



Ministerstwo  
Zdrowia



**KCPU**  
Krajowe Centrum  
Przeciwdziałania Uzależnieniom

NR 3

2024

SERWIS INFORMACYJNY  
UZALEŻNIENIA



# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### WSZĘDZIE, WSZYSTKO, WSZYSCY – NOWA AGENCJA

Wywiad z *Alexisem Goosdeelem*, dyrektorem EUDA..... 1

## Prawo

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA ZA POSIADANIE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

*Katarzyna Syroka-Marczewska* ..... 5

## Analiza

### NIEODWRACALNA ZMIANA

*Aneta Zdunek* ..... 10

## Profilaktyka

### MITY I FAKTY NA TEMAT ALKOHOLU I CIĄŻY A SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH

*Magdalena Borkowska* ..... 15

## Leczenie, redukcja szkód

### ALKOHOL A PRZEMOC DOMOWA

*Katarzyna Michalska*..... 18

## Nowe technologie

### RODZICU, ZACZNIJ DBAĆ O HIGIENĘ CYFROWĄ!

*Maja Ruszpel*..... 22

## Analiza

### POWRÓT Z KRÓLICZEJ NORY. CZĘŚĆ II: PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE INTEGRACJI DOŚWIADCZEŃ PSYCHODELICZNYCH DLA SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

*Jakub Greń, Michał Lasocik*..... 27

## Badania, raporty

### SYTUACJA DOTYCZĄCA OPIOIDÓW W POLSCE

*Artur Malczewski, Joanna Szmidt* ..... 35

### GOTOWOŚĆ PROFESJONALISTÓW I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI DO PRZYJĘCIA KONTROLOWANEGO GRANIA JAKO CELU LECZENIA

*Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska*..... 40

### ALKOHOL W MIEJSCU PRACY – RÓŻNE DOŚWIADCZENIA I OPINIE

*Marcin J. Sochocki*..... 46

## Internet

ZINTEGROWANA PLATFORMA EDUKACYJNA (ZPE).....okładka III

### NIWYDOLNA POMOC PSYCHOLOGICZNA I PSYCHOTERAPEUTYCZNA

DLA DZIECI I MŁODZIEŻY. RAPORT NIK..... okładka IV



# WSZĘDZIE, WSZYSTKO, WSZYSCY – NOWA AGENCJA NA NOWE CZASY

*Z Alexisem Goosdeelem, dyrektorem EUDA<sup>1</sup>, rozmawia Artur Malczewski.*

**– Jak wygląda sytuacja w Europie w kontekście opioidów? W Polsce media poświęcają dużo uwagi zagrożeniom związanym z fentanylami. Czy możemy spodziewać się sytuacji podobnej do tej w Stanach Zjednoczonych, gdzie liczba zgonów z powodu używania opioidów jest bardzo wysoka?**

– Sytuacja związana z opioidami w Europie ciągle się zmienia. Heroina nadal pozostaje najczęściej stosowanym nielegalnym opioidem i odpowiada za znaczną część problemów zdrowotnych związanych z używaniem substancji odurzających. Rynek opioidów w Europie jest jednak coraz bardziej złożony i obejmuje różnorodne substancje, w tym silne opioidy syntetyczne. Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2022 roku doszło do co najmniej 6392<sup>2</sup> zgonów z powodu przedawkowania substancji psychoaktywnych (6166 w 2021 roku). Wskaźnik śmiertelności z powodu przedawkowania w 2022 roku w UE wynosił szacunkowo 22,5 zgonu na milion osób w wieku 15-64 lata. Szacuje się, że opioidy, w tym heroina i jej metabolity, często w połączeniu z innymi substancjami, były obecne w trzech czwartych (74%) przypadków śmiertelnych przedawkowań zgłoszonych w UE w 2022 roku. Należy zauważyć, że w raportach toksykologicznych dotyczących zgonów spowodowanych substancjami psychoaktywnymi często stwierdza się obecność wielu substancji.

Dostępne dane mają ograniczenia zarówno pod względem jakości, jak i zakresu. Mimo to sugerują, że heroina nadal odpowiada za dużą liczbę zgonów w niektórych krajach Europy Zachodniej. Dane toksykologiczne z badań pośmiertnych dostępne dla niektórych krajów za 2022 rok wskazują, że metadon, a w mniejszym stopniu buprenorfina, tramadol i inne leki, również są związane z niektórymi przypadkami śmierci z powodu narkotyków.

Tam, gdzie są dostępne dane, wskazują one, że fentanyl i jego pochodne były powiązane ze 163 zgonami z powodu przedawkowania w 2022 roku. Szczególnie obawy budzi niedawne pojawienie się opioidów nitazenowych, które były przyczyną lokalnych ognisk zatruc w Irlandii i Francji w 2023 roku. Te substancje są również związane z kilkoma przypadkami zgonów z powodu przedawkowania w niektórych krajach bałtyckich. Według systemu wczesnego ostrzegania o nowych substancjach psychoaktywnych, co najmniej 150 przypadków zgonów z potwierdzoną obecnością nitazenów zgłoszono do tego mechanizmu w pięciu krajach w 2023 roku.

Sytuacja w Europie różni się od tej w Stanach Zjednoczonych, gdzie najnowszy szacowany wskaźnik zgonów z powodu przedawkowania wynosił 326 zgonów na milion standardowej populacji<sup>3</sup>. Stany Zjednoczone doświadczają kryzysu zdrowia publicznego wywołanego przez opioidy syntetyczne, głównie fentanyle. Większość zgonów z powodu przedawkowania (227 zgonów na milion standardowej populacji) była związana z opioidami syntetycznymi innymi niż metadon – w tym z fentanylem, jego analogami i tramadolem. W porównaniu z Ameryką Północną silne opioidy syntetyczne odgrywają niewielką rolę na europejskim rynku narkotykowym. Pomimo tej różnicy w skali i charakterze opioidów syntetycznych powodujących szkodę, rosną jednak obawy, że substancje te będą się coraz częściej pojawiały w Europie. Niezbędna jest więc czujność.

Niepokojące jest, że od 2009 roku do systemu wczesnego ostrzegania UE zgłoszono 81 nowych syntetycznych opioidów. Często są one bardzo silne i wiążą się z dużym ryzykiem zatrucia i śmierci. W 2023 roku sześć z siedmiu nowych syntetycznych opioidów zgłoszonych po raz pierwszy do systemu wczesnego ostrzegania UE

(EWS) należała do grupy nitazenów. Była to najwyższa liczba nitazenów zgłoszonych w jednym roku, a od 2019 roku wykryto łącznie 16 tego typu substancji w Europie (większość krajów wykryła co najmniej jedną z tych substancji na swoim terytorium).

Większość heroiny konsumowanej w Europie pochodzi z Afganistanu, gdzie talibowie w kwietniu 2022 roku ogłosili zakaz uprawy maku i produkcji opium. Obawy budzi możliwość przyszłego niedoboru heroiny, co mogłoby doprowadzić do wypełnienia luk na rynku przez silne opioidy syntetyczne lub syntetyczne stymulanty. Mogłoby to mieć potencjalnie znaczące negatywne skutki dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa.

W obliczu takiej sytuacji musimy wzmocnić naszą czujność na ewentualne zmiany na rynku, zapewniając odpowiednie działania w zakresie prewencji i leczenia, w tym dostęp do leków agonistycznych opioidów i usług redukcji szkód, a także zapewniając odpowiednie zapasy naloksonu, leku odwracającego działanie przedawkowania. Wdrożenie wieloagencyjnych planów reagowania i szybkiej komunikacji może również pomóc we wzmocnieniu gotowości na nagłe pojawienie się bardzo silnych substancji na nielegalnym rynku narkotykowym w UE.

**– W lipcu 2024 roku EMCDDA przekształciło się w nową instytucję: Agencję Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA). Jakie wyzwania stoją przed EUDA?**



Inauguracja działalności EUDA.

– Przede wszystkim stoimy przed wyzwaniem złożoności dzisiejszych problemów narkotykowych, które obejmują znacznie szerszy zakres substancji, zachowań i osób. Dla mnie można to podsumować trzema słowami: „wszędzie, wszystko, wszyscy”. Wpływ używania nielegalnych substancji jest obecnie widoczny niemal wszędzie w naszym społeczeństwie. Prawie wszystko, co ma właściwości psychoaktywne, może być używane jako narkotyk. Oznacza to, że każdy, bezpośrednio lub pośrednio, może być dotknięty używaniem nielegalnych substancji i problemami z tym związanymi.

Biorąc pod uwagę dużą dostępność substancji psychoaktywnych i presję rynku na konsumentów, istnieje duże ryzyko wzrostu używania substancji i uzależnień w nadchodzących latach. Wymaga to zwiększenia inwestycji w obszarze prewencji i terapii, które często bazują w swoich działaniach na oddziaływaniach odnoszących się do problemu narkotykowego sprzed około 30 lat. Nadszedł czas, aby przemyśleć nasze reakcje na ewoluujący i złożony obraz używania wielu substancji. Szerszy mandat EUDA obejmuje bardziej kompleksowe podejście do tych problemów, wymagając innowacyjnych i skutecznych polityk, które równoważą zdrowie publiczne, redukcję szkód i bezpieczeństwo publiczne. Kolejnym wyzwaniem jest pilna potrzeba rozwiązania problemu przemocy związanej z narkotykami w Europie. Historycznie przestępczość związana z rynkiem narkotykowym najbardziej dotknęła kraje produkujące narkotyki i tranzytowe poza UE, i nadal tak jest. W Europie, zwłaszcza w krajach, gdzie wiadomo, że duże

ilości narkotyków są wprowadzane lub produkowane, poziom przemocy powiązanej z handlem narkotykami wydaje się wzrastać. Narastają również obawy dotyczące rekrutacji i wykorzystywania młodych ludzi przez sieci przestępcze zaangażowane w nielegalny handel narkotykami do pracy na ich rzecz.

**– Jednym z kluczowych elementów nowej instytucji będzie ostrzeżenie o nowych zagrożeniach poprzez systemy alarmowe. Jak będzie wyglądał ten system?**



– Nowe rozporządzenie EUDA podkreśla znaczenie oraz rolę nowej agencji w zakresie wykrywania i oceny zagrożeń. Umożliwia ono EUDA stworzenie, udoskonalenie i operacjonalizację nowoczesnego, zintegrowanego europejskiego systemu ostrzegania o zagrożeniach związanych z narkotykami oraz oceny zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa, w ścisłej współpracy z krajowymi punktami kontaktowymi Reitox (National Focal Points)<sup>4</sup>. Europejski System Ostrzegania o Narkotykach (EDAS) będzie wydawał alerty, gdy na rynku pojawią się poważne zagrożenia związane z narkotykami, natomiast Europejski System Oceny Zagrożeń (ETAS) wzmocni sposób, w jaki UE przygotowuje się na pojawiające się lub potencjalne zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa oraz wypracuje sposoby reakcji na te zagrożenia. Agencja będzie również wspierana przez Europejską Sieć Toksykologii i Laboratoriów Kryminalistycznych, która ma na celu promowanie wymiany informacji na temat nowych trendów oraz szkolenie krajowych toksykologów i ekspertów ds. narkotyków.

Europejski System Ostrzegania o Narkotykach uzupełnia już dobrze funkcjonujący system wczesnego ostrzegania UE o nowych substancjach psychoaktywnych (EWS). Ma on szersze spektrum działania, co pozwala na szybkie wykrywanie, ocenę i wymianę informacji o wszelkich zdarzeniach, które mogą stanowić poważne bezpośrednie lub pośrednie zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa Europejczyków. Europejski System Ostrzegania o Narkotykach będzie katalizował rozwój zdolności wczesnego ostrzegania na poziomie państw członkowskich i umożliwił skuteczną komunikację ryzyka, z kanałami ostrzegania opartymi na przejrzystym i uporządkowanym protokole. Główne narzędzia Europejskiego Systemu Ostrzegania o Narkotykach to docelowe alerty, wspierane przez platformę ekspertów. Europejski System Oceny Zagrożeń będzie identyfikował na wczesnym etapie nowe zjawiska związane z narkotykami, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie, kwestie społeczne, bezpieczeństwo lub porządek publiczny w Unii. W ten sposób zwiększy gotowość odpowiednich interesariuszy do reagowania na nowe zagrożenia w sposób skuteczny i jak najkrótszy. Oceny zagrożeń EUDA będzie dokonywała na podstawie wewnętrznej analizy sygnałów docierających do Agencji, informacje mogą również być przekazywane przez Komisję Europejską oraz państwa członkowskie. Ocena zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa może polegać na szybkim przeglądzie istniejących informacji oraz,

w razie potrzeby, na zebraniu nowych danych za pośrednictwem sieci informacyjnych agencji. EUDA opracuje odpowiednie metody szybkiej oceny naukowej.

– ***Prawie od samego początku istnienia EMCDDA, działalność agencji była wspierana przez punkty kontaktowe Reitox. Jak będzie wyglądała współpraca między EUDA a Reitox?***

– Rozporządzenie EUDA formalnie uznaje sieć Reitox jako część struktury administracyjnej EUDA. Rozwój ten stwarza doskonałą okazję, zarówno dla Agencji, jak i sieci Reitox, do fundamentalnego przemyślenia celów i metod ich współpracy. Cele partnerstwa EUDA–Reitox muszą być dostosowane do aktualnej sytuacji dotyczącej problemu substancji psychoaktywnych. Dlatego opracowujemy nowy „Sojusz Reitox”<sup>5</sup>, który określi nową ramę współpracy między agencją, siecią Reitox i innymi kluczowymi partnerami. Zarząd EUDA ma przyjąć ten dokument w grudniu 2025 roku.

– ***Jak istotne jest dla nowej instytucji wspieranie praktyków, między innymi poprzez szkolenia?***

– Jest to bardzo istotne. Nowy mandat uprawnia EUDA do opracowywania zaleceń oraz wspierania wdrażania interwencji opartych na dowodach naukowych w państwach członkowskich UE. Działania te wymagają integracji i harmonizacji wiedzy różnych grup zawodowych.

Musimy zwiększyć liczbę szkoleń w różnych formatach: stacjonarnie, online oraz poprzez wspólnoty praktyków. Trwają prace nad stworzeniem ekosystemu wspomagającego podejmowanie decyzji (EU-DECIDE), inwentarzy materiałów szkoleniowych (EU-COMP) oraz rozwojem naszej platformy e-learningowej PLATO. Tworzymy również mechanizmy zapewniające jakość interwencji (EU-QUALITY).

Kontynuujemy dialog między europejskimi profesjonalistami poprzez webinary oraz nasze Zimowe i Letnie Szkoły.

Niektóre krajowe punkty kontaktowe już posiadają własne pakiety działań szkoleniowych, w ramach swoich krajowych mandatów. Tak jest na przykład w przypadku Polski, gdzie organizowane są szkolenia Europejskiego Programu Profilaktyki EUPC<sup>6</sup>. Jednak nie jest to normą we wszystkich państwach członkowskich i ważne jest,

aby kontynuować dyskusję na temat tego, jak EUDA może dalej wspierać wdrażanie działań szkoleniowych skierowanych do większej grupy praktyków.

**– W ostatnich latach w Europie można zaobserwować trend w kierunku „liberalizacji” przepisów dotyczących narkotyków. Na przykład 1 kwietnia 2024 roku Niemcy zalegalizowały marihuanę do celów rekreacyjnych. Jak zmiany w polityce narkotykowej mogą wpłynąć na sytuację związaną z narkotykami w Europie?**

– Trend w kierunku „liberalizacji” przepisów dotyczących narkotyków w Europie (mierzony na przykład zmniejszeniem maksymalnych kar oraz zwiększoną dostępnością leków psychoaktywnych do leczenia uzależnienia od heroiny) jest widoczny od momentu, gdy zaczęliśmy monitorować legislację dotyczącą narkotyków na przełomie wieków. Jednak naukowy monitoring sytuacji związanej z narkotykami oraz treści krajowych ustawodawstw wykazał, że związek między maksymalnymi karami w prawie a sytuacją narkotykową nie jest tak bezpośredni, jak często się zakłada.

Odstraszający wpływ surowych kar jest coraz częściej kwestionowany, podobnie jak koszty ich egzekwowania przez policję, sądy i więzienia w porównaniu do korzyści, jakie miałyby one przynieść.

Zmiany w polityce, które są oparte na podejściu zdrowotnym, a nie karaniu, również wpływają na sytuację w Europie: leczenie agonistami opioidowymi, program wymiany igieł i strzykawek, rosnąca dostępność i poprawa jakości leczenia. Dwadzieścia lat temu twierdzono, że te środki mogą zachęcać do używania narkotyków. Nasze monitorowanie wykazało, że te środki są skuteczne w obszarze poprawy zdrowia publicznego, a takie twierdzenia są bezpodstawne.

Ponadto rozwijające się badania doprowadziły do ponownej oceny zagrożeń związanych z niektórymi narkotykami, co skutkowało zmianami, takimi jak decyzja Komisji ONZ ds. Środków Odurzających w 2020 roku o przeklasyfikowaniu konopi. Niektóre narkotyki są uznawane za mniej niebezpieczne i mają większy potencjał terapeutyczny, niż wcześniej sądzono. Jednakże w Europie zastosowanie medyczne i rekreacyjne substancji jest ściśle rozdzielone i dokładnie regulowane. Prawa człowieka stają się coraz ważniejszym czynnikiem w polityce narkotykowej, a niektóre kraje stoją na

stanowisku, że prawa człowieka, takie jak prywatność i wolny rozwój jednostki, mają pierwszeństwo przed zakazem używania konopi w prywatnych miejscach. (Dotyczy to konopi – do tej pory nie widzimy podobnego trendu w przypadku bardziej niebezpiecznych narkotyków).

W miarę, jak państwa dostosowują swoje polityki narkotykowe do wytycznych europejskich, proszą nas o pomoc w monitorowaniu wyników. Pomagamy im w opracowywaniu wspólnych wskaźników, aby lepiej zrozumieć efekty zmian w polityce, zważywszy na to, że zmiany w sytuacji związanej z narkotykami mogą być spowodowane przez wiele czynników niezwiązanych z prawem krajowym.

Aby wspierać świadome kształtowanie polityki, zleciliśmy przygotowanie raportu, a obecnie finalizujemy jego aktualizację, która podsumowuje badania dotyczące wyników legalizacji konopi w obu Amerykach od 2012 roku. To pomaga krajom UE zrozumieć złożoność sytuacji związanej z narkotykami na świecie i przełożyć to na wdrażanie polityk krajowych. Jesteśmy także świadomi różnic w podejściu między Ameryką Północną a Europą, takich jak priorytet dla wolnego rynku i zysków w porównaniu z priorytetem dla zdrowia publicznego dzięki silnej regulacji państwowej dystrybucji.

Obserwujemy, co dzieje się między stanami USA i Kanady, które zezwalają/zakazują sprzedaży konopi, co może pomóc w relacjach między państwami członkowskimi UE, które zezwalają/zakazują sprzedaży konopi. Te badania pozwalają nam przewidzieć problemy, które mogą pojawić się w Europie i czerpać naukę z doświadczeń amerykańskich i europejskich.

