744	48
2017	21071	9641	46
2018	21230	9631	45
2019	22033	9612	44
2020	14678	8207	56

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i NFZ.

\* Odsetek pacjentów ogółem w placówkach lecznictwa stacjonarnego przeznaczonych do leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów leczonych w placówkach stacjonarnych z całego sektora psychiatrycznego.

- 32 w placówkach stacjonarnych,
  - 15 w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych,
  - 14 w oddziałach/pododdziałach detoksykacyjnych,
  - 11 w programach leczenia substytucyjnego,
  - 10 w programach redukcji szkód, punktach wymiany igieł i strzykawek, punktach drop-in,
  - 4 w placówkach dla osób z podwójną diagnozą.
- Procedura losowania była realizowana jako losowanie proste bez zwracania, przeprowadzone oddzielnie dla każdego rodzaju placówki. Losowanie bez zwracania charakteryzuje się próbkowaniem, w którym wybrany element zbioru jest



**Tabela 3. Pacjenci przyjęci do placówek ambulatoryjnych w latach 2015–2020.**

Rok	Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych		
	Przyjęci do placówek sektora psychiatrycznego	Przyjęci do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	Odsetek pacjentów*
2015	41636	17231	41
2016	40679	15658	38
2017	40627	15442	38
2018	44729	15765	35
2019	47282	16318	35
2020	48618	14418	30

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPIŃ i NFZ.

\* Odsetek pacjentów ogółem w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego przeznaczonych do leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów leczonych w placówkach ambulatoryjnych z całego sektora psychiatrycznego.

usuwany z puli możliwych do wylosowania elementów na czas trwania procesu losowania. Oznacza to, że każdy element zbioru ma tylko jedną szansę na wylosowanie i nie może być wybrany ponownie w ramach tego samego procesu losowania. Ta metoda zapewnia, że każdy element zbioru ma równe szanse na selekcję, ale jednocześnie gwarantuje, że każdy wylosowany element jest unikatowy, co zapobiega powtórzeniom.

## Wyniki

### Liczba pacjentów ogółem

Suma pacjentów ogółem obejmuje pacjentów korzystających z placówek typu dziennego i hostelowych, placówek lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego. Należy mieć na uwadze, że na ogół osoby korzystające z placówek ambulatoryjnych korzystają również z oferty innych typów. Podajemy jednak zsumowane dane, aby zobrazować obciążenie systemu.

Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii pokazują, że w 2015 roku z oferty całego leczenia psychiatrycznego skorzystało nieco ponad 65 tys. osób uzależnionych od narkotyków. W skład tej liczby wchodzi pacjenci korzystający z placówek typu dziennego i hostelowych, placówek lecznictwa stacjonarnego i placówek lecznictwa ambulatoryjnego. W 2016 roku nastąpił spadek liczby osób uzależnionych w systemie

do nieco ponad 62 tys., a w kolejnych latach wzrost do ponad 71 tys. pacjentów. W 2020 roku odnotowano nieco ponad 65 tys. pacjentów uzależnionych od narkotyków w placówkach leczenia psychiatrycznego (tabela 1).

Natomiast dane NFZ pokazują niewielki spadek w liczbie pacjentów ogółem z nieco ponad 25 tys. do około 23,5 tys. na przestrzeni 2015 i 2016 roku w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków. W kolejnych latach, aż do 2019 roku liczba pacjentów utrzymywała się na stałym poziomie. W 2020 roku można zaobserwować spadek liczby pacjentów leczonych ogółem do niecałych 22 tys.

Porównując dane IPIŃ i NFZ dotyczące wykorzystania zasobów lecznictwa, można zauważyć, że w 2015 roku niecałe 40% osób uzależnionych od narkotyków korzystało z oferty placówek leczenia uzależnień. W kolejnych latach odsetek ten obniżał się i w 2019 roku wyniósł 34%, a w 2020 – 33%.

Dane pozyskane z NFZ na temat przyjęć do placówek leczenia uzależnień pozwalają na prześledzenie zmian w każdym miesiącu 2020 roku (wykres 1). Od marca do grudnia 2020 roku widać spadek liczby pacjentów w porównaniu z 2019 rokiem. Największy spadek obserwuje się w kwietniu 2020 roku, gdzie liczba przyjętych w danym miesiącu spadła mniej więcej o połowę – z około 2,1 tys. do 1,1, tys.