**– Dziękuję za rozmowę.**

## Przypisy

- <sup>1</sup> EUDA – 2 lipca 2024 r. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oficjalnie zmieniło nazwę na Agencję Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA).
- <sup>2</sup> Jest to wartość minimalna, ponieważ niektóre kraje zgłaszają brak pełnych danych.
- <sup>3</sup> [https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db491.htm#section\\_1](https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db491.htm#section_1)
- <sup>4</sup> Funkcję Reitox National Focal Pointa pełni w Polsce Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU.
- <sup>5</sup> KCPU jest członkiem grupy roboczej, która przygotowuje dokument dotyczący „Sojuszu Reitox”.
- <sup>6</sup> W Polsce szkolenia EUPC Europejskiego Programu Profilaktyki organizowane są przez KCPU we współpracy z Ekspertami Wojewódzkimi/Urzędami Marszałkowskimi. Osoby zainteresowane tematyką odsyłam do wcześniejszego wywiadu w SIU, zamieszczonego pod linkiem <https://siu.praesterno.pl/arttykul/822>

*Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>1</sup> (dalej: upn) penalizuje przede wszystkim wiele zachowań związanych z posiadaniem i obrotem środkami odurzającymi<sup>2</sup> lub substancjami psychotropowymi<sup>3</sup>. Oprócz tego w ustawie przewidziano odpowiedzialność prawną za posiadanie nowych substancji psychoaktywnych, o czym będzie mowa w niniejszym artykule. Wydaje się, że pojawienie się tego rodzaju substancji miało istotne konsekwencje społeczne.*

# ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA ZA POSIADANIE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Katarzyna Syroka-Marczewska  
Prawniczka

## Uwagi ogólne

Zmieniająca się rzeczywistość sprawia, że do obrotu wprowadzane są coraz to nowe substancje, które są kwalifikowane jako środki odurzające, substancje psychotropowe lub substancje o podobnym działaniu. Część tych substancji funkcjonuje w świadomości społecznej pod zbiorczym określeniem jako „dopalacze”. Warto zwrócić uwagę, że w wyniku prac nad tą materią już w 2015 roku przyjęto wiele nowych rozwiązań, które wprowadziła Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw<sup>4</sup>. Najważniejsze z wprowadzonych w 2015 roku rozwiązań to: usprawnienie procedury wycofywania z obrotu niebezpiecznych dla życia i zdrowia substancji, umożliwienie organom służby celnej egzekwowania zakazu ich przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, objęcie kontrolą ustawową 114 nowych substancji, które oferowane były w sklepach z „dopalaczami” oraz powołanie Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych (dalej: Zespół)<sup>5</sup>. Zespół na bieżąco prowadzi prace w sprawach oceny potencjalnych zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi oraz możliwości powodowania szkód społecznych, wynikających z używania substancji, co do których istnieje podejrzenie, że działają na ośrodkowy układ nerwowy<sup>6</sup>. Ponadto na podstawie wyników pracy ekspertów z różnych dziedzin nauki, będących członkami Zespołu, minister właściwy do spraw zdrowia m.in. podejmuje decyzje w sprawie umieszczenia wskazanej substancji w wykazie nowych

substancji psychoaktywnych albo w wykazie środków odurzających, albo w wykazie substancji psychotropowych. Dla przykładu warto wskazać, że 13 czerwca 2024 roku Zespół podjął uchwałę, w której rekomenduje umieszczenie substancji MDMB-5Br-INACA((2S)-2-[(5-bromo-1Hindazololo-3-karbynylo)amino]-3,3-dimetylobutanian metylu) w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych<sup>7</sup>, jako nową substancję psychoaktywną. Oceny i rekomendacje Zespołu minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości na swojej stronie internetowej.

W wyniku nowelizacji przyjętej 1 lipca 2015 roku stosowane są dwie definicje na określenia „dopalaczy” – środka zastępczego oraz **nowej substancji psychoaktywnej**. Definicje te zostały następnie zmodyfikowane w Ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>8</sup>. W świetle definicji ustawowej środek zastępczy jest produktem zawierającym substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych (do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów). Natomiast przez **nową substancję psychoaktywną** rozumie się każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu



działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3 upn, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 upn. Obecny wykaz nowych substancji psychoaktywnych zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych zawiera 53 substancje<sup>9</sup>. Zmiany prawne, o których mowa powyżej, okazały się niewystarczające. Przepisy obowiązujące od 2015 roku nie przewidywały odpowiedzialności karnej za posiadanie nowych substancji psychoaktywnych. Tymczasem, z uwagi na rozpowszechnienie oraz dostępność tzw. dopalaczy, jak również liczbę zatruć, która utrzymywała się na poziomie ok. 300 miesięcznie, przeniesienie sprzedaży tych substancji do formy nieoficjalnej, konieczne było przyjęcie nowego podejścia do tego zjawiska<sup>10</sup>. Dynamiczny rozwój wprowadzania do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych sprawił, że dotychczasowe przepisy, które kwestię odpowiedzialności za czyny zabronione w zakresie wytwarzania i wprowadzania do obrotu tych substancji sytuowały na poziomie administracyjnym, nie spełniały założonego celu. Mając na uwadze określoność wykazu nowych substancji psychoaktywnych, jak również prace Zespołu, w ramach którego oceniono 42 substancje, uznano, że właściwe jest, aby nowe substancje psychoaktywne traktować analogicznie do środków odurzających i substancji psychotropowych. Jak czytamy w uzasadnieniu rządowego projektu o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>11</sup>, uznano, że czyny zabronione względem tych substancji powinny wiązać się z zastosowaniem odpowiedzialności karnej. Zaproponowane w projekcie ustawy zmiany miały na celu objęcie nowych substancji psychoaktywnych kontrolą analogiczną jak środki odurzające i substancje psychotropowe. **Nowe przepisy miały przede wszystkim na celu zmniejszenie liczby przypadków zatruć tzw. dopalaczami, lepsze wykorzystanie metod operacyjnych i innych stosowanych w zwalczaniu przestępczości**

**zorganizowanej, ograniczenie handlu „dopalaczami” oraz poprawę ścigania i karania sprawców przestępstw narkotykowych.**

## Regulacja art. 62b

Przepis art. 62b upn został dodany do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w wyniku nowelizacji dokonanej Ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>12</sup>, która weszła w życie 21 sierpnia 2018 roku.

Zgodnie z treścią art. 62b ust. 1 ustawy kto, wbrew przepisom ustawy, posiada nowe substancje psychoaktywne, podlega grzywnie. Stosownie do treści art. 62b ust. 2 ustawy, jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość nowych substancji psychoaktywnych, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Przepis art. 62b ust. 3 ustawy stanowi natomiast, że jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest nowa substancja psychoaktywna w ilości nieznaczej, przeznaczonej na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Wskazać należy, że posiadanie nowych substancji psychoaktywnych jest przestępstwem **powszechnym**, co oznacza, że odpowiedzialność za jego popełnienie może ponosić każdy człowiek zdolny do ponoszenia odpowiedzialności karnej, a więc osoba, która ukończyła 17 lat i która jest zdolna rozpoznać znaczenie swoich czynów i pokierować swoim postępowaniem. Warto w tym miejscu wskazać, że okolicznością wyłączającą winę (oznacza to, że następuje wyłączenie odpowiedzialności karnej) jest niepoczytalność, o której mowa w art. 31 § 1 k.k.<sup>13</sup>, oraz poczytalność ograniczona, o której mowa w art. 31 § 2 k.k.<sup>14</sup>. Ponadto należy podkreślić, że zgodnie z treścią art. 31 § 3 k.k. nie dochodzi do wyłączenia winy sprawcy w sytuacji, gdy ten wprowadził się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć.

Przestępstwo z art. 62b upn może zostać popełnione jedynie **umyślnie**, tzn. z zamiarem bezpośrednim (spraw-



ca chce popełnić czyn zabroniony) lub ewentualnym (sprawca, przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego, godzi się na to)<sup>15</sup>.

Czynnością sprawczą przestępstwa, o którym mowa w art. 62 b upn, jest posiadanie nowej substancji psychotropowej. Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r. posiadaniem w rozumieniu art. 62 upn jest każde władanie takim środkiem lub substancją, a więc także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia<sup>16</sup>.

Zgodnie z treścią art. 4 ust. 11a upn pojęcie „nowa substancja psychoaktywna” oznacza każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 ustawy.

Podobnie jak w przypadku środków odurzających i substancji psychotropowych warunkiem koniecznym przypisania odpowiedzialności karnej jest posiadanie przez sprawcę nowej substancji psychoaktywnej w ilości pozwalającej na co najmniej jednorazowe użycie w celu osiągnięcia choćby potencjalnego efektu odurzenia lub innego charakterystycznego dla działania substancji. Posiadanie nowej substancji psychoaktywnej w takiej ilości, która tego warunku nie spełnia, nie stanowi czynu zabronionego. W praktyce ustalenie powyższej okoliczności może być problematyczne z uwagi na to, że omawiane substancje znajdują się na rynku stosunkowo krótko i często brak jest nie tylko dostępnej literatury fachowej, ale także wiarygodnych informacji pochodzących od użytkowników tych środków na temat sposobu ich dawkowania i osiągniętych efektów<sup>17</sup>.

Przepis art. 62b ust. 2 upn przewiduje surowszą odpowiedzialność w przypadku, gdy sprawca posiadał znaczną ilość nowych substancji psychoaktywnych. Warto podkreślić, że określenie „znaczna ilość” jest pojęciem niedookreślonym i tym samym pozwalającym na różne interpretacje. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie „znaczna ilość” stanowi kryterium obiektywne i jest mierzona ilością porcji konsumpcyjnych (różnych wagowo w zależności od rodzaju narkotyku, a konkretnie

jego mocy odurzającej), niezależnie od tego, czy środek odurzający lub substancja psychotropowa przeznaczone są do zaspokojenia własnych potrzeb sprawcy, czy też sprawca ma względem nich inne zamiary<sup>18</sup>. W świetle utrwalonego orzecznictwa za oczywiste jednak uchodzi, że znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych – w rozumieniu upn – jest to taka ilość, która mogłaby jednorazowo zaspokoić potrzeby co najmniej kilkudziesięciu osób uzależnionych (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 24 maja 2017 r., II AKa 93/17; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 18 października 2012 r., II AKa 224/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 2016 r., II AKa 247/15, LEX nr 2061769, wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 20 lutego 2008 r., II AKa 10/18; wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II AKa 413/11; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2009 r., I KZP 10/09, OSNKW 2009/10/84; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2011 r., IV KK 127/11). **Należy podkreślić, że uwagi te pozostają aktualne także w świetle odpowiedzialności karnej za czyn z art. 62b upn.**

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w praktyce ustalenie, ile osób mogłoby odurzyć się daną ilością środków odurzających lub substancji psychotropowych, następuje przede wszystkim na podstawie opinii biegłego z zakresu badań chemicznych. Mając na względzie współczesne możliwości laboratoriów i poziom wiedzy biegłych, opinia powinna nie tylko identyfikować rodzaj zabezpieczonej substancji, ale także wskazywać procentowy poziom zawartości substancji czynnej, jej minimalną ilość wystarczającą do wywołania efektu psychoaktywnego (dawka efektywna) oraz ilość, w jakiej dana substancja jest zwyczajowo zbywana konsumentom (dawka handlowa) czy zażywana (dawka konsumpcyjna)<sup>19</sup>.

## Kara i inne konsekwencje prawne

Czyn z art. 62b ust. 1 upn zagrożony jest wyłącznie karą grzywny<sup>20</sup>. Czyn z art. 62b ust. 2 upn zagrożony jest alternatywnie karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Zgodnie z treścią art. 70 ust. 2 upn w razie skazania za przestępstwo określone w art. 62b upn oraz w razie umorzenia lub warunkowego umorzenia postępowania karnego orzeka się przepadek środka odurzającego, substancji psychotropowej lub nowej substancji psy-

choaktywnej, nawet jeżeli nie były własnością sprawcy. Sąd, orzekając przepadek przedmiotów, może zarządzić ich zniszczenie. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół. Orzeczenie tego przypadku ma charakter obligatoryjny.

W razie skazania za przestępstwo określone w art. 62b upn sąd może orzec na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii nawiązkę w wysokości do 50 000 zł. Orzeczenie to ma charakter fakultatywny, co oznacza, że sąd może, ale nie musi orzekać tej nawiazki. Orzeczenie tej nawiazki nie może nastąpić, jeśli sprawca przestępstwa z art. 62b ust. 1 upn jest osobą uzależnioną (art. 70 ust. 5 upn).

Należy zauważyć, iż zgodnie z treścią art. 70 ust. 4a upn sąd orzeka obligatoryjnie świadczenie pieniężne, o którym mowa w art. 39 pkt 7 k.k., na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej w wysokości od 1000 do 60 000 zł. Dotyczy to jednak tylko skazania sprawcy za przestępstwo określone w art. 62b ust. 2 upn, a więc osoby, która posiadała znaczną ilość nowych substancji psychoaktywnych. W przypadku skazania za czyn art. 62b ust. 1 upn sąd nie nakłada na oskarżonego takiego świadczenia.

## Warunkowe umorzenie postępowania

W przypadku popełnienia przestępstwa z art. 62b ust. 1 lub 2 upn możliwe jest warunkowe umorzenie postępowania, o ile zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 66 k.k.

Zgodnie z treścią art. 66 k.k. sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy niekaranego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa. Warunkowego umorzenia nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Ponadto, zgodnie z treścią art. 67 k.k., warunkowe umorzenie następuje na okres próby, który wynosi od roku do 3 lat i biegnie od uprawomocnienia się orzeczenia. Umarzając warunkowo postępowanie karne, sąd może w okresie próby oddać sprawcę pod dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo

organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym. Umarzając warunkowo postępowanie karne, sąd nakłada na sprawcę obowiązek naprawienia szkody w całości albo w części, a w miarę możliwości również obowiązek zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, albo zamiast tych obowiązków orzeka nawiązkę. Dodatkowo sąd może nałożyć na sprawcę następujące obowiązki: a) informowanie sądu lub kuratora o przebiegu okresu próby, b) przeproszenie pokrzywdzonego, c) wykonywanie ciężącego na nim obowiązku łóżenia na utrzymanie innej osoby, d) powstrzymanie się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, e) poddanie się terapii uzależnień, f) poddanie się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, g) uczestnictwo w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, h) powstrzymanie się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób, i) opuszczenie lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym, j) zakaz prowadzenia pojazdów.

## Umorzenie postępowania

Na szczególną uwagę zasługuje rozwiązanie przyjęte w art. 62b ust. 3 upn. Zgodnie z treścią tego przepisu, jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62b ust. 1 upn, jest nowa substancja psychoaktywna w ilości nieznaczonej, przeznaczonej na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. Podobne rozwiązanie przewiduje przepis art. 62a upn.

W przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nie znajdziemy definicji określenia „nieznaczna ilość”. Ocenę, czy sprawca posiadał nieznaczną ilość zabronionych substancji każdorazowo pozostawiono organom ścigania. Przepis art. 62b ust. 1 upn może zostać zastosowany tylko wtedy, jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62b ust. 1 upn, są substancje w ilości nieznaczonej, przeznaczonej na użytek sprawcy.

Kryterium ilościowe pojęcia „nieznaczna ilość” winno być zawsze ocenione przez pryzmat ilości porcji, jakie mogą być przygotowane do bezpośredniego użycia. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Krakowie

nieznaczna ilość narkotyku to ilość niewielka, odpowiadająca doraźnym potrzebom uzależnionego, to jest odczuwanemu współcześnie głodowi narkotycznemu, jedna, dwie porcje, lecz nie ilość od tego większa, choćby zgromadzono ją w przewidywaniu przyszłych potrzeb<sup>21</sup>. W orzecznictwie wskazuje się, że udzielanie (w rozumieniu sprzedaży) środka w postaci marihuany odbywa się z reguły w porcjach 0,5 grama, zaś porcja do bezpośredniego użytku w tzw. fifice wynosi 0,1 grama<sup>22</sup>. W przypadku amfetaminy porcja ma zazwyczaj masę 0,1 grama<sup>23</sup>. Wydaje się, że uwagi te należy odnieść również do nowych substancji psychoaktywnych.

Jak już wspomniano, przesłankami stosowania art. 62b ust. 3 upn są okoliczności przedmiotowe, objęte przez dwa określenia: „**okoliczności popełnienia czynu**” oraz „**stopień jego społecznej szkodliwości**”. Elementami decydującymi o tym, że okoliczności popełnienia czynu uzasadniają umorzenie postępowania może być przede wszystkim brak wyraźnego zagrożenia dla dóbr prawnych osób trzecich. Inaczej mówiąc, można przyjąć, że na przykład przypadki posiadania nowych substancji psychoaktywnych w szkole czy innych instytucjach edukacyjnych, placówkach oświatowych, jednostkach wojskowych, w czasie imprez sportowych czy innych imprez masowych potencjalnie zawsze takie zagrożenie stwarzają. Dlatego w takich wypadkach stosowanie tego przepisu powinno być wyłączone.

## Spółeczna szkodliwość czynu

Spółeczna szkodliwość czynu jest pojęciem zdefiniowanym w art. 115 § 2 k.k. Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Tym, co może decydować o przyjęciu, że stopień społecznej szkodliwości czynu uzasadnia skorzystanie z przepisu art. 62b upn, może być przede wszystkim charakter posiadanego środka, tzn. jego szkodliwość. Podkreślić należy, że przepis art. 62b upn dotyczy tylko sytuacji, w których nie mamy do czynienia ze znikomym stopniem społecznej szkodliwości. W takiej sytuacji czyn nie stanowiłby bowiem w ogóle przestępstwa. Inaczej mówiąc, przepis ten ma zastosowanie w sytuacjach, gdy

stopień społecznej szkodliwości jest wyższy niż znikomy, ale nie przybiera takiego natężenia, które wykluczałoby przyjęcie, że wymierzenie sprawcy kary uznać można za niecelowe.

## Uwagi końcowe

Jak już wspomniano, ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie przepisów prawa, które przewidują odpowiedzialność karną za posiadanie nowych substancji psychoaktywnych. Należy jednak pamiętać, że kara albo jej brak jest każdorazowo uzależniona od okoliczności faktycznych danej sprawy.

## Przypisy

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2023 r., poz. 172 ze zm.

<sup>2</sup> Zgodnie z treścią art. 4 pkt 25 upn substancją psychotropową to substancje: a) objęte zakresem stosowania Konwencji Narodów Zjednoczonych o substancjach psychotropowych z 1971 r. (Dz.U. z 1976 r. poz. 180), b) wymienione w załączniku do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami (Dz.Urz. UE L 335 z 11.11.2004, str. 8, z późn. zm.<sup>3)</sup>), poddane środkom kontroli i sankcjom karnym takim samym jak substancje, o których mowa w lit. a, c) pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż określone w lit. a i b, ale o podobnej do nich budowie chemicznej lub działaniu, stwarzające zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3 upn, takie same zagrożenia dla zdrowia publicznego lub zagrożenia społeczne, jak zagrożenia stwarzane przez te substancje, d) inne niż wymienione w lit. a-c, które na podstawie przepisów ustawy obowiązujących przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. poz. 1490), były objęte wykazem substancji psychotropowych – określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 1 upn.

<sup>3</sup> Zgodnie z treścią art. 4 pkt 26 upn środek odurzający to substancje: a) objęte zakresem stosowania Jednolitej Konwencji Narodów Zjednoczonych o środkach odurzających z 1961 r. (Dz.U. z 1966 r. poz. 277) zmienionej protokołem z 1972 r. (Dz.U. z 1996 r. poz. 149), b) wymienione w załączniku do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami, poddane środkom kontroli i sankcjom karnym takim samym jak substancje, o których mowa w lit. a, c) pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, w formie czystej lub w formie preparatu, działające na ośrodkowy układ nerwowy, inne niż określone w lit. a i b, ale o podobnej do nich budowie chemicznej lub działaniu, stwarzające zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o której mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3, takie same zagrożenia dla zdrowia publicznego lub zagrożenia społeczne, jak zagrożenia stwarzane przez te substancje, d) inne niż wymienione w lit. a-c, które na podstawie przepisów ustawy obowiązujących przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej były objęte wykazem środków odurzających – określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 2 upn.



- <sup>4</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015, poz. 875.
- <sup>5</sup> Druk nr 2746 *Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* - <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2746> (dostęp: 16.07.2024).
- <sup>6</sup> <https://www.gov.pl/web/gis/zespol-ds-oceny-ryzyka-zagrozen-dla-zdrowia-lub-zycia-ludzi-zwiazanych-z-uzywaniem-nowych-substancji-psychoaktywnych> (dostęp: 16.07.2024).
- <sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, Dz.U.2022.1665 ze zm.
- <sup>8</sup> Dz.U. z 2018, poz. 1490.
- <sup>9</sup> Dz.U. z 2022, poz. 1665 ze zm.
- <sup>10</sup> Druk nr 2746 *Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – uzasadnienie*, <https://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2746> (dostęp: 16.07.2024).
- <sup>11</sup> Ibidem.
- <sup>12</sup> Dz.U. z 2018, poz. 1490.
- <sup>13</sup> Zgodnie z treścią art. 31 § 1 k.k. nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.
- <sup>14</sup> Zgodnie z treścią art. 31 § 2 k.k. jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.
- <sup>15</sup> Zgodnie z treścią art. 9 § 1 k.k. czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi.
- <sup>16</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, OSNKW 2011 nr 1, poz. 2, s. 16.
- <sup>17</sup> J. Karnat, B. Gadecki (red.), „Przepisy karne ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 53-74). Komentarz do art. 62b”, Legalis.
- <sup>18</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 sierpnia 2017 r., II AKA 168/17.
- <sup>19</sup> J. Karnat, B. Gadecki (red.), „Przepisy karne ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 53-74). Komentarz do art. 62b”, Legalis.
- <sup>20</sup> Stosownie do treści art. 33 § 1 k.k. grzywnę wymierza się w stawkach dziennych, określając liczbę stawek oraz wysokość jednej stawki; jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, najniższa liczba stawek wynosi 10, zaś najwyższa 540. Zgodnie zaś z treścią przepisu art. 33 § 3 k.k. ustalając stawkę dzienną, sąd bierze pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste, rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe; stawka dzienna nie może być niższa od 10 złotych, ani też przekraczać 2000 złotych.
- <sup>21</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 4 października 2000 r. sygn. akt II AKA 161/00, Legalis nr 49075.
- <sup>22</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 22 stycznia 2008 r., sygn. akt II AKA 300/07, Legalis nr 112211.
- <sup>23</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 października 2000 r., sygn. akt II AKA 124/00, Legalis nr 89076.

***Gdy kobiety dowiadują się, że są w ciąży, zazwyczaj zmieniają swój styl życia: zwracają uwagę na to, co jedzą i regularnie się odżywiają, starają się unikać stresu, więcej czasu poświęcają na odpoczynek fizyczny i psychiczny, analizują, co może zaszkodzić ich nienarodzonemu dziecku. Jednym z czynników, który może negatywnie wpłynąć na prawidłowy przebieg ciąży, jest alkohol.***

## NIEODWRACALNA ZMIANA

Aneta Zdunek  
Fundacja ETOH

Dość często o wpływie alkoholu na płód i skutkach, jakie może on wywołać w organizmie narodzonego dziecka, zaczynamy myśleć dopiero, gdy słyszymy w mediach o przypadkach kobiet trafiających na blok porodowy w stanie upojenia alkoholowego. – Pamiętam pacjentkę przywiezioną prosto z SOR-u, do którego zgłosiła się z bólami brzucha i wodobrzuszem. Kobieta od lat chorowała na alkoholową marskość wątroby i wodobrzusze pojawiało się u niej okresowo. Internista wysłał ją na USG jamy brzusznej, skąd została pilnie przekazana wprost na salę porodową, bo ból brzucha okazał się skurczami porodowymi, a wodobrzusze donoszoną ciążą. Pacjentka, mimo że nie było to jej pierwsze dziecko, nie miała pojęcia, że jest w ciąży – myślała, że znowu dostała wodobrzusza. Zapytana przeze mnie, czy piła alkohol w ciąży, zaprzeczyła. Dopiero, gdy zapytałam: „A piwo?”, odpowiedziała: „Ano piwo piłam, ale do czterech

dziennie” – mówi Agata Wieczorek, lekarz, specjalista z zakresu położnictwa i ginekologii ze Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku. Takie informacje bulwersują opinię publiczną, ale kwestia picia alkoholu przez kobiety w ciąży nie zawęży się tylko do kobiet mających poważne problemy z alkoholem, uzależnionych od niego i często pochodzących ze środowisk zmarginalizowanych i obciążonych wieloma problemami społecznymi.

### Badania, świadomość kobiet, postawa lekarzy

Dane, którymi dysponuje Światowa Organizacja Zdrowia, mówią, że 28,9% kobiet na świecie pije alkohol, w tym 5,7% sporadycznie upija się, natomiast 9,8% kobiet pije alkohol, będąc w ciąży. Na poziomie Unii Europejskiej dane są jeszcze bardziej niepokojące,



ponieważ aż 59,9% kobiet pije alkohol, w tym 12,6% upija się, a 2,9% pije go ryzykownie. Aż 25,2% Europejki sięga po alkohol w czasie ciąży<sup>1</sup>.

W badaniu „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce”, zrealizowanym na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2008 roku, 12% kobiet potwierdziło picie alkoholu w czasie ciąży (w tym samym badaniu z 2005 roku wskaźnik ten wynosił 16,5%). Z kolei w badaniach z lat 2010–2012 dotyczących kobiet ciężarnych A. Wojtyła podaje, że 15% kobiet piło alkohol przez cały okres ciąży.

Znacznie lepiej sytuacja wyglądała w badaniu „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”, zrealizowanym w 2017 roku przez Główny Inspektorat Sanitarny (pierwsza edycja odbyła się w 2013 roku): fakt spożywania alkoholu w czasie ciąży zadeklarowało ok. 5% kobiet, podczas gdy w edycji zrealizowanej cztery lata wcześniej wskaźnik ten był dwukrotnie wyższy. Wobec takich informacji należy zadać pytanie: Czy lekarze ginekolodzy rozmawiają z kobietami na temat szkodliwości spożywania alkoholu w trakcie ciąży? Wyniki badania GIS-u pokazują, że ponad połowa ankietowanych kobiet (53,31%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie omawiał z nimi problemu spożywania alkoholu przez ciężarne (w 2013 roku wskaźnik ten wynosił 56,48%), a 1,17% kobiet stwierdziło, że lekarz dopuszczał lub nawet zalecał picie małych dawek alkoholu podczas ciąży (w 2013 roku wskaźnik ten wynosił 1,4%). O tym, że lekarze nie podejmują tego być może niewygodnego i krępującego dla nich tematu, mówi doktor Agata Wieczorek: – Picie kobiet, a już szczególnie ciężarnych, to tabu. Wydaje mi się, że taka rozmowa jest tak samo trudna dla lekarzy, jak i dla pacjentek. Lekarz boi się o to zapytać pacjentkę, żeby jej nie urazić, a pacjentka obawia się, że lekarz mógłby posądzić ją o bycie alkoholiczką. Zdecydowanie brakuje otwartego dialogu między obiema stronami. Same kobiety także potwierdzają informacje o tym, że lekarze nie rozmawiali z nimi na temat picia przez nie alkoholu w okresie ciąży. – Nie pamiętam, aby jakkolwiek lekarz rozmawiał ze mną na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży. Zazwyczaj były to ogólne pytania dotyczące używek. Jednak moja odpowiedź, że nie palę papierosów i nie piję alkoholu najwyraźniej wystarczyła lekarzowi – stwierdza pani Monika, mama 10-letniej dziewczynki i 13-letniego chłopca. Wypowiedzi tej wtóruje pani Ewa, mama

8,5-letnich chłopców bliźniaków, która stwierdza krótko: – Nie przypominam sobie żadnej rozmowy z lekarzem na ten temat.

Jeśli brakuje rozmów między lekarzami ginekologami a kobietami spodziewającymi się dziecka, skąd przyszłe matki czerpią wiedzę na temat wpływu alkoholu na swoje nienarodzone dziecko? I znowu odwołam się do badań. Otóż na przełomie 2008 i 2009 roku Gdański Uniwersytet Medyczny przeprowadził badanie wśród 100 kobiet (przedział wiekowy 20-35 lat) w pierwszych dobach po porodzie. Ich celem było wstępne poznanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. W badanej grupie głównym źródłem wiedzy respondentek na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży był internet (46,5%), na drugim miejscu znalazła się telewizja (23,3%), na lekarza wskazało tylko 8,1% badanych, a na położną/pielęgniarkę – 7%. Wskaźniki te są niepokojące, ponieważ najbardziej wiarygodnym źródłem informacji powinien być personel medyczny.

Ten zamęt dotyczący wiedzy kobiet związanej z prenatalną ekspozycją na alkohol i mitów narosłych wokół alkoholu widać na forach internetowych dotyczących zdrowia kobiet, gdzie wiele wpisów związanych jest z piciem alkoholu przez kobiety w ciąży. Widać z nich, że część kobiet nie ma wystarczającej wiedzy na temat tego ryzykownego zachowania, powtarzając zasłyszane opinie związane z piciem alkoholu w ciąży (czasami przytaczane za lekarzami), odwołując się do przykładów zachowań znanych im osób czy zadając pytanie: czy istnieje bezpieczna ilość alkoholu w ciąży? Oto kilka takich przykładów:

- „Cięża to nie choroba i należy po prostu znać umiar. Jeśli kobieta w ciąży ma ochotę na piwo i wypije szklanekę piwa, to nie jest nic złego, ja w ciąży miałam wielką ochotę na piwo, lekarze również zalecają kieliszek czerwonego wina na poprawę krążenia, trzeba tylko znać umiar i wypić jedną lampkę, a nie butelkę”.
- „Ja, póki co, dziecka nie planuję, ale powiem tak: moja mama, będąc ze mną w ciąży, miała bardzo dużą ochotę na piwo, zdarzyło jej się wypić i urodziłam się całkiem zdrowa, 10 pkt w skali Apgar”.
- „Znam również inne kobiety, które zrobiły coś takiego i też było okej. Nie popieram picia alkoholu w czasie ciąży, ale wiem jedno: póki nie pijemy tak dużo, aby uzależnić siebie i dziecko, to nie powinno być problemu, pod warunkiem że lekarz na to zezwala,

a wiem, że wielu lekarzy powie, że lampka wina nigdy nie szkodzi”.

- „Fakt, ciąża to nie choroba, ale stan wyjątkowy, gdzie na alkohol nie ma miejsca. Myślę, że każda ciężarna chce dla rozwijającego się dziecka jak najlepiej. Mała lampka czerwonego wina czy szklanka karmu – co jakiś czas ujdzie, ale im mniej alkoholu w ciąży, tym lepiej”<sup>2</sup>.

## Niebezpieczne mity

– Pacjentki w przeważającej większości wiedzą, że alkohol szkodzi ich dziecku, ale w dalszym ciągu zdarzają się takie, które nie mają świadomości, czym konkretnie może skutkować picie w ciąży. Nieduży procent odstawia alkohol przed ciążą – niektóre pacjentki robią to dopiero wtedy, kiedy test ciążowy okaże się dodatni. Zdarza się, że z przerażeniem zwracają się wtedy do mnie o udzielenie informacji, czy ich dziecko na pewno urodzi się zdrowe, a ja niestety nie mogę im tego zagwarantować. W dalszym ciągu pokutują mity, że czerwone wino jest wskazane w niedokrwistości ciążowej (anemii) oraz hipotrofii płodu (to stan, w którym dziecko jest za małe w stosunku do wieku ciążowego). Znam lekarzy, którzy w tym celu zalecali swoim pacjentkom picie jednej lampki czerwonego wina dziennie. Zdarzało mi się słyszeć od ciężarnych, że w ciąży nie można rezygnować z nałogów, bo to szkodzi dziecku bardziej niż sama używka. Są kobiety, które przyznają się, że piją alkohol w ciąży, bo znają kogoś, kto także pił w ciąży i urodziło mu się zdrowe dziecko. Takie stereotypy to chyba najlepszy dowód na to, że jeszcze ciągle za mało wiemy jako społeczeństwo o skutkach spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, nie doceniamy ryzyka dla dziecka związanego z narażeniem go na działanie alkoholu w okresie prenatalnym i zdecydowanie za mało wiemy o FASD – twierdzi doktor Agata Wieczorek.

Inne mity, które wiążą się z problemem picia alkoholu przez kobiety w ciąży, a z którymi można się zetknąć w przestrzeni publicznej, to:

1. *Napoje alkoholowe można zamienić w ciąży na piwo bezalkoholowe.*  
Przymiotnik „bezalkoholowe” jest bardzo mylący, gdyż nawet napoje reklamowane jako takie, mogą zawierać do ok. 0,5% alkoholu. Art. 46 ust. 1 usta-

wy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi mówi, że „napojem alkoholowym w rozumieniu niniejszej ustawy jest produkt przeznaczony do spożycia, zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu”. Napojami alkoholowymi nie są zatem napoje o stężeniu mniejszym niż 0,5% alkoholu i producenci korzystają z tego, aby nazywać je np. piwem bezalkoholowym. Lekarze i naukowcy twierdzą, że w ciąży nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Dlatego picie „piwa bezalkoholowego” nie jest bezpieczne dla rozwijającego się płodu, mimo że przyszła matka może nie odczuwać alkoholu zawartego w tego rodzaju napoju.

2. *Picie alkoholu jest niebezpieczne tylko w pierwszym trymestrze ciąży.*

Spożywanie alkoholu jest niebezpieczne na każdym etapie ciąży, chociażby z tego powodu, że przez całą ciążę rozwija się ośrodkowy układ nerwowy. Pierwszy trymestr jest istotny m.in. z tego powodu, że wówczas dochodzi do organogenezy, czyli procesu tworzenia się narządów wewnętrznych. Może również dojść do obumarcia zarodka i poronienia. Co ważne, wiele kobiet w tym czasie nie wie jeszcze, że jest w ciąży i ich nieświadoma decyzja o wypiciu alkoholu może wpłynąć na rozwijający się płód. Z kolei picie alkoholu w drugim trymestrze może skutkować poronieniem oraz uszkodzeniami tkanki mięśniowej, skóry, gruczołów i kości; narażenie płodu na ekspozycję na alkohol w trzecim trymestrze może być przyczyną zahamowania wzrostu płodu, przedwczesnego porodu, patologii łożyska, może również dojść do niedorozwoju płuc.

3. *Dzieci z FASD są zwykle upośledzone.*

Większość dzieci z tej grupy może mieć iloraz inteligencji w normie, nie oznacza to jednak, że dobrze funkcjonują one w szkole i środowisku. Doznane w okresie prenatalnym uszkodzenia mózgu uniemożliwiają im to, powodując np. zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją, trudności w pisaniu, liczeniu i czytaniu.

4. *FASD można wyleczyć.*

FASD nie można wyleczyć, ale można mu w stu procentach zapobiec, zachowując abstynencję podczas całej ciąży. Niestety, ze skutkami ekspozycji w okresie prenatalnym na działanie alkoholu dziecko będzie się borykało przez całe życie.

## Konsekwencje spożywania alkoholu w ciąży

Niektóre kobiety sądzą, że łożysko jest skuteczną barierą, która nie pozwala przedostawać się szkodliwym substancjom do krwi płodu. W przypadku alkoholu tak nie jest. Jest to jeden z mitów, z którym należy walczyć. Badania udowodniły, że cząsteczki alkoholu bez przeszkód przedostają się przez łożysko i docierają bezpośrednio do dziecka, zaburzając jego prawidłowy rozwój. Możemy więc powiedzieć, że kiedy matka pije alkohol, dziecko pije razem z nią. Już po około godzinie stężenie alkoholu we krwi płodu jest równe jego stężeniu we krwi matki. Trzeba jednak mieć świadomość, że usuwanie alkoholu trwa u dziecka dwa razy dłużej niż u matki z powodu niedojrzałości enzymatycznej wątroby. Alkohol może również doprowadzić do skurczu naczyń pępowinowych, a w konsekwencji tego spowodować zaburzenia przepływu tlenu i składników odżywczych do płodu. Zwiększa to ryzyko jego niedotlenienia i niedożywienia. Spożywając alkohol, kobieta może doprowadzić do poronienia lub przedwczesnego porodu.

Prenatalne skutki działania alkoholu na płód są m.in. związane z ilością i częstotliwością wypijanego przez kobietę w ciąży alkoholu, etapem ciąży w momencie ekspozycji na alkohol i czynnikami biologicznymi właściwymi dla przyszłej matki. Współcześni badacze twierdzą, że najbardziej niebezpieczne podczas ciąży są dwa style picia: gdy kobieta jednorazowo wypija dużo alkoholu lub gdy wypija niewielkie ilości, ale robi to często. Ponieważ nie da się ustalić bezpiecznej dawki alkoholu w ciąży, specjaliści zdecydowanie zalecają abstynencję w tym okresie – każdy rodzaj alkoholu i każda jego ilość może być groźna dla rozwijającego się płodu. Bez znaczenia jest także, jaki alkohol wypija kobieta, ponieważ alkohol zawarty w winie, piwie, nalewkach, wódce czy w innych napojach alkoholowych jest taki sam i działa tak samo szkodliwie. Nawet jedna porcja alkoholu (np. kieliszek wina, szklanka piwa) spożyta w kluczowym momencie<sup>3</sup> rozwoju płodu, może skutkować jego nieodwracalnymi uszkodzeniami. Stąd Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca abstynencję w okresie planowania ciąży, przez całą ciążę oraz w czasie karmienia dziecka piersią. Jakie więc picie alkoholu przez kobiety w ciąży stwarza ryzyko dla narodzonego dziecka? Zakres różnych zaburzeń, które mogą powstać w wyniku narażenia

dziecka na działanie alkoholu w okresie prenatalnym, jest szeroki. Wspólnym określeniem dla tych zaburzeń rozwojowych jest FASD – spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Jest to tzw. pojęcie parasolowe, w skład którego wchodzi takie jednostki, jak: zaburzenia neurorozwojowe spowodowane alkoholem (ARND), wady wrodzone związane z alkoholem (ARBD), częściowy płodowy zespół alkoholowy (pFAS) i pełnoobjawowy płodowy zespół alkoholowy (FAS) – najpoważniejsze ze spektrum zaburzeń wywołanych działaniem alkoholu na płód. To ostatnie zaburzenie obejmuje zespół trzech współwystępujących objawów: uszkodzenie mózgu, obniżona waga i wzrost dziecka oraz dysmorfie, czyli charakterystyczne cechy twarzy (m.in. zmniejszona czerwien wargowa górna, skrócone szpary powiekowe, spłycona rynienka podnosowa). Należy pamiętać, że nie wszystkie dzieci narażone w okresie ciąży na działanie alkoholu będą miały charakterystyczne wady fizyczne, które będą skłaniały do postawienia diagnozy FAS. Uszkodzenia mózgu spowodowane alkoholem mogą się ujawniać dopiero w kolejnych etapach rozwoju, np. gdy dziecko pójdzie do szkoły może przejawiać większe niż rówieśnicy trudności w:

- pisaniu, czytaniu i liczeniu,
- zapamiętywaniu,
- koncentracji i zachowaniu ciągłości uwagi,
- rozumieniu pojęć abstrakcyjnych,
- nawiązywaniu relacji z rówieśnikami i dorosłymi,
- przestrzeganiu norm społecznych,
- sferze emocjonalnej, w tym często nadpobudliwość.

Dlatego dzieciom z zaburzeniami FASD często stawia się inne diagnozy, np. ADHD, a nauczyciele przyklejają im łatki niegrzecznych, leniwych, nie wiedząc, że problemy te mogą mieć związek z piciem alkoholu przez ich matki w okresie ciąży. Wczesna, prawidłowa diagnoza tych dzieci, postawiona przed 5. rokiem życia przez zespół kompetentnych specjalistów, jest dla nich szansą na otrzymanie właściwej pomocy medycznej i terapeutycznej. Dzięki temu ich rozwój emocjonalny, intelektualny i społeczny w okresie dorastania i później będzie przebiegał znacznie lepiej.

Najbardziej powszechnym skutkiem picia w czasie ciąży jest uszkodzenie mózgu nienarodzonego dziecka. Alkohol może doprowadzić do jego nieodwracalnych zmian strukturalnych i funkcjonalnych. Części mózgu, które są najbardziej narażone na działanie alkoholu, to:



- ciało modzelowate – przekazuje informacje pomiędzy prawą i lewą półkulą; zaburzenia jego funkcjonowania wiążą się z deficytami uwagi, problemami z koncentracją, problemami z pisaniem i czytaniem, funkcjonowaniem intelektualnym, problemami z pamięcią werbalną, problemami z funkcjami wykonawczymi, problemami z funkcjonowaniem psychospołecznym,
- mózdzek – odpowiada za funkcje motoryczne (np. chodzenie, skakanie) i równowagę, bierze udział także w procesach poznawczych; zaburzenia funkcjonowania mózdzku przekładają się na problemy w nauce (przyswajanie wiedzy), jak również problemy z równowagą i koordynacją,
- jądra podstawne – odpowiadają za motorykę, procesy poznawcze, w tym za zdolności przyswajania wiedzy i funkcje wykonawcze (zdolność przełączania się z zadania na zadanie, hamowania nieestosownych zachowań, pamięć przestrzenną), uszkodzenia jąder podstawnych przejawiają się m.in. w problemach w nauce, kontrolowaniu impulsów,
- hipokamp – ma wpływ na procesy uczenia się i pamięci; ekspozycja hipokampu na działanie alkoholu w okresie płodowym może prowadzić do problemów w nauce i niepowodzeń szkolnych,
- płaty czołowe – odpowiadają za funkcje wykonawcze, kontrolę impulsów, osąd, empatię; zmiany w płatach czołowych wiążą się z problemami w uczeniu się, koncentracją uwagi, problemami w myśleniu, wnioskowaniu, przewidywaniu konsekwencji, zaburzeniami językowymi i emocjonalnymi.