Osoby uzależnione od narkotyków leczone w placówkach typu dziennego i hostelowych obejmujących cały system

**Tabela 4. Pacjenci przyjęci po raz pierwszy do wszystkich placówek sektora psychiatrycznego oraz do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w latach 2015–2020.**

Rok	Pacjenci przyjęci pierwszy raz		Odsetek pacjentów*
	do placówek sektora psychiatrycznego	do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	
2015	31106	14919	48
2016	25829	13239	51
2017	25200	13155	52
2018	26958	13531	50
2019	27382	13992	51
2020	22216	11255	51

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPIŃ i NFZ.

\* Odsetek pacjentów przyjętych pierwszy raz w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów przyjętych pierwszy raz w całym systemie lecznictwa psychiatrycznego.

leczenia psychiatrycznego stanowią około 2,5% spośród wszystkich pacjentów uzależnionych. Z kolei w całym sektorze leczenia uzależnienia od narkotyków pacjenci tego typu placówek stanowią około 5% spośród wszystkich leczonych.

Około półtora tysiąca osób uzależnionych od narkotyków rocznie korzystało z placówek typu dziennego i hostelowych w latach 2015–2018. W 2019 roku odnotowano wzrost o około 15% do 1800 pacjentów, a w 2020 roku spadek o około jedną trzecią – do 1300 pacjentów. Spośród tych pacjentów około 1100 to leczeni w placówkach przeznaczonych dla uzależnionych od narkotyków.

Około 30% osób uzależnionych od narkotyków leczy się w placówkach lecznictwa stacjonarnego (tabela 2). Jedynie w 2020 roku stanowili oni nieco ponad 20%. Podobnie wygląda to w sektorze leczenia uzależnienia od narkotyków, w którym pacjenci tego typu placówek stanowią nieco ponad 40% wszystkich leczonych w tym sektorze. Około 22 tys. osób uzależnionych od narkotyków rocznie korzystało z lecznictwa stacjonarnego w latach 2015–2019. W 2020 roku odnotowano ponad 30-procentowy spadek leczonych w placówkach stacjonarnych w całym sektorze psychiatrycznym. Połowa tych pacjentów leczy się w placówkach stacjonarnych przeznaczonych dla osób uzależnionych od narkotyków. W latach 2016–2019 ta liczba wynosiła około 9,5 tys. Natomiast w 2020 roku można odnotować spadek pacjentów o około 15%.

Ponad dwie trzecie osób uzależnionych od narkotyków leczy się w placówkach ambulatoryjnych (tabela 3). Podobnie

nie wygląda to w placówkach sektora leczenia uzależnień, gdzie ponad 60% pacjentów leczy się w poradniach.

W 2015 roku z opieki ambulatoryjnej w ramach lecznictwa psychiatrycznego korzystało ponad 41 tys. osób uzależnionych od narkotyków. W kolejnych dwóch latach odnotowano spadek liczby pacjentów, a od 2018 roku systematyczny wzrost do ponad 48 tys. w 2020 roku. Około 35–40% osób uzależnionych obecnych w lecznictwie psychiatrycznym leczy się w placówkach sektora leczenia uzależnień. W 2020 roku było to jedynie 30%.

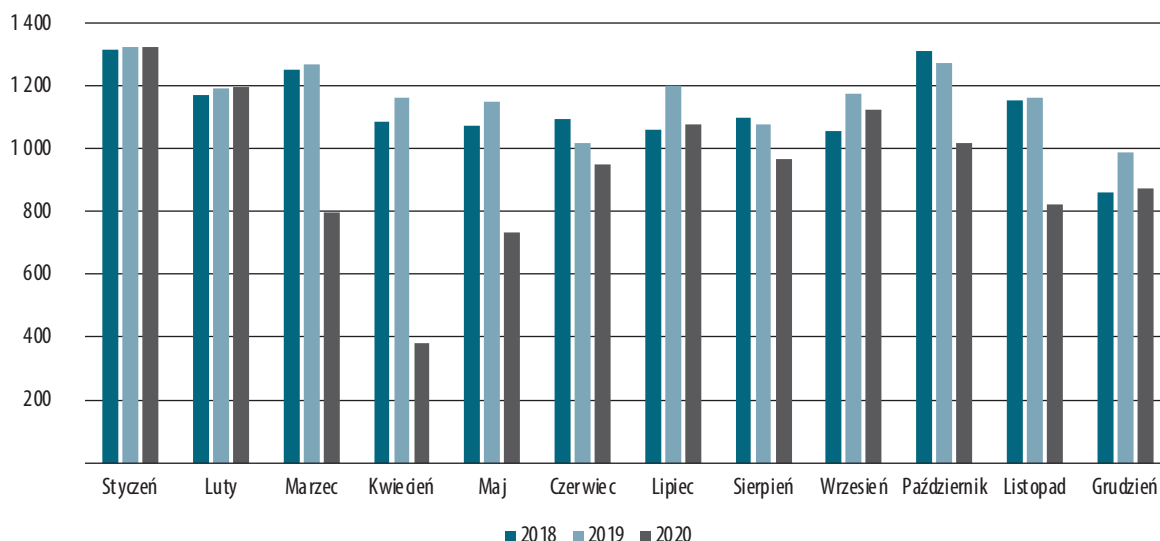
**Tabela 5. Pacjenci przyjęci po raz pierwszy do placówek stacjonarnych w latach 2015–2020.**