## Szacunki, badania

Częstość występowania FASD na świecie jest szacowana na 22,77 na 1000 osób. Wartość ta nie pochodzi z badań populacyjnych, a została wyliczona na podstawie dostępnych danych. W Stanach Zjednoczonych szacunek ten wynosi 11,3-50,0 na 1000 osób. Jeśli badania w poszczególnych krajach są wykonywane, to trudno je porównywać ze sobą ze względu na zróżnicowaną metodologię. Takie badania wykonano we Włoszech. Występowanie FAS określono w nich na 8,20 na 1000 osób, całościowo FASD na 47,13/1000 osób. W Chorwacji wskaźnik występowania FAS określono na 16,99/1000 osób<sup>4</sup>. Szacuje się, że FASD jest w Europie najbardziej rozpowszechnionym niegenetycznym schorzeniem

neurorozwojowym, dotyczącym ok. 1% wszystkich urodzeń.

W latach 2012–2014 roku po raz pierwszy podjęto próbę określenia rozpowszechnienia FASD w Polsce. W projekcie ALICJA (Alkohol i ciąża – jak pomóc dziecku), zrealizowanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, skupiono się na przebadaniu grupy 7-9-latków. Wyniki tego badania pokazały, że FASD występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w tej grupie wiekowej, a pełnoobjawowy FAS nie rzadziej niż u 4 na 1000 dzieci. Biorąc pod uwagę te wyniki, można szacować, że co roku w Polsce rodzi się 7-8 tys. dzieci z FASD. Te dane skłaniają do refleksji, a jeśli weźmiemy jeszcze pod uwagę, że w Polsce rodzi się znacznie więcej dzieci z FASD niż z zespołem Downa, to problem spożywania przez kobiety w wieku rozrodczym alkoholu – nabiera innego znaczenia. Dlatego każda kobieta w ciąży powinna pamiętać, że zachowując w tym okresie abstynencję, może ochronić swoje dziecko przed wieloma niebezpiecznymi konsekwencjami zdrowotnymi. A jej najbliższe otoczenie powinno ją wspierać w takim zachowaniu.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Dane pochodzą z: M. Borkowska, „Zjawisko picia alkoholu w ciąży – globalnie i w Polsce”, <https://ginekologiawpolsce.pl/zjawisko-picia-alkoholu-ciazy-globalnie-polsce/> (dostęp: 28.08.2024).
- <sup>2</sup> Przytoczone wpisy pochodzą ze strony <https://www.netkobiety.pl/t33966.html> (pobrano 28.08.2024).
- <sup>3</sup> Określenie kluczowy moment jest cechą bardzo indywidualną, może to być np. moment tworzenia się danego organu lub dojrzewania jego funkcji.
- <sup>4</sup> Dane pochodzą z: „FASD. Podręcznik dla pracowników oświaty” (red.), K.A. Dyląg, M. Klecka, I. Palicka, s. 22, <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/02/FASD-%E2%80%93-podręcznik-dla-pracowników-oświaty.-Red.-dr-n-med.-K.-Dyląg-dr-n-med.-M.-Klecka-dr-n-o-zdr.-I.-Palicka.pdf> (dostęp: 28.08.2024).

## Bibliografia

- Jadczak-Szumilo T., Kałamajska-Liszcz K., Liszcz K., „Jak wspomagać dziecko z FASD w edukacji”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2018.
- Okulicz-Kozaryn K., Stanisławska A., Opuchlik K., Borkowska M., „Zapobieganie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Wczesne rozpoznanie ryzyka i krótka interwencja lekarska”, PARPA, Warszawa 2017.
- Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Diatczyk J., Fronczak A., Paprzycki P., „Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among mothers and newborns (2010-2012)”, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2012; 19(3): 365-377. [www.ciazabezalkoholu.pl](http://www.ciazabezalkoholu.pl)



*Świat nauki podkreśla, że każda ilość alkoholu wypitego przez kobietę w czasie ciąży stanowi ryzyko dla prawidłowego rozwoju dziecka. Nie trzeba pić ryzykownie czy szkodliwie, by powodować zagrożenie dla zdrowego rozwoju płodu. Wiele kobiet nieuzależnionych od alkoholu rodzi dzieci z deficytami wynikającymi z płodowej ekspozycji na alkohol. Fakt ten jest wynikiem braku wiedzy o teratogennym działaniu alkoholu na płód.*

## MITY I FAKTY NA TEMAT ALKOHOLU I CIĄŻY A SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH

Magdalena Borkowska  
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Jak słusznie zauważają specjaliści, profilaktyka FASD powinna mieć miejsce jeszcze na etapie przedkoncepcyjnym. Oznacza to, że przed zajściem w ciążę kobieta powinna świadomie przygotować się do tego, aby zapewnić dziecku jak najlepsze środowisko rozwoju. Warto podkreślić, że opiekę okołokoncepcyjną może sprawować położna i/lub lekarz ginekolog, a także w zależności od potrzeb lekarze innych specjalności, w tym lekarz dentyista, dietetyk, również fizjoterapeuta, psycholog lub psychoterapeuta. Tak szerokie spektrum specjalności wskazuje, że każdy z obszarów funkcjonowania przyszłej mamy ma znaczenie i może wpływać na rozwój dziecka. Opieka przedkoncepcyjna to również szansa przyjrzenia się stylowi życia, jaki prowadzi przyszła mama, jej mniej bądź bardziej zdrowym nawykom i przekonaniom. Etap przedkoncepcyjny umożliwia specjalistom podjęcie działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Jednym z czynników mających wpływ na rozwój dziecka w życiu płodowym jest alkohol etylowy. Alkohol jako teratogen przenika przez łożysko, dostając się bezpośrednio do płodu. Efektem jego działania może być między innymi poronienie, przedwczesny poród czy spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) u dziecka. FASD uważa się za pojęcie „parasol”, pod którym mieści się szerokie spektrum zaburzeń i deficytów wywołanych działaniem alkoholu etylowego na płód. Wśród nich wymienić należy: uszkodzenia OUN (ośrodkowego układu nerwowego), prenatalne bądź postnatalne zaburzenia wzrastania, wrodzone anomalie rozwojowe, charakterystyczne dysmorfie twarzy czy deficyty: poznawcze, behawioralne, społeczne (adaptacyjne) i emocjonalne.

Jak wskazują badania, zachowania i postawy wobec spożywania alkoholu w ciąży są często wypadkową wielu czynników. Bywa, iż mimo posiadanej wiedzy, kobiety nie zmieniają swojego stylu życia, w tym faktu spożywania alkoholu, do momentu potwierdzenia ciąży. Również partnerzy, rodziny i przyjaciele kobiet mają znaczący wpływ na ich decyzje dotyczące picia lub abstynencji w czasie ciąży. Ponadto podmioty świadczące opiekę zdrowotną, jak również Internet, stanowią dla kobiet ważne źródła informacji prozdrowotnych, dlatego też tak istotna jest wiedza specjalistów i wiarygodne informacje w mediach.

Poniższe przykłady obrazują życiowe sytuacje i przekonania związane ze spożywaniem alkoholu przez kobietę wraz z profilaktyczno-edukacyjnym odniesieniem. Niech staną się one dla czytelnika zarówno źródłem wiedzy, jak i zachęcą do działań profilaktycznych w zakresie *cięży bez alkoholu*.

### ► **Mój lekarz powiedział, że spokojnie można wypić jedną bądź dwie lampki wina w ciąży**

Twój lekarz może nie wiedzieć o negatywnym wpływie alkoholu na prawidłowy rozwój dziecka bądź czuć się niekomfortowo w rozmowie dotyczącej wpływu alkoholu na zarodek czy płód. Niestety, wielu lekarzy nie posiada wiedzy z zakresu teratogennego działania alkoholu na płód. Ponadto niektórzy lekarze mogą czuć się niezręcznie w rozmowie z kobietą, która nie jest skłonna do abstynencji w ciąży, dlatego też mogą aprobować małe ilości wina w ciąży. Postawa ta jest niezgodna z rekomendacjami i naukowymi doniesieniami o teratogennym działaniu

alkoholu. Rozwijające się w łonie matki dziecko nie posiada umiejętności metabolizmu alkoholu etylowego przez wątrobę czy inne narządy. Alkohol przedostaje się do organizmu dziecka, a jego stężenie jest takie samo jak we krwi matki.

► **Moje znajome i kobiety w mojej rodzinie piły nieznaczne ilości alkoholu w ciąży i ich dzieci są zdrowe**

Każda ciąża jest inna. Nie każda ciężarna, która pije alkohol w ciąży, urodzi dziecko, które będzie przejawiać problemy z zakresu FASD na poszczególnych etapach życia (w okresie noworodkowym, dojrzewania czy dorosłości), tak samo jak nie każdy palacz będzie miał raka płuc. Natomiast niepodważalny jest fakt toksycznego działania alkoholu na rozwijające się w łonie matki dziecko. Po co więc ryzykować?

W niektórych przypadkach uszkodzenia i deficyty rozwojowe, będące efektem płodowej ekspozycji na alkohol, takie jak problemy z nauką i zachowaniem, mogą uwidaczniać się dopiero w wieku szkolnym bądź nawet później. W wielu przypadkach istniejących problemów i deficytów nie wiąże się ich z prenatalną ekspozycją na alkohol, co pociąga za sobą błędne diagnozy i opóźnioną w czasie adekwatną pomoc. Jak stwierdza dr Susan Astley: „Dzieci po prenatalnej ekspozycji na alkohol często wyglądają zbudnie dobrze/normalnie/zdrowo w okresie przed edukacją szkolną. Całościowy wpływ teratogenicznego działania alkoholu w życiu płodowym widoczny będzie dopiero w okresie dojrzewania”.

► **Jedna lampka wina nie ma wpływu na rozwój dziecka**

Każda ilość alkoholu spożyta przez ciężarną dociera do rozwijającego się dziecka, nawet jeśli jest to niewielka dawka. Nie ma takiej ilości alkoholu, która nie przekroczyłaby bariery łożyska – każda ilość dociera do rozwijającego się dziecka.

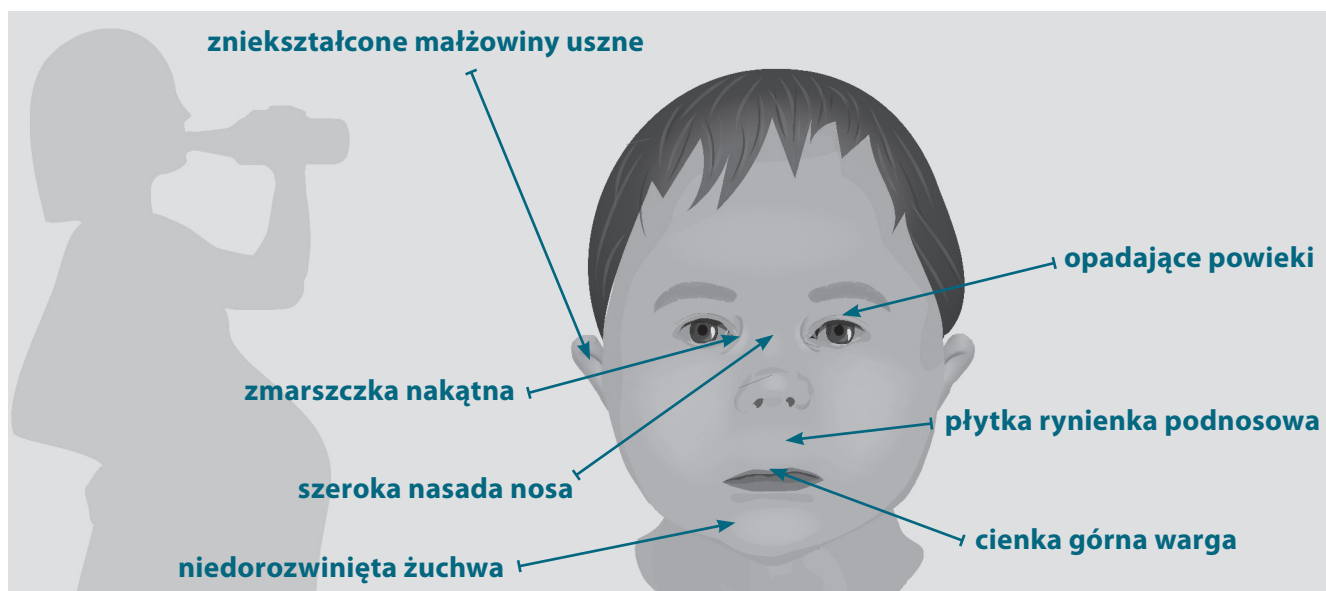
► **Picie alkoholu w ciąży jest bezpieczniejsze niż zażywanie kokainy czy heroiny**

Napoje alkoholowe, a wśród nich wino i piwo, powodują zdecydowanie większe i poważniejsze deficyty niż jakiegokolwiek inne substancje teratogenne. Zgodnie ze stanowiskiem IOM (Instytut Medycyny, USA): „Ze wszystkich substancji uzależniających (kokaina, heroina, marihuana), alkohol powoduje najpoważniejsze uszkodzenia neurobehawioralne płodu”. Każdy rodzaj alkoholu (np. wódka, piwo, wino, whisky), jak również inne substancje psychoaktywne zażywane w czasie ciąży, wiąże się z ryzykiem uszkodzenia płodu.

► **Trzeba być osobą uzależnioną od alkoholu, by urodzić dziecko z FASD**

Świat nauki podkreśla, że każda ilość alkoholu wypitego przez kobietę w czasie ciąży stanowi ryzyko dla prawidłowego rozwoju dziecka. Nie trzeba pić ryzykownie czy szkodliwie, by powodować zagrożenie dla zdrowego rozwoju płodu. Wiele kobiet nieuzależnionych od alkoholu rodzi dzieci z deficytami wynikającymi z płodowej

Wykres 1. Objawy płodowego zespołu alkoholowego (FAS).



ekspozycji na alkohol. Fakt ten jest wynikiem braku wiedzy o teratogennym działaniu alkoholu na płód.

Picie alkoholu w czasie ciąży może powodować u płodu zaburzenia ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD), w tym płodowy zespół alkoholowy (FAS). FAS cechują charakterystyczne rysy twarzy, niedobory wzrostu i deficyty w zakresie funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Ponadto FAS wiąże się z problemami w przyswajaniu wiedzy, deficytami: pamięci, koncentracji oraz uwagi, problemami z komunikacją, zaburzeniami zmysłów wzroku i/lub słuchu. FASD i FAS można w 100% zapobiec dzięki zachowaniu abstynencji w czasie ciąży.

► **Alkohol przyczynia się tylko do zmian fizycznych. Jeśli dziecko wygląda normalnie – to musi być zdrowe**

Zdecydowana większość dzieci (ponad 85%) ekspozowanych na działanie alkoholu w życiu płodowym, nie ma wrodzonych wad fizycznych tylko deficyty poznawcze i/lub problemy z zachowaniem. Spektrum zaburzeń wywołanych alkoholem jest bardzo szerokie, dlatego też większość deficytów poznawczych czy problemów z zachowaniem rzadko jest diagnozowana jako pochodna działania alkoholu w życiu płodowym.

► **Czy picie alkoholu po pierwszym trymestrze jest bezpieczne?**

Nie! Alkohol wpływa bezpośrednio na rozwój mózgu dziecka. Mózg rozwija się przez całą ciążę, co oznacza, że spożywanie alkoholu w każdym trymestrze zwiększa ryzyko wystąpienia jego uszkodzeń. Co więcej, nie ma okresu w czasie ciąży, który w pełni byłby bezpiecznym czasem na spożywanie napojów alkoholowych. Badania naukowe wskazują na zwiększone ryzyko wystąpienia małego obwodu (wielkości) głowy dziecka, jeśli spożywanie napojów alkoholowych przez matkę nastąpiło w 2 i 3 trymestrze ciąży.

► **Czy dziecko może urodzić się z symptomami głodu alkoholowego?**

Może. Dzieje się tak w przypadku, kiedy matka spożywała alkohol w ciąży oraz sięgnęła po niego na krótko przed porodem. Wśród symptomów głodu alkoholowego u noworodków występują drżenia, zwiększone napięcie mięśniowe, niepokój i częsty płacz.

► **Czy w czasie karmienia piersią można sięgać po napoje alkoholowe?**

Alkohol spożywany przez matkę przedostaje się do jej mleka, a jego stężenie jest zbliżone do tego, jakie jest we krwi matki. Tylko czas wpływa na spadek stężenia alkoholu w mleku matki. Trzeba od 2 do 2,5 godziny, by z mleka usunąć ilość alkoholu odpowiadającą jednej porcji standardowej alkoholu.

► **Właśnie dowiedziałam się, że jestem w 6. tygodniu ciąży, a w ostatni weekend wypilałam piwo. Czy moje dziecko będzie miało FASD?**

Nieznaną jest bezpieczna ilość alkoholu w ciąży, dlatego trudno jest stwierdzić, czy jedno piwo jest bezpieczną dawką. Dla zdrowia dziecka i jego prawidłowego rozwoju ważne jest, aby kobieta od momentu, gdy dowie się o ciąży, nie piła alkoholu.

## Podsumowanie

Wokół prozdrowotnych działań i zaleceń w czasie ciąży krąży wiele mitów, dla których przeciwważą się fakty ze świata nauki czy samego życia. Z uwagi na wiedzę, że alkohol jest substancją toksyczną, jak również świadomość, że na każdy organizm może on wpływać w odmienny, indywidualny sposób, tak ważne jest posiadanie rzetelnych informacji z zakresu teratogennego działania alkoholu na dziecko w życiu płodowym.

Gotowość organizmu kobiety do ciąży, to początek sukcesu. Kolejnym krokiem jest świadome wyeliminowanie czynników ryzyka dla prawidłowego rozwoju dziecka, a zalicza się do nich niepodważalnie alkohol. Dlatego bogatsi o powyższą wiedzę, przyczyniamy się do nieustającego powiększania grona osób świadomych negatywnego wpływu alkoholu na rozwój płodowy dziecka.

## Bibliografia

- Abdul-Rahman O.A., Petrenko Ch. (2023), „Fetal Alcohol Spectrum Disorders. A Multidisciplinary Approach”, Springer.
- Elek E. at all (2013), „Women’s Knowledge, Views, and Experiences Regarding Alcohol Use and Pregnancy: Opportunities to Improve Health Messages”, American Journal of Health Education, Volume 44, 2013 – Issue 4, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332134/> (dostęp 11.08.2024).
- Strona Cięża Bez Alkoholu <http://www.ciazabezalkoholu.pl/> (dostęp 11.08.2024).

*Pracując w obszarze profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych i/lub w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, nie możemy nie dostrzegać związku pomiędzy używaniem alkoholu i przemocą. Trzeba jednak pamiętać, że związek ten nie jest przyczynowo-skutkowy, a problem przemocy domowej nie dotyczy wyłącznie rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu.*

## ALKOHOL A PRZEMOC DOMOWA

Katarzyna Michalska

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Początkiem publicznej debaty na temat przemocy domowej było opublikowanie przez naukowców z Uniwersytetu w New Hampshire na łamach czasopisma „Journal of Marriage and the Family” (1971) wyników badań, z których wynikało, że we współczesnym im społeczeństwie przemoc jest zjawiskiem powszechnym, obecnym w większości kultur. Autorzy tych badań stwierdzili, że jest bardziej prawdopodobne, iż ludzie zostaną zabici, napadnięci, uderzeni, pobici lub spoliczkowani we własnym domu i przez członków własnej rodziny, niż że stanie się to gdzie indziej, a sprawcami będą obcy ludzie. Potwierdzeniem tego były m.in. policyjne statystyki, z których wynikało, że w Stanach Zjednoczonych około 40% wszystkich zabójstw to skutek przemocy domowej, w Wielkiej Brytanii wskaźnik ten wynosił około 42%, a w Australii – 44%.

Obecnie, według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, 30% kobiet na świecie doznaje przemocy fizycznej i/lub seksualnej ze strony swojego partnera/męża. W zależności od regionu świata problem przemocy w intymnych związkach dotyczy od 20% kobiet na zachodnim Pacyfiku, 22% kobiet w krajach o wysokich dochodach i Europie, 25% kobiet w regionach Ameryk, do 33% w regionie Afryki i 33% w Azji Południowo-Wschodniej. Na całym świecie aż 38% wszystkich zabójstw kobiet dokonują osoby, z którymi były one w bliskich związkach intymnych (partnerzy, mężowie)<sup>1</sup>.

Drugą pod względem liczebności kategorią osób doświadczających przemocy domowej są dzieci.