Rok	Placówki lecznictwa stacjonarnego		
	Przyjęci do placówek sektora psychiatrycznego	Przyjęci do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	Odsetek pacjentów*
2015	11460	4831	25
2016	8777	4755	29
2017	9957	4728	32
2018	9878	4849	30
2019	9910	5038	30
2020	7029	4253	29

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i NFZ.

\* Odsetek pacjentów ogółem w placówkach lecznictwa stacjonarnego przeznaczonych do leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów leczonych w placówkach stacjonarnych z całego sektora psychiatrycznego.

**Wykres 2. Liczba pacjentów przyjętych po raz pierwszy do placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w danym miesiącu w latach 2018–2020.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

**Tabela 6. Pacjenci przyjęci po raz pierwszy do placówek ambulatoryjnych w latach 2015–2020.**

Rok	Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych		
	Przyjęci do placówek sektora psychiatrycznego	Przyjęci do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków	Odsetek pacjentów*
2015	19062	9 811	51
2016	16498	8 227	50
2017	14647	8 178	56
2018	16412	8 400	51
2019	16632	8 684	52
2020	14495	6829	47

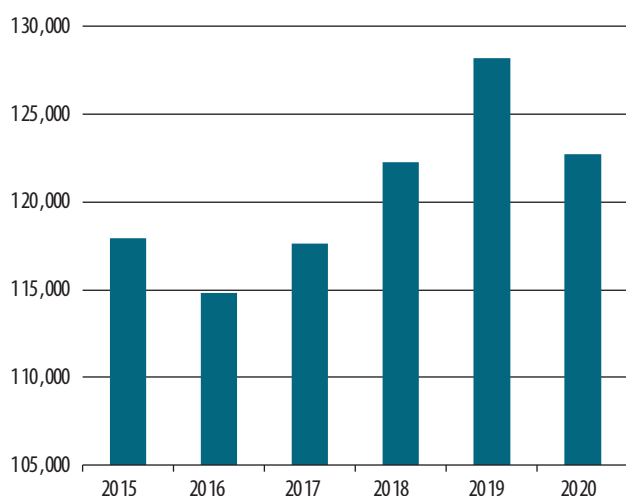
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i NFZ.

\* Odsetek pacjentów ogółem w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego przeznaczonych do leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów leczonych w placówkach ambulatoryjnych z całego sektora psychiatrycznego.

### Liczba pacjentów przyjętych po raz pierwszy

Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii pokazują, że w 2015 roku ponad 30 tys. osób uzależnionych od narkotyków po raz pierwszy korzystało z leczenia w placówkach zaliczanych do sektora psychiatrycznego (tabela 4). Rok później było to już tylko nieco ponad 25 tys. Od 2017 roku można zaobserwować wzrost liczby pacjentów „pierwszorazowych”, aż do ponad 27 tys. w 2019 roku. W 2020 roku odnotowano

### Wykres 3. Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w milionach złotych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

kolejny spadek o około jedną piątą, do nieco ponad 22 tys. Podobny trend można odnotować wśród pacjentów uzależnionych przyjętych po raz pierwszy do placówek z sektora leczenia uzależnienia od narkotyków. W 2015 roku odnotowano w nich prawie 15 tys. pacjentów uzależnionych od narkotyków, a rok później nieco ponad 13 tys. W kolejnych latach, aż do 2019 roku liczba pacjentów „pierwszorazowych” utrzymywała się na stałym poziomie, a w 2020 roku spadła do niecałych 12 tys., czyli o 20%.