### Przemoc domowa – polskie uregulowania definicyjne

Ponad 1/3 Polaków (36%) przyznaje, że przynajmniej raz doświadczyła którejkolwiek z form przemocy domowej

(fizycznej, psychicznej, seksualnej lub ekonomicznej). Nieco mniej, bo 30% badanych, doświadczyło przemocy więcej niż raz, natomiast co dziewiąty (11%) doznał jej wielokrotnie. Najczęściej doświadczaną przez Polaków formą przemocy jest przemoc psychiczna. Przynajmniej raz była ona udziałem 31% badanych<sup>2</sup>. Policjanci w Polsce podejmują rocznie ok. 65-70 tys. interwencji związanych z przemocą domową i skutkujących wszczęciem procedury „Niebieskie Karty”. Kolejne 30 tys. przypadków związanych z przemocą wobec najbliższych rejestrują i zgłaszają pracownicy socjalni, przedstawiciele oświaty, ochrony zdrowia oraz członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424) definiuje przemoc domową jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doświadczającej przemocy domowej, w szczególności:

- narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
- ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy).



Ustawa odpowiada na pytanie, kto może być osobą doznającą przemocy domowej (art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy), i wskazuje:

- a) małżonka, także w przypadku gdy małżeństwo ustało lub zostało unieważnione, oraz jego wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- b) wstępnych i zstępnych oraz ich małżonków,
- c) rodzeństwo oraz ich wstępnych, zstępnych i ich małżonków,
- d) osobę pozostającą w stosunku przysposobienia i jej małżonka oraz ich wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- e) osobę pozostającą obecnie lub w przeszłości we wspólnym pożyciu oraz jej wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- f) osobę wspólnie zamieszkującą i gospodarującą oraz jej wstępnych, zstępnych, rodzeństwo i ich małżonków,
- g) osobę pozostającą obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania,
- h) małoletniego

– wobec których jest stosowana przemoc domowa.

Jednocześnie ustawodawca podkreśla, że małoletni, który jest świadkiem przemocy domowej, jest także osobą doznającą przemocy domowej.

Zgodnie z ustawą osobą stosującą przemoc domową zawsze będzie pełnoletni, który dopuszcza się przemocy domowej wobec osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy.

## Alkohol jako czynnik ryzyka przemocy domowej

Kiedy dowiadujemy się o kolejnych, często tragicznych, przypadkach przemocy domowej, wiele osób zadaje sobie pytanie: dlaczego ludzie krzywdzą swoich najbliższych? Co takiego dzieje się z ludźmi, że dopuszczają się zachowań, które niejednokrotnie doprowadzają do hospitalizacji, a nawet śmierci dziecka lub partnerki/partnera?

W powszechnej opinii „przyczyną” przemocy domowej jest alkohol. Warto przyjrzeć się relacji alkohol a przemoc, ponieważ jej złożoność jest szczególna. Żadne bowiem badania nie potwierdziły zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy używaniem alkoholu a przemocą domową, a jednocześnie wszystkie wskazywały alkohol

jako czynnik ryzyka pojawienia się przemocy w rodzinie/związku.

W 1990 roku B.J. Bushman i H.M. Cooper z Uniwersytetu Stanowego Iowy w opublikowanych wynikach przeglądu badań nad wpływem alkoholu na zachowanie<sup>3</sup> podkreślali: „Żaden inny środek nie pozostaje w tak ścisłych związkach z agresją jak alkohol”. Trzy lata później brytyjski biolog zachowań P. Brain, na podstawie sporządzonego przez zespół swoich współpracowników przeglądu badań<sup>4</sup>, stwierdził: „Alkohol nie jest środkiem wywołującym agresję”. Można byłoby więc powtórzyć za Klausem Miczkem: „To zdumiewające, zupełnie zdumiewające. Dwie osoby patrzą na te same dane i dochodzą do przeciwstawnych wniosków. Wszyscy chcą wiedzieć, kto ma rację”<sup>5</sup>.

Statystyki policyjne na całym świecie wskazują na związek pomiędzy spożywaniem alkoholu a stosowaniem przemocy wobec najbliższych. Brytyjska policja podaje, że 2/3 zgłoszonych przypadków przemocy domowej dotyczy sytuacji, kiedy sprawca przemocy „był pod wpływem alkoholu”. Australijskie badania pokazują, że przemoc domowa w formie przemocy fizycznej, która może skutkować obrażeniami zagrażającymi życiu, jest dwa razy bardziej prawdopodobna w rodzinach z problemem alkoholowym niż w rodzinach, w których problem taki nie występuje<sup>6</sup>. Dodatkowo w australijskich badaniach wskazano na istotny związek pomiędzy gęstością punktów sprzedaży alkoholu a wskaźnikami dotyczącymi przemocy domowej na danym terenie<sup>7</sup> (*Im większa dostępność alkoholu, tym większa skala przemocy domowej*). W Stanach Zjednoczonych w 40% zgłoszonych przypadków przemocy domowej alkohol był czynnikiem towarzyszącym przemocy. W Polsce z danych Komendy Głównej Policji wynika, że ponad 60% osób podejrzanych o stosowanie przemocy domowej w chwili interwencji policjantów w ramach procedury „Niebieskie Karty” było w stanie nietrzeźwości.

Już w połowie lat 90. XX wieku w Polsce zwrócono uwagę na związek pomiędzy używaniem alkoholu i przemocą w rodzinie. Badania przeprowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP<sup>8</sup> wśród żon i partnerek uzależnionych od alkoholu mężczyzn pokazały, że kobiety te żyją w chronicznym stresie, mają zaburzony obraz siebie, przeżywają silne poczucie wstydu i winy, odczuwają szereg dolegliwości psychosomatycznych, chorują na depresję, są narażone na różnego rodzaju urazy fizyczne itp. Wszystkie te cechy i objawy były

charakterystyczne dla osób doznających przemocy domowej. Z badań tych wynikało, że 78% partnerek uzależnionych mężczyzn doznawało przemocy fizycznej, a 90% – przemocy psychicznej.

Badania przeprowadzone przez L. Walker (1984) na kobietach doznających przemocy<sup>9</sup> wykazały, że 67% osób, które stosowały wobec nich przemoc, często nadużywało alkoholu, ale tylko 1/5 spośród nich była pod wpływem alkoholu podczas wszystkich incydentów związanych ze stosowaniem przemocy. Potwierdziły to badania Kantora i Strausa (1987), które wskazują, że w 76% przypadków rodzin, w których stwierdzono, że sprawca przemocy nadużywa alkoholu, dochodziło

także do aktów tzw. przemocy trzeźwej, a więc przemoc miała miejsce także wtedy, gdy osoba stosująca przemoc była trzeźwa. Dane te jednoznacznie pokazują, że większość przypadków przemocy domowej ma związek z alkoholem, jednak do przemocy dochodzi także wtedy, kiedy sprawca przemocy jest trzeźwy. Oznacza to, że nie można wskazać jednokierunkowej zależności pomiędzy używaniem alkoholu a stosowaniem przemocy. Bezsporne jest jednak, że to, czy osoba stosująca przemoc jest pod wpływem alkoholu, czy nie, ma wpływ na intensywność przemocy i jej siłę.

Intensywność zachowań przemocowych jest większa, kiedy osoba stosująca przemoc, jest w stanie nietrzeźwości. Badania pokazują, że mężczyźni wykazują większą agresywność wobec swoich partnerek po spożyciu alkoholu, a kobiety są bardziej narażone na przemoc, jeśli ich partnerzy nadużywają alkoholu<sup>10</sup>. Wydaje się, że wiąże się to z tym, jaki wpływ na człowieka ma alkohol. Po pierwsze, osoby będące pod wpływem alkoholu, mogą mieć ograniczoną kontrolę nad swoim zachowaniem, wzrasta w nich poczucie pewności siebie i nieuzasadnione przekonanie co do słuszności i nieomyślności własnych działań i poglądów itp. Po drugie, u osób w stanie nietrzeźwości mogą pojawić się zaburzenia poznawcze, co może ograniczać rozumienie i analizę sytuacji, w której aktualnie znajduje się dana osoba, utrudniać rozpoznawanie własnych i cudzych

emocji oraz zachowań, uruchamiać własną interpretację tego, co robią i mówią inne osoby itp.

I wreszcie po trzecie, osoby, które stosowały przemoc domową, będąc w stanie nietrzeźwości, starają się zminimalizować własną odpowiedzialność za zachowania agresywne i przekonują, że gdyby byli trzeźwi, nigdy nie stosowaliby przemocy. To, że osoby stosujące przemoc chętnie sięgają po argument, że nadużywanie alkoholu było „przyczyną” stosowania przemocy wobec bliskich, pokazały m.in. badania przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej przez Millward Brown SMG/KRC<sup>11</sup>, z których wynika, że 42% badanych osób stosujących przemoc wobec swoich

*Ponad 1/3 Polaków przyznaje, że przynajmniej raz doświadczyła którejś z form przemocy domowej: fizycznej, psychicznej, seksualnej lub ekonomicznej. Nieco mniej badanych (30%) doświadczyło przemocy więcej niż raz, natomiast co dziewiąty (11%) doznał jej wielokrotnie. Najczęściej doświadczaną przez Polaków formą przemocy jest przemoc psychiczna. Przynajmniej raz była ona udziałem 31% badanych.*

bliskich, stwierdziło, że powodem przemocy wobec najbliższych był fakt nietrzeźwości – *Byłem/byłam pod wpływem alkoholu* (44% przyznało się do stosowania przemocy fizycznej, 46% do przemocy psychicznej i 60% do przemocy seksualnej). Wskaźniki te znajdują potwierdzenie w doświadczeniu osób doznających przemocy domowej, które stwierdzają, że osoba stosująca wobec nich przemoc domową była pod wpływem alkoholu w 46% przypadków przemocy fizycznej, 45% przemocy psychicznej, 40% przemocy seksualnej oraz 38% przemocy ekonomicznej<sup>12</sup>. Co

ciekawe, w badaniach populacyjnych kobiety częściej niż mężczyźni wiążą przemoc w rodzinie z nadużywaniem alkoholu przez sprawcę przemocy (55% kobiet i 33% mężczyzn)<sup>13</sup>.

Powszechnie uważa się, że problem nadużywania alkoholu to problem osoby stosującej przemoc domową. W kontekście wyżej przedstawionych wyników badań wydaje się to uzasadnione. Tymczasem okazuje się, że kobiety, które doznają przemocy, są 15 razy bardziej narażone na nadużywanie alkoholu niż kobiety, które przemocy nie doznają<sup>14</sup> (np. w Islandii 22% kobiet ofiar przemocy w rodzinie sięga po alkohol). Nie mogą poradzić sobie z nagromadzonym napięciem i stresem wynikającym z doznawanych aktów agresji partnera/męża, kobiety sięgają po alkohol, traktując go jako substancję, która pozwoli łatwo odciąć się od niełatwej

rzeczywistości, problemów i trudnych emocji. Alkohol jest traktowany jako „środek znieczulający”, który pozwoli na zmniejszenie fizycznych i psychicznych konsekwencji doznawania przemocy. Jako łatwo dostępny środek uspokajający i poprawiający samopoczucie, gwarantuje on szybkie wyciszenie i uspokojenie oraz poradzenie sobie z przykrymi stanami emocjonalnymi (strach, lęk, wstyd, poczucie winy). Te doraźne „korzyści” wynikające ze spożywania alkoholu powodują, że osoby doznające przemocy mogą wpaść w pułapkę uzależnienia.

Nie można pominąć jeszcze jednego aspektu związku „alkohol i przemoc domowa”. Badania pokazują, że kobiety uzależnione od alkoholu częściej niż inne narażone są na przemoc domową (Hutchison<sup>15</sup>; Iverson i in.<sup>16</sup>). Na przykład w Stanach Zjednoczonych 44% kobiet będących w terapii uzależnienia doznawało przemocy w okresie intensywnego picia. Przemoc w takim przypadku staje się narzędziem ich „dyscyplinowania” lub karania przez partnera za nadmierne spożywanie alkoholu. Przemoc może też być pozorną formą „motywowania” do zaprzestania picia i podjęcia leczenia odwykowego. Za każdym razem stanowi jednak „pretekst” dla osoby stosującej przemoc, a także (jednocześnie) usprawiedliwienie dla jego zachowań przemocowych. Takie sytuacje są bardzo niebezpieczne dla osób doznających przemocy domowej ze względu na ich społeczną akceptację. Nadużywanie alkoholu przez mężczyzn jest akceptowane, natomiast takie samo zachowanie kobiet spotyka się z dezaprobatą, a sama kobieta z ostracyzmem. Świadczenie przemocy domowej wobec kobiet pijących szkodliwie lub ryzykownie albo kobiet uzależnionych, nawet jeśli będą dostrzegać krzywdzenie jej przez partnera, to mogą racjonalizować to faktem, że nie wywiązuje się ona z zadań wynikających z roli żony i/lub matki. Łatwiej jest poradzić sobie z własnymi emocjami wynikającymi z bycia świadkiem przemocy domowej i zaakceptować przemoc, kiedy dostrzeżemy, że ofiara np. nie zajmuje się domem i dziećmi, zaniedbuje rodzinę, znika z domu lub sama zachowuje się agresywnie wobec swoich najbliższych. Sprzyja to również zniesieniu odpowiedzialności za brak reakcji na przemoc.

## Podsumowanie

Pracując w obszarze profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych i/lub w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, nie możemy nie dostrzegać związku

między używaniem alkoholu i przemocą. Trzeba jednak pamiętać, że związek ten nie jest przyczynowo-skutkowy, a problem przemocy domowej nie dotyczy wyłącznie rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu. Badania pokazują, że „(...) prawdziwe problemy sprawiają ci, którzy upijają się od okazji do okazji, w niedzielne popołudnie po meczu futbolowym, w piątkowy wieczór po całym tygodniu pracy”<sup>17</sup>. Nie możemy zapominać także o innych czynnikach ryzyka przemocy domowej, takich jak: trudna sytuacja finansowa rodziny, utrata pracy, trudna sytuacja mieszkaniowa, przewlekła choroba w rodzinie, doświadczanie przemocy w dzieciństwie, cechy osobowości itp. Skumulowanie różnych czynników ryzyka zwiększa prawdopodobieństwo przemocy domowej, ale jej nie warunkuje.

## Przypisy

- <sup>1</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- <sup>2</sup> „Polacy wobec problemu przemocy w rodzinie oraz opinii ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie”, TNS OBOP na zlecenie MPiPS, 2007.
- <sup>3</sup> „Effect of alcohol on human aggression: An integrative research review”, *Psychological Bulletin* 1990.
- <sup>4</sup> „Diversity of animal models of aggression: Their impact on the putative alcohol/aggression link”, *Journal of Studies of Alcohol* 1993.
- <sup>5</sup> Niehoff D., „Biologia przemocy”, *Media Rodzina* 2001.
- <sup>6</sup> Mayshak R. i in., „Alcohol-involved family and domestic violence reported to police in Australia”, 2020.
- <sup>7</sup> Livingston M.A., „Longitudinal analysis of alcohol outlet density and domestic violence”, 2011.
- <sup>8</sup> Instytut Psychologii Zdrowia PTP – Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Osób Współuzależnionych APETOW, 1997.
- <sup>9</sup> Walker L.E., „The Battered Woman Syndrome”, Springer, New York 1984.
- <sup>10</sup> Reno J., Marcus D., Leary M.-L., Samuels J.E. (2010), Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women. Department of Justice. Raport dostępny pod adresem: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>
- <sup>11</sup> „Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: badanie uczestników programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych”, 2012.
- <sup>12</sup> Polacy wobec problemu przemocy w rodzinie oraz opinii, ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie, TNS OBOP na zlecenie MPiPS, 2007.
- <sup>13</sup> „Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i mężczyzn”, TNS OBOP na zlecenie MPiPS, 2010.
- <sup>14</sup> <https://www.addictioncenter.com/addiction/domestic-violence/>
- <sup>15</sup> Hutchison I.W. (1999), „Alcohol, fear and woman abuse”, *Sex Roles: A Journal of Research*, 40(11-12), 893-920.
- <sup>16</sup> Iverson K.M., Litwack S.D., Pineles S.L., Suvak M.K., Vaughn R.A., Resick P.A., „Predictors of intimate partner violence revictimization”, 2013.
- <sup>17</sup> Niehoff D., „Biologia przemocy”, *Media Rodzina*, 2001, s. 352.



**Oczywiste jest, że dzieciom nie sprzedaje się alkoholu, papierosów i nie wpuszcza się ich do kasyna. Warto, by oczywiste stało się także to, aby dzieci i młodzież używały internetu i gier komputerowych świadomie, odpowiedzialnie i adekwatnie do potrzeb i poziomu rozwoju emocjonalnego. Bez dobrego przykładu dorosłych – będzie o to trudno.**

## RODZICU, ZACZNIJ DBAĆ O HIGIENĘ CYFROWĄ!

Maja Ruszpel  
Fundacja Inspiratornia

Pamiętam, jak 10 lat temu realizowaliśmy audycję radiową poświęconą e-uzależnieniom w TOKFM. I pamiętam emocjonalne komentarze słuchaczy w odpowiedzi na słowa ekspertów o tym, jak ważną rolę w przeciwdziałaniu e-uzależnieniom pełnią rodzice. Ekspertki podkreślali, jak istotne jest modelowanie szkodliwych zachowań, higiena cyfrowa – rodzice zaś w swoich komentarzach (pisząc na Facebooku i dzwoniąc do audycji) mówili, że mają tak dużo obowiązków (w pracy, w domu, że żyją pod tak dużą presją), że dla nich dawanie dziecku smartfona czy tabletu to moment, kiedy choć przez chwilę mogą odetchnąć, ponieważ dziecko zajmie się sobą.

Mając w pamięci tamtą rozmowę, przez lata, na różnych szkolnych spotkaniach dla rodziców poświęconych profilaktyce e-uzależnień, które realizowaliśmy jako Fundacja Inspiratornia, wielokrotnie podkreślaliśmy z ekspertami, jak bardzo musimy uważać na słowa oraz na język, jakim operujemy. I na to, by przekazując wiedzę, nie spowodować poczucia winy u rodziców, bo to wywoła opór: złość na to, co się słyszy, wstyd, wyrzuty sumienia, a może też złość na dziecko. Rozmowy z pedagogami szkolnymi, z którymi konsultowaliśmy treści merytoryczne, pokazywały nam, że to nic nie da. Już wtedy bowiem nauczyciele i dyrektorzy szkół mówili nam, że jeżeli rodzice nie będą wdrażać w domu zasad używania urządzeń ekranowych, o których dzieci dowiadują się w szkole – to nic się nie zmieni. W kularach słyszałam: „rodzicami trzeba potrząsnąć”.

Wtedy uważałam to za błąd. Dziś, kiedy czytam wyniki badań, które powstają od lat, to widzę coraz wyraźniej (bo wyniki te nie pozostawiają wątpliwości): jeżeli rodzice nie zmienią swojego funkcjonowania i stosunku do mediów cyfrowych, dzieci będą dziedziczyć i powtarzać problemowe zachowania rodziców. Pisząc te słowa, oczywiście sama zastanawiam się, na ile ja w zdrowy sposób

używam swojego telefonu i czy mój czas spędzany przed komputerem mieści się w granicach zachowań konstruktywnych. Moje pokolenie jako pierwsze doświadczyło niezwykle ekspansywności nowych technologii na rynku – to, co kiedyś działo się przez 10-20 lat, w XXI wieku zmieniało się z roku na rok – co chwila pojawiały się nowe gry komputerowe, nowe media, nowe urządzenia oraz nowe portale społecznościowe (tylko 10 lat dzieli powstanie Naszej Klasy i TikToka – a wydaje się, jakby minęła cała epoka). Być może sobie z czymś nie poradziliśmy. Z najnowszego raportu „Polaków portfel własny: Polacy w sieci” wynika w końcu, że 75% Polaków spędza od 1 do 4 godzin dziennie swojego wolnego czasu w internecie. A co 13 badany przyznaje, że jest online, poza obowiązkami zawodowymi, przez więcej niż 6 godzin każdego dnia.