Odsetek pacjentów przyjętych pierwszy raz do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków w porównaniu do pacjentów przyjętych pierwszy raz w całym systemie lecznictwa psychiatrycznego waha się na poziomie 50%. Na przestrzeni lat 2015–2020 można odnotować jedynie niewielkie odchylenia. W porównaniu do odsetka pacjentów ogółem jest on wyższy o około 15%.

Analiza liczby pacjentów przyjętych po raz pierwszy do placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w danym miesiącu pozwala zaobserwować wyraźny spadek w przyjęciach w marcu i kwietniu 2020 roku, kiedy to liczba pierwszy raz leczonych spadła o ponad połowę (wykres 2). Już od maja widać, że liczba ta zaczyna rosnąć. Kolejny spadek pierwszy raz leczonych przyjmowanych do placówek można odnotować na jesieni, tj. w październiku i listopadzie 2020 roku.

Pacjenci pierwszy raz przyjmowani do placówek dziennych i hosteli ulokowanych w całym sektorze leczenia uzależnień stanowią niewiele ponad 2% wszystkich pacjentów pierwszorazowych, którzy podejmują leczenie z powodu uzależnienia od narkotyków. Podobnie te proporcje wyglądają, jeśli analizuje się pacjentów przyjmowanych pierwszy raz do placówek leczenia uzależnień.

Przez wiele lat osoby uzależnione, które są pierwszy raz przyjmowane do ośrodków opieki dziennej i hostelowej przeznaczonych dla uzależnionych stanowiły około 40% wszystkich uzależnionych przyjmowanych do tego typu placówek. Jednak przez ten czas odsetek ten ciągle się obniżał, co oznaczało, że osoby podejmujące leczenie po raz pierwszy, wybierają formę ambulatoryjną lub stacjonarną. W 2019 roku jedynie nieco ponad 30% pacjentów uzależnionych od narkotyków podejmujących leczenie po raz pierwszy korzystało z ośrodków dziennych. W 2020 roku było to jedynie 25%. Pozostali leczyli się w placówkach dziennych spoza sektora uzależnień.

Osoby uzależnione od narkotyków pierwszy raz przyjmowane do placówek stacjonarnych stanowią około 35% wszystkich pacjentów (tabela 5). W 2015 roku w całym sektorze leczenia



uzależnienia od narkotyków do placówek stacjonarnych zostało pierwszy raz przyjętych ponad 11 tys. pacjentów. W 2016 roku nastąpił 25-procentowy spadek leczonych w tego typu placówkach i w kolejnych latach liczba ta ustabilizowała się. Kolejny spadek leczonych w placówkach stacjonarnych miał miejsce w 2020 roku, kiedy z tej formy pomocy skorzystało 30% mniej pacjentów pierwszorazowych. Jedynie co trzeci uzależniony, który był pierwszy raz przyjęty do placówki stacjonarnej był pacjentem placówki z obszaru leczenia uzależnień. Pozostali uzyskiwali pomoc w placówkach z sektora psychiatrycznego.

Pacjenci placówek ambulatoryjnych stanowią ponad dwie trzecie wszystkich leczonych pierwszy raz z powodu uzależnienia od narkotyków (tabela 6). W 2015 roku prawie 20 tys. pacjentów pierwszorazowych było przyjętych do placówek ambulatoryjnych. Przez kolejne lata liczba ta ustabilizowała się na podobnym poziomie i dopiero w 2020 roku odnotowano spadek o 13%. Około połowa z nich to pacjenci pierwszorazowi leczeni w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków. Pozostali uzyskują pomoc w poradniach psychiatrycznych.

Analiza liczby pacjentów przyjmowanych pierwszy raz do placówek sektora psychiatrycznego pokazuje, że największe różnice w przyjęciach można zaobserwować w placówkach opieki dziennej i hostelowej, natomiast najmniejsze w ambulatoryjnej. Wśród przyjęć do leczenia po raz pierwszy można odnotować spadek na przełomie 2019/2020 roku, kiedy to restrykcje wynikające z pandemii COVID-19 były najbardziej nasilone.

### Koszty związane z leczeniem osób uzależnionych

Według danych NFZ odnoszących się do sektora leczenia uzależnienia od narkotyków, wraz ze spadkiem liczby pacjentów w latach 2015–2016 roku obniżyła się również wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych – z prawie 118 mln złotych w 2015 roku do niecałych 115 mln (wykres 3). Jednak później, w latach 2016–2019, mimo liczby pacjentów utrzymującej się na podobnym poziomie, koszty związane z leczeniem rosły, przekraczając w 2019 roku 128 mln złotych. Wraz z pandemią COVID-19 i zmniejszeniem liczby przyjmowanych pacjentów koszty spadły, dorównując swoim poziomem tym poniesionym w 2018 roku.

Analizując dane rozliczeniowe z poszczególnych miesięcy, można zauważyć niższe koszty związane z leczeniem osób

Tabela 7. Zmiany w zgłaszalności do placówek leczenia uzależnienia od narkotyków i programów z obszaru redukcji szkód.

Zmiana w zgłaszalności do placówek	Typ placówki								Ogółem
	Ambulatoryjna (poradnia)	Stacjonarna dla niepełnoletnich	Stacjonarna dla osób dorosłych	Hostel i mieszkanie readaptacyjne	Oddział detoksykacyjny	Program leczenia substytucyjnego	Program redukcji szkód	Dla osób z podwójną diagnozą	
Duży spadek	N 4 4,0%	1 7,1%	4 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 22,2%	1 25,0%	12 6,1%
Niewielki spadek	N 21 21,0%	2 14,3%	10 31,3%	3 20,0%	4 28,6%	2 20,0%	3 33,3%	0 0,0%	45 22,7%
Brak zmian	N 47 47,0%	5 35,7%	12 37,5%	8 53,3%	6 42,9%	7 70,0%	2 22,2%	2 50,0%	89 44,9%
Niewielki wzrost	N 21 21,0%	3 21,4%	5 15,6%	1 6,7%	4 28,6%	1 10,0%	1 11,1%	1 25,0%	37 18,7%
Duży wzrost	N 7 7,0%	3 21,4%	1 3,1%	3 20,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 11,1%	0 0,0%	15 7,6%

Źródło: Opracowanie własne.

uzależnionych w okresie pandemii nie tylko podczas pierwszej fali (wiosna 2020), ale także w pozostałych miesiącach.

Największe koszty leczenia ponoszone są przez placówki leczenia stacjonarnego. Oscylują one w okolicach 100 mln złotych rocznie. Z kolei najniższe koszty ponoszone są w ramach programów opieki dziennej i hostelowej, jednak należy pamiętać, że z tej formy pomocy korzysta najmniejsza liczba pacjentów. Koszty opieki ambulatoryjnej stanowią jedynie około 25% kosztów ponoszonych przez placówki leczenia stacjonarnego.

W związku z pandemią COVID-19 wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w 2020 roku była niższa o 11% w placówkach typu dziennego i hostelowych oraz 6% w stacjonarnych. Natomiast koszty leczenia w placówkach ambulatoryjnych wzrosły w 2020 roku o 6% w porównaniu z rokiem poprzednim.

## Zmiany w zgłaszalności do placówek na podstawie badania ilościowego

W około połowie placówek (N=89), w których realizowano badanie ilościowe, personel nie dostrzegł zmian w zgłaszalności do leczenia. W trzech czwartych (N=7) programów substytucyjnych nie dostrzeżono takich zmian. Zmian w liczbie przyjętych podczas pandemii COVID-19 nie dostrzeżono również w połowie hosteli i mieszkań readaptacyjnych (53,3%, N=8), placówek z podwójną diagnozą (50%, N=2), poradni ambulatoryjnych (47%, N=47) oraz oddziałów detoksykacyjnych (42,9%, N=6) (tabela 7).

Największy spadek w liczbie zgłoszeń odnotowano w programach redukcji szkód. Taką tendencję zauważono w połowie (N=5) programów biorących udział w badaniu. Podobny odsetek odnotowano w placówkach stacjonarnych dla dorosłych (43,8%, N=14). Spadki w liczbie zgłoszeń dostrzeżono w co czwartym oddziale detoksykacyjnym (28,6%, N=4) i placówce ambulatoryjnej (25%, N=25). Z kolei największy wzrost w liczbie zgłoszeń odnotowano w placówkach stacjonarnych dla osób niepełnoletnich. W prawie połowie (N=6) tego typu placówek biorących udział w badaniu zadeklarowano wzrost w liczbie pacjentów.

Jak wynika z deklaracji respondentów, wśród grup pacjentów, w których odnotowano wzrost zgłaszalności do placówek zajmujących się leczeniem uzależnienia od narkotyków, zidentyfikować można osoby poniżej 18. roku życia i w wieku powyżej 30 lat. Najczęściej zgłaszali się użytkownicy marihuany, metamfetaminy, benzodiazepin, opiatów

(w tym kompotu) i nowych substancji psychoaktywnych. Pracownicy placówek obserwują również więcej pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych i alkoholu bądź z zaburzeniami hazardowymi. Pandemia przyczyniła się również do pojawienia się większej liczby członków rodzin oraz osób doświadczających przemocy.