Dwa lata temu powstał raport na temat higieny cyfrowej polskich internautów. Jego opracowanie było możliwe dzięki wynikom zebranych w trakcie Ogólnopolskiego Badania Higieny Cyfrowej 2022. Jak podkreślali autorzy badania – higiena cyfrowa jest nowym istotnym elementem prozdrowotnego stylu życia. Niewłaściwe korzystanie z urządzeń ekranowych i internetu może być „nowym” czynnikiem ryzyka dla zdrowia nas wszystkich, a zwłaszcza dzieci i młodzieży. Edukacja w tym obszarze powinna stać się nowym ważnym obszarem edukacji zdrowotnej prowadzonej w wielu miejscach: w domu, placówkach oświatowych, miejscach pracy i w mediach. Stoimy przed wielkim wyzwaniem: jak dotrzeć nie do dzieci czy nastolatków, ale do dorosłych, by ci zmienili swój stosunek do nowoczesnych technologii. By to dorosli przede wszystkim zaczęli wdrażać zdrowe zasady korzystania z nich, zwane higieną cyfrową, a także świadomie przygotowywali swoje dzieci do ich używania. By rodzice towarzyszyli dzieciom w pierwszych krokach



w internecie, a później mieli świadomość, z jakimi treściami ich dzieci mają kontakt. A zatem, by rodzice budowali relację ze swoim dzieckiem, w miejsce dominującej dotychczas kontroli i dyscypliny oraz wyliczania dzieciom czasu (jedno z najczęstszych pytań, jakie pada na spotkaniach profilaktycznych, brzmi: „Ile godzin dziecko może spędzić przed ekranem komputera?”). Jaką więc rolę powinni pełnić rodzice i o czym powinni wiedzieć? Na to pytanie odpowiadają wyniki badań, które opisują poniżej.

## Brzdąc w sieci, czyli dlaczego higiena cyfrowa jest ważna od urodzenia

Projekt badawczy pod nazwą „Brzdąc w sieci” to cykl badań zainicjowanych przez dr Magdalenę Rowicką z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Jego celem jest poszerzenie wiedzy na temat korzystania przez małe dzieci z urządzeń cyfrowych oraz wpływu tej aktywności na ich rozwój psychofizyczny.

Pierwszy projekt pn. „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat”<sup>1</sup> został zrealizowany w 2020 roku. W badaniu jakościowym udział wzięło łącznie 48 rodziców i 60 dzieci. Badanie ilościowe zostało zaś przeprowadzone na reprezentatywnej próbie 2000 rodziców dzieci w wieku 0-6 lat.

Głównym wnioskiem płynącym z tego badania, jest to, że nie samo używanie nowoczesnych technologii przez małe dzieci powoduje negatywne konsekwencje, ale używanie niewłaściwe. Rola rodziców jest tutaj kluczowa, ponieważ trudno sobie wyobrazić 2-letnie dziecko, które samo włącza tablet i umie go obsługiwać.

Jakie inne wnioski wynikają z badania? Ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych, takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Zaś wiek dziecka jest skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym większy odsetek korzysta z urządzeń mobilnych: dzieje się tak w przypadku trojga na czworo dzieci w wieku od 48 do 72 miesięcy. Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad jedną godzinę dziennie.

Warto w tym kontekście przywołać rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatrii (z 2016 roku), które

zalecają m.in., że dzieci w wieku do 18. miesiąca życia nie powinny mieć kontaktu z ekranami telewizyjnymi, komputerowymi czy mobilnymi.

Ponadto niemal dwie trzecie rodziców daje dziecku urządzenie mobilne jako nagrodę. A nieco ponad 80% rodziców daje dzieciom urządzenia mobilne, kiedy te się nudzą, a dwie trzecie daje dzieciom urządzenia mobilne, gdy te płaczą lub marudzą. Tymczasem, jak piszą autorzy badania, traktowanie urządzeń mobilnych jako nagrody lub jako regulatora emocji może mieć negatywne konsekwencje w przyszłości.

Kolejna kwestia – zgodnie z rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii dzieci od 24. miesiąca życia mogą mieć wprowadzane treści edukacyjne poprzez urządzenia ekranowe, ale bardzo ważne jest, aby kontakt z nimi odbywał się razem z rodzicami i nie przekraczał godziny dziennie.

Tymczasem wyniki badania wskazują, że dzieci w wieku od 0 do 6 lat mają dostęp do treści przeznaczonych dla dzieci, choć w dużej mierze rozrywkowych, a nie edukacyjnych, a średni czas spędzany z urządzeniem mobilnym przekracza godzinę dziennie. Zaledwie 18% dzieci w wieku od 0 do 6 lat nigdy nie korzysta z urządzeń mobilnym samo (tzn. zawsze w towarzystwie innego dziecka albo dorosłego), a 7% rodziców przyznaje, że ich dziecko nigdy nie korzysta w towarzystwie dorosłego.

Kolejne badanie z tego cyklu to projekt pod nazwą „Brzdąc w sieci 2.0 – używanie urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 4-6 lat a wybrane funkcje poznawcze”<sup>2</sup>, zrealizowany w 2022 roku.

Celem projektu była weryfikacja związku pomiędzy korzystaniem z urządzeń cyfrowych przez dzieci w wieku 4-6 lat a ich funkcjonowaniem poznawczym. W badaniu wzięło udział 750 diad dziecko i rodzic – 750 dzieci w wieku 4-6 lat i 750 osób dorosłych – rodziców. W badaniu wzięło udział 600 dzieci korzystających z urządzeń cyfrowych i 150 dzieci niekorzystających z nich.

Wyniki tego badania potwierdzają wnioski i rekomendacje badania „Brzdąc w sieci 1.0”, czyli konieczność stosowania zdrowych zasad używania nowoczesnych technologii – ponieważ to nie samo ich używanie powoduje negatywne konsekwencje, ale używanie niewłaściwe. Zatem podstawowy wniosek z badań brzmi: korzystanie przez dzieci w wieku przedszkolnym z urządzeń mobilnych zgodnie z rekomendacjami nie wiąże się z ich gorszym funkcjonowaniem poznawczym (ok. 1 godzina dziennie).

Jednocześnie, jeśli jest inaczej – czyli gdy dziecko otrzymuje tablet, smartfon po to, by mogło się zająć samo sobą, bez opieki i nadzoru rodzica oraz otrzymuje niewłaściwe treści – to negatywny związek pomiędzy korzystaniem z mobilnych urządzeń ekranowych (MUE) a funkcjonowaniem poznawczym jest widoczny w czasie (rozwojowy). Im więcej czasu dziecko korzysta ze źle dopasowanych aplikacji, tym ma gorszą pamięć – należy więc zwrócić uwagę na jakość aplikacji edukacyjnych (aby nie były infantylne). Częste korzystanie z tabletu, korzystanie tuż po przebudzeniu się i tuż przed snem, korzystanie w celu uspokojenia się – może obniżać zdolności kontroli zachowania u dziecka.

Warto nadmienić, że badania z tego cyklu są nadal prowadzone i tego dowiemy się być może z trzeciej ich części „Brzdąc w sieci 3.0”, która jest obecnie realizowana, a której wyniki będą opublikowane w 2025 roku.

## Phubbing rodzicielski

„Phubbing” to połączenie dwóch słów: *phone*, czyli telefon oraz *snubbing*, czyli lekceważenie. Phubbing może przybierać różne formy: pisanie smsów, przeglądanie internetu, sprawdzanie godziny, odbieranie telefonów i inne podobne czynności w czasie rozmowy z drugą osobą. Korzystanie z telefonów komórkowych przez rodziców w obecności dziecka określane jest w literaturze jako *phubbing rodzicielski*.

Od co najmniej 7 lat wiemy, że skupianie się rodziców na telefonach komórkowych podczas interakcji z dziećmi prowadzi do zaburzeń emocjonalnych u dzieci. Dowodzą tego wnioski z wielu badań za granicą – ich analizę przeprowadzili i opublikowali badacze z KUL w raporcie z badań pt. „Problematyczne korzystanie ze smartfona jako mediator pomiędzy phubbingiem rodziców a poczuciem samotności i funkcjonowaniem emocjonalnym. Badania dziennikowe adolescentów”<sup>3</sup>. Oto najważniejsze wyniki analiz badań zagranicznych z raportu:

- Dzieci powtarzają zachowania rodziców – ilość czasu, jaki dzieci poświęcają na korzystanie z mediów, jest związana z ilością czasu spędzonego przed ekranem i nawykami rodziców (Hong i in., 2019). Istnieje bowiem związek pomiędzy wzorcem korzystania z nowych technologii przez rodzica a modelowaniem takich samych zachowań u dzieci (np. Rupert i Hawi, 2017).

- Gdy rodzic korzysta z telefonu komórkowego podczas interakcji z dzieckiem, dziecko otrzymuje sygnał, że coś innego jest ważniejsze niż ono samo i czuje się ignorowane oraz odepchnięte (Pancani i in., 2020). Rodzice, którzy używają telefonów podczas interakcji z dzieckiem, są mniej wrażliwi i mniej reagują – tak werbalnie, jak i niewerbalnie – na prośby swoich dzieci.
- Typowym zjawiskiem wśród dzieci jest odczuwanie w takiej sytuacji trudnych emocji. Głównie są to złość i frustracja – szczególnie gdy rodzice ignorują inicjatywy interakcyjne dzieci i okazują brak uwagi oraz troski do tego stopnia, że lekceważą ich potrzeby emocjonalne. Dzieci w reakcji wyrażają frustrację i rozczarowanie, które objawiają się różnymi formami niewłaściwego zachowania lub wycofaniem się z wszelkich prób komunikowania się z rodzicami (Elias i in., 2020).
- Dzieci i młodzież, którzy cierpią z powodu rodzicielskiego phubbingu, częściej doświadczają depresji (Xie i Xie, 2020).
- Efektem phubbingu rodzicielskiego jest poczucie odrzucenia u dzieci i młodzieży. Im silniejsze odrzucenie rodzicielskie, tym w mniejszym stopniu zaspokojona jest potrzeba przynależności. W efekcie rodzicielski phubbing jest związany z niższą satysfakcją z życia u adolescentów (Liu i in., 2020).

Ciekawe na tym tle były właśnie polskie badania naukowców z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego pt. „Problematyczne korzystanie ze smartfona jako mediator pomiędzy phubbingiem rodziców a poczuciem samotności i funkcjonowaniem emocjonalnym. Badania dziennikowe adolescentów”. Ich celem było określenie, jak na dzieci wpływa to, że ich rodzice w momencie bezpośredniego kontaktu z nimi jednocześnie używają smartfona.

W badaniu wzięło udział 180 uczniów szkoły średniej w wieku od 14 do 20 lat. Pomiar powtarzany był przez 10 dni wieczorem. Uczniowie oceniali:

- Natężenie phubbingu rodziców w danym dniu – młodzież odpowiadała na pytania dotyczące częstotliwości korzystania z telefonu przez rodziców w danym dniu.
- Korzystanie własne z telefonu komórkowego (pomiar czasu spędzonego na telefonie komórkowym danego dnia, liczba smsów – wysłanych i otrzymanych), korzystanie z internetu za pomocą telefonu, korzystanie

z mediów społecznościowych, granie w gry, używanie komunikatorów.

- Subiektywnie przeżywane przez siebie poczucie samotności.
- Osobiste funkcjonowanie emocjonalne oceniane za pomocą *Skali Afektywnego Bilansu Doświadczeń* w odniesieniu do danego dnia.

Także te badania pokazały, że phubbing rodziców wpływa na szkodliwe korzystanie z telefonów przez ich dzieci. Przy czym phubbing matki oddziałuje silniej niż phubbing ojca.

Podobnie jak w badaniach zagranicznych potwierdzono, że częstsze korzystanie z telefonów przez rodziców w obecności dziecka przekłada się na wyższy poziom samotności i gorsze funkcjonowanie emocjonalne dziecka oraz jednoznacznie wskazano, że phubbing obojga rodziców wiąże się ze zjawiskiem problemowego korzystania z telefonu komórkowego u dziecka.

Jak piszą autorzy raportu: podobne badanie Xiaochun i Xiec (2020) wykazało, że phubbing rodzicielski był powiązany z depresją dzieci w późnym dzieciństwie i okresie dojrzewania. Co więcej, phubbing rodzicielski przekładał się na poczucie odrzucenia.

Reasumując: phubbing rodzicielski jest istotnie skorelowany z zaspokojeniem podstawowych potrzeb psychologicznych, poczuciem własnej wartości i funkcjonowaniem emocjonalnym dziecka. Badania wskazują także, że problemowe korzystanie z telefonu przekłada się na gorsze funkcjonowanie emocjonalne. Nastolatki o niskiej samoocenie, które doświadczyły wyższego poziomu phubbingu przez rodziców, były bardziej narażone na depresję niż nastolatki o wysokiej samoocenie.

Te badania jednoznacznie pokazują, że relacje z bliskimi odgrywają dużą rolę w rozwoju uzależnień behawioralnych. W badaniu potwierdzono, że zachowania phubbingowe rodziców znacząco przekładają się na ryzyko uzależnienia nastolatków od telefonu komórkowego. By zapobiegać ryzyku wystąpienia tego typu uzależnienia wśród nastolatków, należałoby zacząć od edukacji cyfrowej rodziców i adolescentów, w tym: nauki higieny cyfrowej określanej jako postawa życiowa i wynikające z niej działania związane z odpowiedzialnym i kreatywnym używaniem telefonów. Nie oznacza to zakazu korzystania w ogóle. Chodzi o niekorzystanie z internetu bez określonego celu, w sposób nadmiarowy, odbywający się kosztem innych aktywności.

## Skuteczna profilaktyka powinna rozpocząć się od zmiany zachowań rodziców

Fundacja Badań Społecznych w latach 2022–2023 roku zrealizowała badanie pt. „Nadużywanie mediów elektronicznych przez dzieci i młodzież: badanie rozpowszechnienia problemu, jego determinantów i nowej interwencji profilaktycznej redukującej skalę problemu”<sup>4</sup>. Jaki piszą badacze, tłem tych badań były alarmujące wyniki badań zagranicznych na ten sam temat. Podstawowymi problemami było to, że nawet 30% populacji młodych użytkowników sieci znajduje się w grupie wysokiego ryzyka rozwoju e-uzależnienia, a kolejne 7-10% już wykazuje jego przejawy. Jednocześnie sygnalizowany jest niedobór specjalistów (psychologów, pedagogów, terapeutów) przygotowanych do przeciwdziałania zjawisku nadużywania nowych technologii przez dzieci i młodzież.

Także badania polskie, prowadzone pod kierunkiem prof. Pyżalskiego pt. „Polskie badanie EU Kids Online 2018: Najważniejsze wyniki i wnioski”, wskazują, że ponad połowa nauczycieli i blisko co trzeci rodzic nie wprowadzają żadnych zasad użytkowania mediów elektronicznych przez dzieci w środowisku szkolnym i w domu.

Inne polskie badania prowadzone podczas trwania pandemii COVID-19 wykazały, jak bardzo brak odpowiedniej higieny cyfrowej przyczynił się do wzrostu problemów z nadużywaniem internetu wśród uczniów zmuszonych do kontynuacji nauki w trybie zdalnym (Ptaszek i wsp., 2020).

Celem projektu Fundacji Badań Społecznych była analiza skali nadużywania nowych technologii cyfrowych przez uczniów w wieku 7-14 lat oraz weryfikacja czynników ryzyka i chroniących związanych z tym zjawiskiem. W tym nie tylko cech indywidualnych dziecka, ale właśnie relacyjnych leżących po stronie: dziecka, rodzica i systemu rodzinnego.

W badaniu udział wzięło 12 szkół podstawowych losowo wybranych z trzech województw: zachodniopomorskiego, lubuskiego i dolnośląskiego. W sumie przeanalizowano wypowiedzi 936 uczniów. Rodziców/opiekunów prawnych było 908. Badanie odbywało się za pomocą samoopisowej oceny uczniów, a także obserwacyjnej oceny ich rodziców/opiekunów.



W pierwszej kolejności badacze oszacowali rozpowszechnienie problemu nadużywania mediów elektronicznych wśród uczniów w wieku 7-14 lat. Podstawowe wnioski, jakie wynikły z analiz to:

- tylko mniej niż 5% uczniów szkół podstawowych w ogóle nie używa smartfona;
- 86,3% używa go codziennie, w tym aż 41,6% więcej niż przez 2 godziny dziennie, czyli dwu- lub trzykrotnie dłużej, niż sugerują zalecenia profilaktyczne dla osób w wieku 7-14 lat;
- aż 23,3% uczniów i 17,1% uczennic znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka e-uzależnienia. Łącznie 28,4% uczniów nadużywa technologii cyfrowych i potrzebuje profilaktyki wskazującej, a 7,2% już może być uzależnionych i potrzebować pogłębionej terapii;
- najpopularniejszą e-aktywnością wśród uczniów jest przeglądanie krótkich filmików w internecie;
- tylko co czwarty uczeń nie wykazuje ryzyka rozwoju e-uzależnienia (26,6%);
- badani rodzice, pytani o e-uzależnienia, mają skłonność do zaniżania ocen ryzyka u swoich dzieci – zaś sami uczniowie istotnie częściej oceniają własne zachowania online jako bardziej problemowe.

Także w tych badaniach wpływ rodziców okazał się zasadniczy dla korzystania przez dzieci ze smartfonów. Badacze z Fundacji Badań Społecznych podkreślają, że kluczowa dla zapobiegania e-uzależnieniom jest dobra, bezpieczna, oparta na akceptacji i otwartości emocjonalnej relacja dziecka z rodzicem/opiekunem. Stąd, opisując, co wpływa na nadużywanie przez dziecko nowych technologii, podkreślają, że to nie cechy dziecka, a cechy rodzica i relacji dziecko–rodzic są kluczowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko pojawienia się e-uzależnień. Także mniej bezpieczny styl przywiązania dziecka do rodzica podnosi ryzyko wystąpienia e-uzależnienia. A dzieci mające oparcie w rodzicach, rzadziej nadużywają e-mediów i mają lepsze zdolności radzenia sobie z emocjami oraz bardziej rozwinięte kompetencje społeczne i większe poczucie skuteczności.

Ten wniosek jednoznacznie wskazuje na to, że nie da się realnie pomóc dziecku nadużywającemu e-media bez pracy z jego rodzicami/opiekunami – programy profilaktyczne i terapeutyczne powinny wpływać na zmianę nawyków zarówno dzieci, jak i ich rodziców, podkreślają autorzy. Może odbywać się to poprzez uświadamianie problemu, zwiększanie wiedzy, wprowadzanie zasad higieny cyfrowej, a także poprawę

relacji rodzinnych oraz psychoedukację w zakresie kompetencji emocjonalnych i społecznych. A wczesna profilaktyka problemowego używania e-mediów wśród dzieci powinna rozpoczynać się od zmiany wzorców zachowań rodziców i opiekunów, ponieważ to oni jako pierwsi modelują u dzieci skłonność do nadużywania technologii cyfrowych.

Jak zatem, zdaniem autorów badania, sprawdzi się samo ograniczanie dzieciom dostępu do nowych technologii oraz ich dyscyplinowanie w tym obszarze? Otóż nie będzie ono skuteczne. W przypadku dzieci samo ograniczanie dostępu do e-mediów, limitowanie czasu spędzanego przed ekranem, przestrzeganie zasad bezpiecznego użytkowania nowych technologii nie przyniesie trwałej redukcji zagrożenia e-uzależnieniem. Do skutecznej zmiany zachowań dziecka konieczne jest zwiększenie jego psychologicznych zasobów do radzenia sobie z codziennymi trudnościami. A do tego znów potrzebny jest kontakt z opiekunami, dorosłymi, którzy mogą dzieci tego nauczyć.

Dodatkowo, jak podkreślają badacze, warto pamiętać, że utrzymanie pozytywnych zmian w zachowaniu dzieci wymaga znacznej samokontroli (emocjonalnej i poznawczej) i stałej motywacji do zmiany, a te mechanizmy rozwijają się w okresie szkolnym. Zatem dla tej grupy wiekowej (7-14 lat) rekomendowanym wydaje się być trening wspierający rozwój umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, trening efektywności w działaniach w świecie realnym i wzmacnianie zasobów rodzinnych.

Autorzy badań Fundacji Badań Społecznych podkreślają, że w szybko digitalizującym się społeczeństwie, w którym nie ma już możliwości unikania kontaktu z nowymi technologiami, celem działań profilaktycznych nie powinno być ograniczanie dzieciom dostępu do e-mediów, ale nauka ich bezpiecznego użytkowania od najmłodszych lat.

O co zatem zadbać, aby profilaktyka nadużywania e-mediów wśród uczniów szkół podstawowych była jak najbardziej skuteczna?

Zakończę słowami, od których zaczęłam – wszystko zależy od tego, co zrobią rodzice. Bo skuteczna profilaktyka powinna rozpoczynać się od zmiany zachowań rodziców. W pierwszej kolejności rodzice sami powinni ograniczyć używanie urządzeń elektronicznych, a następnie pracować nad poprawą jakości więzi z dzieckiem. Dopiero później warto pracować z samym dzieckiem,

zwiększenie psychospołecznych czynników chroniących przed uciekaniem od problemów w świat wirtualny.

Oddziaływania profilaktyczne powinny uwzględniać także rozwijanie wszelkich zainteresowań dziecka niewymagających kontaktów z ekranem – zwłaszcza opartych na aktywności fizycznej i interakcjach społecznych.

*Pełna bibliografia jest dostępna w redakcji.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/brzdac-w-sieci-zjawisko-korzystania-z-urzadzen-mobilnych-przez-dzieci-w-wieku-0-6-lat.pdf>
- <sup>2</sup> <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2023/04/Brzdac-w-sieci-2.0.pdf>
- <sup>3</sup> [https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/Raport-konco-wy\\_Phubbing-rodzicow-poprawiony.pdf](https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/Raport-konco-wy_Phubbing-rodzicow-poprawiony.pdf)
- <sup>4</sup> [https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/01/FBS\\_Naduzywanie-mediow-elektronicznych-przez-dzieci-i-mlodziez-.pdf](https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/01/FBS_Naduzywanie-mediow-elektronicznych-przez-dzieci-i-mlodziez-.pdf)

*Integrację psychodeliczną można zdefiniować jako proces mający na celu minimalizację niepożądanych efektów/konsekwencji oraz utrzymanie i maksymalizację potencjalnych korzyści związanych z doświadczeniami pod wpływem psychodelików. Niniejszy artykuł przedstawia propozycje praktycznych wskazówek dotyczących praktyki integracji doświadczeń psychodelicznych dla psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów oraz innych specjalistów zdrowia psychicznego.*

# POWRÓT Z KRÓLICZEJ NORY<sup>1</sup>. CZĘŚĆ II: PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE INTEGRACJI DOŚWIADCZEŃ PSYCHODELICZNYCH DLA SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

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

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

<sup>b</sup> Polskie Towarzystwo Psychodeliczne

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

W części pierwszej artykułu opublikowanej w numerze 1/2024 Serwisu Informacyjnego UZALEŻNIENIA przyjrzeliśmy się podstawom oraz ogólnym rozważaniom teoretycznym dotyczącym integracji doświadczeń psychodelicznych dla specjalistów zdrowia psychicznego. Artykuł ten prezentował m.in. bezpośrednie efekty, terapeutyczny potencjał i niekorzystne konsekwencje używania psychodelików, potrzebę oraz definicję integracji psychodelicznej, a także teoretyczne, prawne i etyczne rozważania w tym zakresie. Niniejszy tekst, będący kontynuacją

tamtego, skupia się na praktycznych wskazówkach oraz krótkim przeglądzie aktualnych modeli integracji doświadczeń psychodelicznych.

## Cele integracji psychodelicznej

Integracja doświadczeń psychodelicznych jest procesem indywidualnym. Interwencje podejmowane przez osoby wspierające ten proces powinny więc odnosić się bezpośrednio do potrzeb artykułowanych przez klienta. Niemniej jednak, z perspektywy

pragmatycznej, cele interwencji zorientowanych na osoby poszukujące wsparcia w związku ze swoimi doświadczeniami psychodelicznymi można podzielić na dwie nadrzędne kategorie: maksymalizację korzyści i minimalizację szkód.

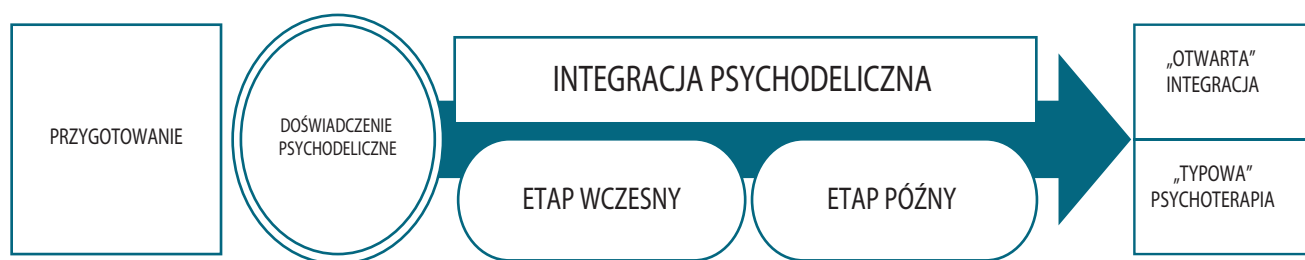
W pierwszym przypadku mamy potencjalnie do czynienia z doświadczeniem, które jest postrzegane jako pozytywne, a zatem korzystne dla klienta. Przykładowo, może on/ona odczuwać wyraźną poprawę nastroju, czy też przełamać dysfunkcyjny wzorec zachowań (np. nałogowych). Ponieważ jednak zmiany zapoczątkowane przez takie doświadczenie mają tendencję do zanikania z czasem, klient może potrzebować konkretnych warunków i praktyk, które pozwolą te zmiany utrzymać, skonsolidować i wprowadzić w życie. Z drugiej strony, doświadczenia psychodeliczne mogą skutkować również niepożądanymi rezultatami, które zakłócają samopoczucie i/lub ogólne funkcjonowanie, nawet na długo po ustąpieniu bezpośrednich efektów psychoaktywnych przyjętej substancji psychodelicznej [1, 2]. Może to wynikać zarówno z pogorszenia (lub intensyfikacji) uprzednich problemów ze zdrowiem psychicznym, jak i z doświadczania nowych trudności (np. nasilonego i/lub uporczywego lęku, zaburzeń snu, wysokiej reaktywności emocjonalnej lub upośledzenia funkcji poznawczych). W takim przypadku praca integracyjna powinna koncentrować się przede wszystkim na wsparciu klienta w tym, co przeżywa, oraz w radzeniu sobie ze zgłaszanymi objawami, co może czasem przybierać formę interwencji kryzysowej. Warto wspomnieć, że stosowane przez nas rozróżnienie na nadrzędne kategorie celów integracji psychodelicznej można spotkać także w innej literaturze poświęconej tej tematyce [3, 4].

## Przebieg praktyki integracyjnej

Rysunek 1. przedstawia prosty model, który proponujemy w celu organizacji praktyki integracji psychodelicznej [5]. Model ten jest konceptualizowany w wymiarze czasu, dzieląc praktykę integracyjną na etap wczesny i późny. Z założenia etapy te następują po doświadczeniu psychodelicznym, które z kolei powinno być poprzedzone odpowiednim przygotowaniem. Ogólnie rzecz biorąc, etap wczesny jest krótkoterminowy (do pięciu jednogodzinnych sesji) i wykorzystuje standardowe praktyki kliniczne/terapeutyczne. Obejmuje to zapewnienie podstawowego wsparcia, nawiązanie relacji terapeutycznej, badania przesiewowe pod kątem wymaganego leczenia psychiatrycznego, psychoedukację i, w razie potrzeby, normalizację, a także samo określenie potrzeb i celów klienta. Priorytetem powinno być tutaj ustabilizowanie stanu klienta oraz wsparcie w radzeniu sobie z niepożądanymi konsekwencjami doświadczeń pod wpływem psychodelików.

Integracja psychodeliczna może koncentrować się również na maksymalizacji i podtrzymaniu korzyści wynikających z doświadczeń psychodelicznych. Tego typu praca jest jednak wykonywana zwykle w kontekście badań nad terapią wspomaganą psychodelikami (ang. *psychedelic-assisted therapy*, PAT) czy też zorganizowanych odosobnień (ang. *retreats*) lub ceremonii, które zresztą często uwzględniają również pewnego rodzaju wsparcie w dniach następujących po podawaniu psychodelików [6, 7]. Tymczasem osoby szukające pomocy u terapeutów lub innych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, oferujących integrację psychodeliczną, zazwyczaj robią to z powodu

Rys. 1. Model przebiegu praktyki integracji psychodelicznej.





odczuwania niekorzystnych konsekwencji doświadczeń pod wpływem psychodelików, których nie mogli rozwiązać samodzielnie czy z pomocą innych osób. W odróżnieniu od etapu wczesnego, etap późny rozciąga się zwykle na dłuższy okres i koncentruje się na głębszej eksploracji specyficznych treści doświadczenia psychodelicznego, oraz wsparciu we wdrażaniu i podtrzymywaniu wynikających z tego zmian w przekonaniach czy stylu życia. W tym sensie etap ten jest naturalną kontynuacją uprzedniej pracy (etapu wczesnego), ale może być również początkiem regularnej psychoterapii, wykraczającej poza zakres treści związanej z doświadczeniem psychodelicznym klienta.

## Integracja psychodeliczna a psychoterapia

Powyższy model rozdziela praktykę integracji psychodelicznej od „typowej” psychoterapii. Naszym zdaniem należy dokonać tego rozróżnienia, ponieważ osoby szukające wsparcia w związku ze swoimi doświadczeniami psychodelicznymi niekoniecznie chcą lub potrzebują rozpoczynać proces psychoterapii (niezależnie od tego, czy zgłaszają się do psychoterapeuty, który takie wsparcie oferuje).

W niektórych przypadkach integracja psychodeliczna może jednak przybrać formę lub przejść do procesu psychoterapii, którą w tym kontekście można określić jako praktykę kliniczną/terapeutyczną nie

**Tabela 1. Propozycja kluczowych czynników doświadczenia psychodelicznego oraz przykładowych pytań do ich zbadania i oceny.**

Kluczowe czynniki	Przykładowe pytania
Otoczenie i kontekst, w którym miało miejsce dane doświadczenie psychodeliczne.	Gdzie miało miejsce to doświadczenie? Co pamiętasz ze swojego otoczenia? Gdzie byłeś/aś pod wpływem tej substancji? Czy byłeś/aś sam/a? Kto towarzyszył ci podczas tego doświadczenia? Czy ufałeś/aś tej osobie (lub tym osobom)? Czy czułeś/aś się wtedy bezpiecznie? Czy uważasz, że warunki, w których miałeś/aś to doświadczenie psychodeliczne, były właściwe? Jakie miejsce i kontekst są według ciebie „odpowiednie” do używania psychodelików?
Substancja, która wywołała dane doświadczenie psychodeliczne.	Czy był to klasyczny, czy nieklasyczny psychodelik? Jaką dawkę przyjąłeś/przyjęłaś? Czy powtórzyłeś/aś dawkę lub przyjąłeś/przyjęłaś booster? Jeśli tak, to w którym momencie i jaka była to dawka? Czy w twoim poczuciu miałeś/aś raczej słabe, średnie czy silne doświadczenie psychodeliczne? Czy przyjmowałeś/aś wtedy lub później także inne substancje psychoaktywne (w tym leki)?
Motywy i intencje danego doświadczenia psychodelicznego.	Jaka była twoja motywacja do zażycia tej substancji? Jakie były twoje intencje? Dlaczego chciałeś/aś mieć to doświadczenie? Czy było to tylko z ciekawości, jako środek do samopoznania, samorozwoju, jako część eksperymentalnego leczenia lub samoleczenia, czy też z powodów, które można nazwać hedonistycznymi? Jeśli było to zamierzone, jakie były twoje nadzieje i oczekiwania wobec tego doświadczenia psychodelicznego?
Przygotowanie do doświadczenia psychodelicznego.	Czy zrobiłeś/aś coś konkretnego, aby przygotować się do tego doświadczenia? Czy czułeś/aś, że jesteś gotowy/a na doświadczenie pod wpływem tej substancji? Jak rozumiesz taką „gotowość”? Czy patrząc wstecz, inaczej przygotowałbyś/przygotowałabyś się do tego doświadczenia? Co dziś polecilibyś/polecilabyś osobie, która chciałaby się przygotować do doświadczenia psychodelicznego pod wpływem substancji, którą wtedy przyjąłeś/aś?
Ogólny stan zdrowia klienta.	Czy masz jakieś problemy ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym? Czy lekarz lub psychoterapeuta postawił ci kiedykolwiek jakąś diagnozę? Czy u twoich rodziców lub innych bliskich krewnych kiedykolwiek zdiagnozowano jakiegokolwiek problemy medyczne lub psychiczne? Czy przyjmujesz lub przyjmowałeś/aś jakieś leki? Jeśli tak, to jakie i jak na nie reagowałeś/aś? Czy masz jakieś problemy relacyjne, społeczne lub inne, które cię niepokoją? Jak oceniasz jakość swojego zdrowia i życia?

koncentrującą się wyłącznie na treści i/lub konsekwencjach doświadczeń psychodelicznych klienta. Może to być na przykład kontynuacja wsparcia w związku z uprzednimi problemami zdrowia psychicznego czy też pogłębienie pracy związanej z utrzymaniem zmian w obszarze zachowań nałogowych. Sytuacje tego typu zdarzają się stosunkowo często między innymi ze względu na naturę przeżyć pod wpływem psychodelików (np. ujawnianie czy konfrontowanie z treściami dotyczącymi biografii, wzorów zachowań, wyborów lub sytuacji życiowych), oraz związany z tym potencjał terapeutyczny. W takich przypadkach uważamy, że w najlepszym interesie klientów jest, aby taka zmiana została uświadomiona, nazwana i ustalona wspólnie (np. być może zmianie powinny ulec także ramy, cele czy inne elementy współpracy).

Ze względu na specyfikę doświadczeń psychodelicznych często trudno jest mówić o definitywnym zakończeniu procesu ich integracji. Gdy więc proces ten nie przechodzi w długoterminową psychoterapię, proponujemy traktować go jako „integrację otwartą” bądź „integrację z otwartym nawiasem”. Mamy tu na myśli uznanie zarówno możliwości ponownego kontaktu z klientem w późniejszym czasie (np. sesji uzupełniających), jak i własnej ciągłej pracy klienta nad integracją doświadczenia psychodelicznego z jego codziennym życiem, które z założenia będzie trwać także po takiej współpracy.

## Wskazówki praktyczne

Nie wszystko, co dotyczy integracji psychodelicznej, jest lub powinno być niezwykle. Ostatecznie poza skupieniem się na doświadczeniu psychodelicznym i jego konsekwencjach, sesje integracji psychodelicznej nie różnią się niczym od regularnych konsultacji, sesji psychoterapii czy też, w szczególnych przypadkach, od interwencji kryzysowej. W związku z tym większość praktycznych aspektów integracji psychodelicznej nie powinna odbiegać od warsztatu i naturalnego sposobu pracy danego specjalisty zdrowia psychicznego. Takie praktyczne aspekty powinny obejmować:

- dbanie o poczucie bezpieczeństwa klienta (np. poprzez zapewnianie poufności oraz nieoceniającą przestrzeń do werbalnej i niewerbalnej ekspresji; udzielanie bezwarunkowego wsparcia; nieprzekraczanie granic klienta);

- współokreślanie konkretnego celu i priorytetów spotkań (np. co konkretnie spowodowało klienta do nas; czy potrzebuje on/ona przeanalizować i zrozumieć treść swojego doświadczenia psychodelicznego, czy raczej uspokoić się i poradzić sobie z niepożądanymi objawami po nim);
- przeprowadzenie ogólnego wywiadu na temat historii medycznej klienta oraz ewentualnych testów przesiewowych, które mogą informować o kondycji zdrowotnej (w tym o diagnozach) i sytuacji społeczno-ekonomicznej klienta;
- ustalenie formalnej struktury podejmowanej współpracy (tj. długości, częstotliwości, miejsca, czasu i kosztów lub innych warunków spotkań).

## Jeden rozmiar nie pasuje do wszystkich

Naszym zdaniem każda osoba zgłaszająca się po wsparcie specjalistów zdrowia psychicznego powinna być traktowana z tak zindywidualizowanym podejściem, jakie tylko jesteśmy w stanie zapewnić. Bez tego trudno bowiem o skuteczne interwencje. W takim samym stopniu dotyczy to powinno również wsparcia w ramach integracji psychodelicznej. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to wzięcie pod uwagę kilku kluczowych czynników składających się na dane doświadczenie psychodeliczne, które mogą pomóc nam dostosować się do konkretnej osoby, jej potrzeb i trudności. Tabela 1. zawiera naszą propozycję takich kluczowych czynników, wraz z przykładowymi pytaniami, które mogą być przydatne do ich zbadania i oceny.

## Więcej niż halucynacja?

W przypadku integracji psychodelicznej zindywidualizowane podejście jest potrzebne także ze względu na tzw. noetyczną jakość efektów działania psychodelików. Odnosi się to do wrażenia, że doświadczenie pod wpływem psychodelików było równie lub nawet bardziej realne niż nasze codzienne poczucie rzeczywistości [8]. Zjawisko to jest dość powszechne i występuje również w opisach doświadczeń duchowych, mistycznych i/lub religijnych, do których doświadczenia psychodeliczne są też zresztą często porównywane [9]. Ze względu na taki subiektywny

poziom istotności i osobistego (np. biograficznego lub symbolicznego) znaczenia przypisywanego doświadczeniom psychodelicznym zazwyczaj nie sposób ich zignorować, czy uznać za halucynacje. W związku z tym uważamy, że wnoszone przez klienta wrażenia i treści związane z jego/jej doświadczeniem psychodelicznym, powinno być traktowane z powagą i bez lekceważenia przypisywanego im znaczenia, tak jak ma to miejsce z innymi doświadczeniami z życia klienta (w tym ze snami). Takie branie doświadczeń psychodelicznych „na serio” jest też często powodem, dla którego w ogóle poszukuje się wsparcia osób oferujących integrację psychodeliczną.

## Oddech i uziemienie

Chociaż zwykle są one potrzebne podczas lub bezpośrednio po doświadczeniu psychodelicznym, techniki uspokajania i uziemiania mogą być również przydatne w trakcie integracji psychodelicznej (np. gdy klient kontaktuje się z nami z powodu nieradzenia sobie z trudnymi objawami lub gdy ponownie zbliży się do swojego doświadczenia psychodelicznego podczas sesji). Celem technik uspokajania/uziemiania jest bowiem złagodzenie lęku oraz połączenie się z chwilą obecną, pomagając w ten sposób wejść w zakres optymalnego pobudzenia. Szybka lub nieskładna mowa, niepokój, nadmierne pobudzenie czy objawy podobne do psychotycznych, mogą wskazywać na potrzebę

**Tabela 2. Propozycja przykładowych instrukcji i pytań do eksploracji i analizy treści doświadczenia psychodelicznego.**

<b>Skupienie się na przeszłości – ponowne połączenie się z doświadczeniem.</b>
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby na chwilę zamknął/ęła oczy, wziął/wzięła kilka głębokich oddechów, a następnie spróbował/a przypomnieć sobie najważniejsze momenty swojego psychodelicznego doświadczenia, po czym zadaj następujące pytania:
<p>Jaka jest pierwsza rzecz, która przychodzi ci do głowy, gdy skupiasz się na tym doświadczeniu?</p> <p>Co postrzegasz jako najprzyjemniejszy moment tego doświadczenia?</p> <p>Czy miałeś/aś wcześniej podobne doświadczenia? (niekoniecznie związane z psychodelikami)</p> <p>Co pomogło ci poradzić sobie w trudnych momentach tego doświadczenia?</p> <p>Które momenty doświadczenia były dla ciebie najważniejsze?</p>
<b>Skup się na teraźniejszości – cofając się od doświadczenia.</b>
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby pozostał/a z zamkniętymi oczami, skupił/a uwagę do wewnątrz, a następnie ponownie otworzył/a oczy, przygotowując się do następujących pytań (zachęć klienta do podania jak największej liczby szczegółów).
<p>Opisz swoje obecne wrażenia.</p> <p>O czym teraz myślisz?</p> <p>Co dzieje się teraz w twoim ciele?</p> <p>Jakie emocje teraz czujesz?</p> <p>Jak odczuwasz otaczający cię świat?</p>
<b>Skupienie się na przyszłości – wyciąganie wniosków z doświadczenia.</b>
Instrukcja: Poproś klienta/klientkę, aby na chwilę zamknął/zamknęła oczy i pomyślał/a ponownie o swoim doświadczeniu psychodelicznym, ale skupiając się tym razem na osadzeniu go w szerszym kontekście swojego życia i swojej najbliższej przyszłości. Po chwili zadaj następujące pytania:
<p>Co było dla ciebie ważne w tym doświadczeniu?</p> <p>Czy jest coś, co możesz wnieść z tego doświadczenia do swojego codziennego życia?</p> <p>Co należy zrobić, aby tak się stało?</p> <p>Co musiałoby się wydarzyć, abyś poczuł/a, że to doświadczenie zostało zintegrowane?</p> <p>Po czym konkretnie to poznasz?</p>



uspokojenia/uziemienia klienta przed podjęciem jakichkolwiek innych interwencji.