W ocenie respondentów za wzrost w liczbie zgłoszeń odpowiedzialna była większa dostępność nowych substancji psychoaktywnych i ograniczona dostępność tradycyjnych narkotyków. Pracownicy niektórych placówek upatrują przyczyny wzrostu w swoim miejscu pracy w ograniczeniu przyjęć w innych placówkach. Zdaniem badanych także izolacja mogła przyczynić się do wzrostu liczby leczonych, ponieważ była czasem, kiedy użytkownicy mogli przeanalizować swój wzór używania. Również brak kontaktów społecznych wywoływał chęć spotkań z innymi ludźmi. Wprowadzenie ograniczeń w przemieszczaniu się na początku pandemii COVID-19 spowodowało ograniczenie w działaniu noclegowni i schronisk, przez co osoby bezdomne nie miały gdzie się podziąć i zgłaszały się do placówek leczenia uzależnień. Wśród przyczyn spadku poszukujących pomocy, respondenci dostrzegają lęk przed pandemią i niechęć do korzystania z teleporad. Pacjenci woleli nie podejmować leczenia, niż uczestniczyć w sesjach zdalnych. Nie mieli również wiedzy, czy placówki działają czy też zostały zamknięte. Pojawianie się ognisk wirusa w placówce powodowało ograniczenie w przyjęciach co przekładało się na spadek w liczbie pacjentów. W przypadku zmian wśród klientów programów redukcji szkód, pracownicy odnotowują w nich więcej osób wysoko funkcjonujących oraz młodych osób, poniżej 18. roku życia. Również dostrzeżono więcej użytkowników konopi wśród klientów, jak też tych, u których pandemia przyczyniła się do pogorszenia sytuacji mieszkaniowej, finansowej, społecznej lub zdrowotnej. Natomiast zaobserwowano mniej użytkowników opioidów i stymulantów zażywanych dożylnie oraz osób bezdomnych. Spadła także liczba klientów poszukujących porady terapeutycznej bądź psychoterapii oraz klientów pierwszorazowych.

Wśród przyczyn odpowiedzialnych za wzrost zgłaszalności do programów redukcji szkód respondenci upatrywali lęk przed pandemią, brak kontaktu z ludźmi, co powodowało częstsze używanie substancji. Klienci programów nie mogli odnaleźć się w nowych realiach, w których obowiązują restrykcyjne zasady sanitarne. Wprowadzenie lockdownu spowodowało zamknięcie wielu miejsc świadczenia pomocy dla użytkowników narkotyków bądź osób w trudnej

sytuacji życiowej, np. wydających środki opatrunkowe, miejsc noclegowych. Pogorszyła się również sytuacja zdrowotna klientów z uwagi na ograniczenie dostępu do służby zdrowia, co również przyczyniło się do wzrostu ich liczby w programach redukcji szkód. Z kolei dla użytkowników, którzy zrezygnowali z korzystania z usług programów, powodem była obawa przed zakażeniem wirusem, ograniczenia w przemieszczaniu się, większa aktywność policji w miejscach koncentracji użytkowników.

## Podsumowanie

Pandemia COVID-19 wywarła wpływ na podejmowanie leczenia przez osoby uzależnione. Świadczą o tym dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii o przyjęciach osób uzależnionych od narkotyków do placówek sektora psychiatrycznego, dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące pacjentów placówek sektora leczenia uzależnień oraz wypowiedzi respondentów będących przedstawicielami 200 placówek, które zostały wylosowane do udziału w badaniu. Porównując lata 2019 i 2020, dane z IPiN i NFZ pokazują obniżenie odsetka pacjentów korzystających z placówek psychiatrycznych i placówek leczenia uzależnień o około 10%. Od 2015 roku obniża się również odsetek pacjentów uzależnionych w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków na rzecz pozostałych placówek sektora psychiatrycznego. Podobny trend zaobserwować można wśród pacjentów przyjętych pierwszy raz do placówek. Różnica w liczbie pacjentów w latach 2019–2020 wynosi około 20%.

Analiza liczby przyjęć w poszczególnych miesiącach 2020 roku pokazuje, że pandemia COVID-19 miała wpływ na ograniczenie przyjęć przez cały rok. Wyraźne obniżenie liczby pacjentów w 2020 roku widać w kwietniu i w maju. W późniejszym czasie można obserwować powrót do poziomu z 2019 roku. Podobnie jest wśród pacjentów „pierwszorazowych”, gdzie w marcu i kwietniu odnotowano spadek o ponad połowę. Może się to wiązać z wprowadzeniem telekonsultacji jako akceptowalnej przez NFZ formy prowadzenia terapii. Pojawiające się wytyczne sanitarne i regulacje w przyjęciach pacjentów również mogły wpłynąć na pobudzenie przyjęć.

Analiza liczby pacjentów w poszczególnych typach placówek pokazuje spadek liczby osób przyjętych do oddziałów dziennych i hosteli oraz placówek stacjonarnych i niewielki wzrost w ambulatoriach. Podobne trendy można zaobserwować wśród pacjentów pierwszy raz przyjmowanych do leczenia.

Dane z badania ilościowego pokazały, że pracownicy połowy placówek biorących udział w badaniu nie dostrzegli zmian w liczbie pacjentów. Największy spadek w liczbie zgłoszeń odnotowano w programach redukcji szkód i placówkach stacjonarnych. Taką tendencję zauważono w połowie programów i placówek biorących udział w badaniu. Z kolei największy wzrost w liczbie zgłoszeń odnotowano w placówkach stacjonarnych dla osób niepełnoletnich.

Wśród grup, w których odnotowano wzrost zgłaszalności do placówek zajmujących się leczeniem uzależnienia od narkotyków, zidentyfikować można osoby poniżej 18. roku życia i w wieku powyżej 30 lat, użytkowników marihuany, metamfetaminy, benzodiazepin, opiatów (w tym kompotu) i nowych substancji psychoaktywnych. Pracownicy placówek obserwują również więcej pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych i alkoholu bądź z zaburzeniami hazardowymi. Pandemia przyczyniła się również do zwiększenia się liczby członków rodzin oraz osób doświadczających przemocy pojawiających się w placówkach. W przypadku zmian wśród klientów programów redukcji szkód to ich pracownicy odnotowują więcej osób wysoko funkcjonujących oraz młodych osób, poniżej 18. roku życia. Odnotowano również więcej użytkowników konopi wśród klientów, jak też tych, u których pandemia przyczyniła się do pogorszenia sytuacji mieszkaniowej, finansowej, społecznej lub zdrowotnej.

*Badania współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.*

## Bibliografia

- Abramson A. (2021), „Substance use during the pandemic 2021”, American Psychological Association, 52 (2); <https://www.apa.org/monitor/2021/03/substance-use-pandemic>
- Chacon N.C., Walia N., Allen A., Sciancalepore A., Tiong J., Quick R., Mada S., Diaz M. A. & Rodriguez I. (2021), „Substance use during COVID-19 pandemic: impact on the underserved communities”, Discoveries (Craiova, Romania), 9 (4), e141; <https://doi.org/10.15190/d.2021.20>
- EMCDDA update on the implications of COVID-19 for people who use drugs and drug service providers (2020); [https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/catalogue/covid-19-and-people-who-use-drugs\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/catalogue/covid-19-and-people-who-use-drugs_en)
- Nirmitha P., Rabah K., Cynthia C., Rachel G. (2021), „The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use”; <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/> KFF.



## PROGRAM SAFER INTERNET

Polskie Centrum Programu Safer Internet tworzą Państwowy Instytut Badawczy NASK ([www.nask.pl](http://www.nask.pl)) oraz Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę ([www.fdds.pl](http://www.fdds.pl)). W ramach Polskiego Centrum Programu realizowane są trzy projekty:

**Saferinternet.pl** – projekt, którego celem jest zwiększanie społecznej świadomości na temat zagrożeń, jakie niosą ze sobą najnowsze techniki komunikacji. Wśród podejmowanych działań priorytetem jest edukacja, zarówno dzieci, jak i rodziców, a także podnoszenie kompetencji profesjonalistów w zakresie bezpiecznego korzystania z internetu.

**Pomoc telefoniczna i online** – Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111 oraz Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawach bezpieczeństwa dzieci 800 100 100. W ramach tych dwóch projektów udzielana jest pomoc młodym internautom, rodzicom i profesjonalistom w przypadkach zagrożeń związanych z korzystaniem z internetu. Więcej informacji: [www.116111.pl](http://www.116111.pl) oraz [www.800100100.pl](http://www.800100100.pl).

**Dyżurnet.pl** – punkt kontaktowy, tzw. hotline, do którego można anonimowo zgłaszać przypadki występowania w internecie treści zabronionych prawem, takich jak materiały przedstawiające seksualne wykorzystanie dzieci, pedofilię, treści o charakterze rasistowskim i ksenofobicznym.

Adresatami działań Centrum są: dzieci i młodzież, rodzice i opiekunowie, sektor edukacyjny, organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, instytucje rządowe i pozarządowe, firmy branży internetowej.

Program Saferinternet.pl oferuje bogaty zestaw materiałów edukacyjnych:

- **poradniki i broszury**, m.in.:
  - Publikacja skierowana do nastolatków „(Nie)widzialne ślady online” – poradnik jak być bezpiecznym online oraz jak świadomie budować swój wizerunek w sieci.
  - „Czym jest child grooming” – czyli uwodzenie dzieci online przez nastolatka lub osobę pełnoletnią. Jak wygląda ten proces? Jak zapobiegać ryzykownym kontaktom? Gdzie zgłosić takie zachowania?
  - „Jak osiągnąć cyfrowy dobrostan” – broszura dla nauczycieli, edukatorów i rodziców omawiająca różne aspekty cyfrowego dobrostanu.
  - „Co moje dziecko robi na YouTube?” – ulotka dla rodziców na temat realiów i zagrożeń YouTube’a.
  - „Razem w Sieci z Plikiem i Folderem” – plakat prezentujący 14 porad dotyczących korzystania z internetu, smartfonów i komputerów.



### Zgłoś nielegalne treści

#### 1. Jakiego rodzaju treść chcesz zgłosić?

- Materiały przedstawiające seksualne wykorzystywanie dziecka
- Twarda pornografia
- Rasizm i ksenofobia
- Inne nielegalne treści

### Sprostowanie

Autorem artykułu KAMPANIA „NA ZDROWIE”, opublikowanym w Serwisie Informacyjnym UZALEŻNIENIA nr 4 (104)/2023, jest Bartosz Kehl z Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Przepraszamy Autora za pominięcie tej informacji w wersji papierowej pisma.

## PROGRAM SAFER INTERNET cd.

- **scenariusze zajęć.** Bogaty zestaw scenariuszy dla dzieci i młodzieży w różnym wieku, m.in.:
  - necio.pl – serwis internetowy zawierający animacje, gry oraz piosenki tłumaczące najmłodszym zasady bezpiecznego korzystania z sieci.
  - „Z internetem świat jest bliski” – dla przedszkolaków i klas pierwszych szkół podstawowych. Cel – promowanie higieny cyfrowej.
  - „Plik i Folder na ścieżkach internetu” – dzieci z klas 0-III szkół podstawowych – wprowadzenie w wirtualny świat, nauka podstawowych zasad bezpiecznego korzystania z sieci.
  - „W sieci przyjaźni: Kto ma przyjaciela, ten ma skarb” – adresaci: uczniowie klas IV-VI szkół podstawowych – rozumienie wpływu świata wirtualnego na przyjaźń, wartości przyjaźni w codziennym życiu.
  - „Chill w realu – moje korzyści z bycia offline” – adresaci: uczniowie klas VIII szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych – zrozumienie i umiejętność świadomego kontrolowania czasu spędzonego w sieci.
  - słownik pojęć. Ciekawą propozycją jest publikacja terminów dotyczących zagadnienia bezpieczeństwa w internecie (m.in. child grooming, flaming, FOMO, patostreaming, pro-ana, revenge porn).



**Ponadto Program Saferinternet.pl udostępnia:** podcasty i audiobooki, kursy e-learningowe dla dzieci, młodzieży i dla profesjonalistów, webinary dla młodzieży oraz wiele innych materiałów informacyjnych i edukacyjnych.

Wydawca:  
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom  
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa  
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65  
e-mail: [kcpcu@kcpcu.gov.pl](mailto:kcpcu@kcpcu.gov.pl); [www.kpcu.gov.pl](http://www.kpcu.gov.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński; Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz;  
Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl, Katarzyna Łukowska,  
Artur Malczewski, Danuta Muszyńska, Anna Radomska

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz środków własnych Fundacji Praesterno.

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

Egzemplarz bezpłatny  
Nr 1 (105) 2024 r.  
Numery archiwalne na stronie:  
[www.siu.praesterno.pl](http://www.siu.praesterno.pl)  
ISSN 2543-8816