Przykładem takich technik jest zwrócenie uwagi klienta na jego/jej stopy na podłożu, rozglądanie się i opisywanie szczegółów najbliższego otoczenia, rozciąganie, elementy jogi, uważne chodzenie lub inne metody uważności (mindfulness), czy też bezpośredni kontakt z naturą (np. spacer do lasu w swojej okolicy lub praca z roślinami w gabinecie terapeutycznej) [10]. Innym przykładem mogą być techniki wyobrazeniowe lub koncentracji (np. zachęcanie klienta do wyobrażenia sobie własnego „bezpiecznego miejsca”, opisywania swoich aktualnych odczuć ciała lub wykonanie tzw. skanowania swojego ciała). Zalecane jest również pisanie, rysowanie lub malowanie, a także śpiew, taniec czy inne metody wyrażania siebie. A jeśli jest taka potrzeba, klient powinien otrzymać także ogólne zalecenia dotyczące samoopieki i zdrowia w zakresie snu, diety, radzenia sobie ze stresem, umiarkowanego czasu spędzanego przed ekranem itp.

## Normalizacja i psychoedukacja

Ze względu na charakter i szerokie spektrum efektów psychodelicznych nasi klienci mogą doświadczać siebie w nieznanym sobie dotychczas sposób, a także martwić się o swoje zdrowie psychiczne, jak i o to, że ich zmieniły stan lub związana z nim dysfunkcja będzie trwać do końca życia. Stąd pomocna może być normalizacja, czyli wspierające przekazanie informacji na temat powszechności czy też „naturalności” występowania określonych objawów innych osób (w tym przypadku wśród innych, którzy używali psychodelików). Taka skuteczna psychoedukacja powinna opierać się na dowodach naukowych w zakresie efektów i mechanizmów działania psychodelików, w tym zagrożeń i konsekwencji związanych z używaniem tych substancji. Idealnie byłoby, gdyby specjalista był w stanie odnieść się do aktualnej literatury naukowej w tej dziedzinie, najlepiej wyników metaanaliz. Ponadto w określonych sytuacjach także podzielenie się własnymi doświadczeniami związanymi z psychodelikami może być pomocne w normalizacji i zwiększeniu poczucia zaufania i bezpieczeństwa klienta. Należy jednak zachować przy tym szczególną ostrożność, aby nie przeoczyć lub nie umniejszyć cierpienia lub potrzeb wyrażonych przez klienta. Nie należy także

lekceważyć realnej możliwości występowania zaburzeń percepcji związanych z używaniem halucynogenów (HPPD) lub innych problemów zdrowia psychicznego (np. objawów lękowych, dysocjacyjnych lub psychotycznych) na skutek używania psychodelików [1, 2]. W przypadku takich podejrzeń zalecamy skierowanie klienta na konsultację psychiatryczną, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia i zajęciu się również innymi zgłaszanymi trudnościami.

## Analiza treści doświadczenia

Kiedy wyżej wymienione obawy zostaną rozwiane, nadchodzi czas na zajęcie się samą treścią doświadczenia psychodelicznego. Nie chodzi tu o naszą interpretację, ale o wsparcie klienta w zrozumieniu oraz wyciąganiu praktycznych wniosków ze swojego przeżycia i związanych z tym konsekwencji. W tym celu należy najpierw zapewnić bezpieczną, nieoceniającą przestrzeń do szczegółowego opisu treści oraz wrażeń i uczuć związanych z konkretnym doświadczeniem. Proces ten może być wspierany przez wyrażanie ciekawości, parafrazowanie czy zadawanie pogłębiających pytań. W tabeli 2. przedstawiliśmy kilka przykładów takich pytań oraz instrukcji, które mogą być pomocne w „powrocie” do doświadczenia psychodelicznego klienta oraz wyciągania z niego wniosków. Ponadto również wcześniejsze intencje i oczekiwania klienta wobec jego/jej doświadczenia mogą być cennym przedmiotem analizy, szczególnie jeśli odnieść je do treści i konsekwencji aktualnego doświadczenia.

Ponieważ doświadczenie psychodeliczne może być zapamiętane niespójnie – jako seria incydentów – przydatne mogą być próby jego uporządkowania. Najprostszym przykładem takiego uporządkowania będzie organizacja danego doświadczenia na osi czasu. W tym celu możemy przekazać klientowi kartkę i coś do pisania z prośbą o narysowanie osi czasu i zaznaczenie na niej tych części doświadczenia, które pamięta. Następnie możemy poprosić o umieszczenie na osi pewnych dodatkowych punktów, jak podjęcie decyzji o przyjęciu substancji, poczucie pierwszych efektów, najtrudniejszy i najprzyjemniejszy moment, poczucie ustępowania efektów, przybycie do nas itd. Klient może również zostać poproszony o narysowanie i wypełnienie „wykresu emocji”, gdzie oś X przedstawia oś czasu danego doświadczenia psychodelicznego, a oś Y reprezentuje skalę intensywności emocji (np.

od +10 do -10). Tego typu wykres może być wykorzystywany również do organizowania i analizowania intensywności zmian percepcyjnych, odczuć ciała, interakcji z innymi itp.

Ważne jest, aby wspierana przez nas osoba mogła wyrazić w pełni treść swoich przeżyć, poddać je refleksji oraz wyciągnąć z tego pragmatyczne wnioski, które będą mogły mieć realne przełożenie na jego/jej zachowanie, funkcjonowanie czy styl życia. Może to wymagać stopniowego przejścia od języka opisu subtelnych, trudnych do wyrażenia wrażeń oraz symboli i metafor do języka „behawioralnego”, czyli konkretnych zachowań, sytuacji i zmian. Przy czym warto dodać, że takie analizowanie doświadczenia psychodelicznego nie musi ograniczać się do wyżej wymienionych interwencji „terapii rozmową”. Zalecamy korzystanie także z innych form wyrazu, takich jak rysowanie, malowanie, pisanie (w tym pisanie automatyczne lub spisanie treści swojego doświadczenia w ramach zadania domowego pomiędzy sesjami), odgrywanie ról, taniec, inne formy spontanicznego ruchu – w zależności od tego, z czym klient i my sami czujemy się komfortowo.

## Modele i podejścia do integracji psychodelicznej

Chociaż integracja psychodeliczna była uznawana i praktykowana w pewnej formie od zarania dziejów w ramach rytuałów z użyciem psychodelików w rdzennych kulturach, oraz co najmniej od połowy lat 50. XX wieku w ramach medycyny zachodniej [4], to modele integracji doświadczeń psychodelicznych zostały opracowane dopiero niedawno, a publikacje na ten temat sięgają nie dalej niż 2017 roku [5, 6]. Publikacje te prezentują dość zróżnicowane spektrum modeli, które wywodzą się z określonych podejść psychoterapeutycznych bądź też w jakimś stopniu się do nich odnoszą. Jest tak, ponieważ potrzeby i cele związane z integracją psychodeliczną zazwyczaj nie różnią się od tych, z którymi klienci zwracają się o pomoc do psychoterapeutów, psychiatrów czy innych specjalistów zdrowia psychicznego. Istniejące różnice dotyczą dynamiki oraz specyficznych treści doświadczeń psychodelicznych. Jednak pomimo tego, że przeżycia pod wpływem psychodelików znacznie wykraczają poza codzienne postrzeganie, nadal mieszczą się w szerokim zakresie ludzkiego doświadczenia.

Większość z dostępnych obecnie modeli integracji psychodelicznej można opisać jako holistyczne, ponieważ łączą w sobie metody zorientowane na umysł, ciało, duchowość oraz relacje z innymi i ze środowiskiem/naturą. Tymczasem pozostałe modele koncentrują się wyłącznie na umyśle i zmianie zachowania czy stylu życia, a więc na domenie psychologicznej. Obecnie podejściami psychoterapeutycznymi, które najpowszechniej stosuje się w integracji psychodelicznej są: psychologia transpersonalna [np. 4], psychologia analityczna Junga [np. 11] oraz podejścia poznawczo-behawioralne trzeciej fali [12], w tym przede wszystkim terapia akceptacji i zaangażowania [13], a także podejście redukcji szkód [3], systemu wewnętrznej rodziny [14] oraz psychologii procesu [15]. Szczegółowa prezentacja aktualnych modeli integracji psychodelicznej wykracza poza zakres tego artykułu – zainteresowanych odsyłamy do dostępnych przeglądów literatury na ten temat [5, 6]. Należy także podkreślić, że do stosowania tych modeli i podejść w pracy z klientami wymagane mogą być profesjonalne szkolenia. Zalecana jest także supervizja.

Autorzy poszczególnych modeli, oprócz uzasadnień teoretycznych, podają także przykłady konkretnych praktyk służących ułatwieniu integracji psychodelicznej, co zostało podsumowane w artykule Geoffa Bathje'a i wsp. [6]. Tutaj warto podkreślić, że wiele z tych praktyk nie jest specyficzna dla żadnego podejścia czy szkoły psychoterapii i jest stosowana także indywidualnie (np. w ramach samoopieki czy samorozwoju). Są to m.in. praktyki ekspresji twórczej, prowadzenie dziennika, spędzanie czasu na łonie natury, kontemplacja, medytacja czy praktyki duchowe.

Należy również podkreślić, że integracja psychodeliczna – tak jak każda inna praktyka w zakresie zdrowia psychicznego – wymaga określonych postaw i sposobów pracy z klientami, które wykraczają poza wiedzę teoretyczną, metody praktyczne i dane podejścia psychoterapeutyczne. Nie chodzi więc jedynie o to, „co” robimy, ale też o to, „jak” to robimy, co zostało określone jako metaumiejętności [16].

## Po integracji

Jak wspomniano wcześniej, wsparcie w zakresie integracji psychodelicznej może przekształcić się w „typową” psychoterapię. Niemniej jednak, ponieważ wcześniej czy później nasza współpraca z klientem dobiegnie końca,

proponujemy, aby zakończenie to zawierało dwa uniwersalne elementy. Pierwszym jest podsumowanie całości współpracy, wraz z jej początkiem, przebiegiem oraz odwołaniem się do ustalonych celów. Takie podsumowanie wspiera bowiem, nomen omen, integrację całego procesu. Drugim elementem jest upewnienie się, że osoba, z którą współpracowaliśmy, wie, jakie kolejne działania podjąć, aby utrzymać dobre samopoczucie i funkcjonowanie, oraz że posiada kontakt do osoby lub miejsca, gdzie może uzyskać dodatkowe wsparcie lub inną pomoc w przyszłości. Proponujemy także wspólne z klientem nadanie ogólnego tytułu lub znalezienie metafory, które mogłoby posłużyć jako podsumowanie i zakończenie współpracy. Używając naszej własnej metafory – chociaż żaden specjalista zdrowia psychicznego nie zintegruje czyjegoś doświadczenia psychodelicznego, możliwe jest skuteczne wsparcie osoby w zebraniu owoców, które wyrosły na drzewach jego/jej doświadczenia psychodelicznego, aby mógł/a skorzystać z nich w swoim życiu codziennym.

## Zamiast podsumowania

Integracja doświadczeń psychodelicznych jest stosunkowo młodą dziedziną, która podlega dynamicznemu rozwojowi. Dlatego niemożliwe jest dokonanie wyczerpującego zestawienia praktycznych wskazówek oraz podejść i metod psychoterapeutycznych, które mogą być przydatne w takiej praktyce. Ponadto, podczas gdy większość obecnie dostępnych modeli i metod integracji psychodelicznej opiera się na wielopokoleniowych praktykach rdzennych kultur i/lub podejściach psychoterapeutycznych [6], żaden z tych modeli/metod nie może być określony jako oparty na dowodach naukowych [17]. Wynika to z braku badań skoncentrowanych na eksploracji, opracowaniu i testowaniu skuteczności modeli/metod integracji psychodelicznej. Zachęcamy więc do prowadzenia i śledzenia przyszłych badań w tym zakresie.

## 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.

## Bibliografia

- Evans, J., Robinson, O.C., Argyri, E.K., Suseelan, S., Murphy-Beiner, A., McAlpine, R., Luke, D., Michelle, K., & Prideaux, E. (2023). Extended difficulties following the use of psychedelic drugs: A mixed methods study. *PLOS ONE*, 18(10), e0293349. DOI: 10.1371/JOURNAL.PONE.0293349.
- Bremner, R., Katati, N., Shergill, P., Erritzoe, D., & Carhart-Harris, R. (2023). Focusing on the negative: cases of long-term negative psychological responses to psychedelics. DOI: 10.31234/osf.io/yzmj.
- Gorman, I., Nielson, E.M., Molinar, A., Cassidy, K., & Sabbagh, J. (2021). Psychedelic Harm Reduction and Integration: A Trans-theoretical Model for Clinical Practice. *Frontiers in Psychology*, 12(March), 1–16. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.645246.
- Aixalà, M. (2022). *Psychedelic integration: Psychotherapy for non-ordinary states of consciousness*. Synergetic Press.
- Greń, J., Tylś, F., Lasocik, M., & Kiraly, C. (2023). Back from the rabbit hole. Theoretical considerations and practical guidelines on psychedelic integration for mental health specialists. *Frontiers in Psychology*, 14, 1054692. DOI: 10.3389/FPSYG.2023.1054692/BIBTEX.
- Bathje, G.J., Majeski, E., & Kudowor, M. (2022). Psychedelic integration: An analysis of the concept and its practice. *Frontiers in Psychology*, 13, 824077. DOI: 10.3389/FPSYG.2022.824077/BIBTEX.
- Lutkajtis, A., & Evans, J. (2023). Psychedelic integration challenges: Participant experiences after a psilocybin truffle retreat in the Netherlands. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(3), 211–221. DOI: 10.1556/2054.2022.00232.
- Yaden, D.B., Le Nguyen, K.D., Kern, M.L., Wintering, N.A., Eichstaedt, J.C., Schwartz, H.A., et al. (2017). The noetic quality: a multimethod exploratory study. *Psychol. Conscious. Theory Res. Pract.* 4, 54–62. DOI: 10.1037/cns0000098.
- Richards, W. (2015). *Sacred knowledge. Psychedelics and religious experiences*. New York: Columbia University Press.
- Brown, K.W., and Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 84, 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Ortigo, K.M., & Richards, W.A. (2021). *Beyond the narrow life: a guide for psychedelic integration and existential exploration*. Synergetic Press.
- Yaden, D.B., Earp, D., Graziosi, M., Friedman-Wheeler, D., Luoma, J.B., & Johnson, M.W. (2022). Psychedelics and psychotherapy: cognitive-behavioral approaches as default. *Frontiers in psychology*, 13, 873279. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.873279.
- Watts, R., & Luoma, J. B. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 15, 92–102. DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.12.004.
- Morgan, N.L. (2020). Integrating psychedelic experiences utilizing the internal family systems therapeutic model. *Int. J. Soc. Sci. Manage. Rev* 3, 257–264. DOI: 10.37602/IJSSMR.2020.3417.
- Pavlovič, I. (2020). Integration of altered states of consciousness according to the process oriented psychology. *Soc Health Horiz* 7:30.
- Mindell, A.S. (1996). „Metaumiejętności. O sztuce psychoterapii”. Wydawnictwo Nuit Magique.
- Greń, J., Gorman, I., Ruban, A., Tylś, F., Bhatt, S., & Aixalà, M. (2023). Call for evidence-based psychedelic integration. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. DOI: 10.1037/PHA0000684.



*Oszacowanie problemowych użytkowników opioidów w Polsce wskazuje na liczbę około 15 tys. osób, co daje wskaźnik 0,55 osoby na 1000 mieszkańców. Skala problemów związanych z opioidami w naszym kraju jest jedną z najmniejszych w Europie.*

## SYTUACJA DOTYCZĄCA OPIOIDÓW W POLSCE

Artur Malczewski, Joanna Szmidt  
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Jedną z głównych przyczyn kryzysu opioidowego w Stanach Zjednoczonych było nadmierne przepisywanie leków opioidowych w celach przeciwbólowych. Od 2015 roku na rynku w Stanach Zjednoczonych zaczęły się pojawiać syntetyczne opioidy, które są bardzo mocne i bardzo tanie. W ostatnich latach ich użytkownicy sięgają przede wszystkim po substancje, które są na czarnym rynku, np. fentanyl i jego pochodne. Opioidy dostają się na rynek Stanów Zjednoczonych różnymi kanałami, zarówno legalnymi, jak i nielegalnymi. Są legalnie produkowane i przepisywane przez pracowników służby zdrowia do leczenia bólu, jednak leki na receptę mogą również być przekazywane nielegalnie i może to nastąpić poprzez fałszywe recepty lub kradzieże z aptek. Opioidy są często przemywane do Stanów Zjednoczonych fizycznie przez granicę lub za pomocą

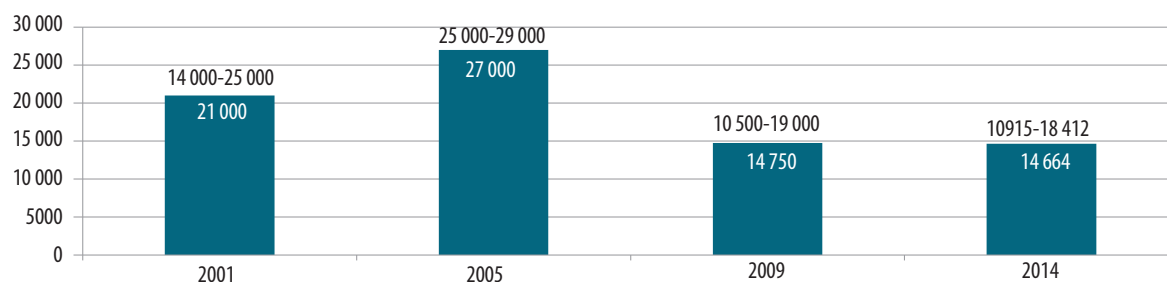
międzynarodowej poczty. Organizacje przemytnicze mogą stosować zaawansowane metody w celu ukrycia narkotyków w kontenerach, pojazdach lub za pomocą kurierów. Fentanyl i pochodne trafiają do Stanów Zjednoczonych z Chin bezpośrednio lub przez granicę z Meksykiem. Źródłem kupna opioidów są nielegalne internetowe rynki na dark webie, gdzie transakcje są anonimowe i trudne do śledzenia, a sprzedawcy mogą wysyłać narkotyki do kupujących za pośrednictwem poczty lub kurierów. Zwalczenie napływu opioidów do Stanów Zjednoczonych wymaga wieloaspektowego podejścia, w tym działań organów ścigania w celu rozbijania grup przemytniczych, zwiększania środków bezpieczeństwa granic, wprowadzania kontroli regulacyjnych dotyczących przepisywania leków na receptę i inicjatyw zdrowia publicznego w celu zapobiegania nadużywaniu

**Tabela 1. Odsetek 18-latków deklarujących używanie heroiny – badanie „Młodzież” Fundacji CBOS i KBPN.**

Rok	2008	2010	2013	2016	2018	2021
Odsetek	1,3	1,9	1,6	1,9	1,8	1,2

Źródło: Fundacja CBOS.

**Wykres 1. Szacowanie liczba osób uzależnionych od opioidów w Polsce.**



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

i uzależnieniu od opioidów. Jak już wspomniano, kryzys opioidowy w Stanach Zjednoczonych był spowodowany nadmiernym przepisywaniem opioidów przez lekarzy. Również Kanada stoi w obliczu poważnego problemu przedawkowania opioidów, chociaż nie występowało w niej zjawisko nadmiernego przepisywania leków opioidowych.

## Używanie opioidów w populacji generalnej w Polsce

Najbardziej popularnymi nielegalnymi substancjami w Polsce wśród osób badanych w ramach ogólnopolskich reprezentatywnych badań była marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z konopiami indyjskimi kiedykolwiek w życiu przyznało się 12,1% badanych według badania z przełomu roku 2018/2019. W przypadku heroiny odsetek wyniósł 0,8% w 2018/2019 roku, a według badania z roku 2010 – 0,2%. Obydwa pomiary odnotowały wyniki dotyczące używania opioidów na bardzo niskim poziomie. Wyniki badań wśród młodzieży (18 lat) Fundacji CBOS i Krajowego Biura

ds. Przeciwdziałania Narkomanii także wskazują na niewielki poziom używania heroiny (tabela 1). Według ostatniego pomiaru wynik wyniósł 1,2% (2021, używanie kiedykolwiek w życiu), a w przypadku marihuany 36,2%.

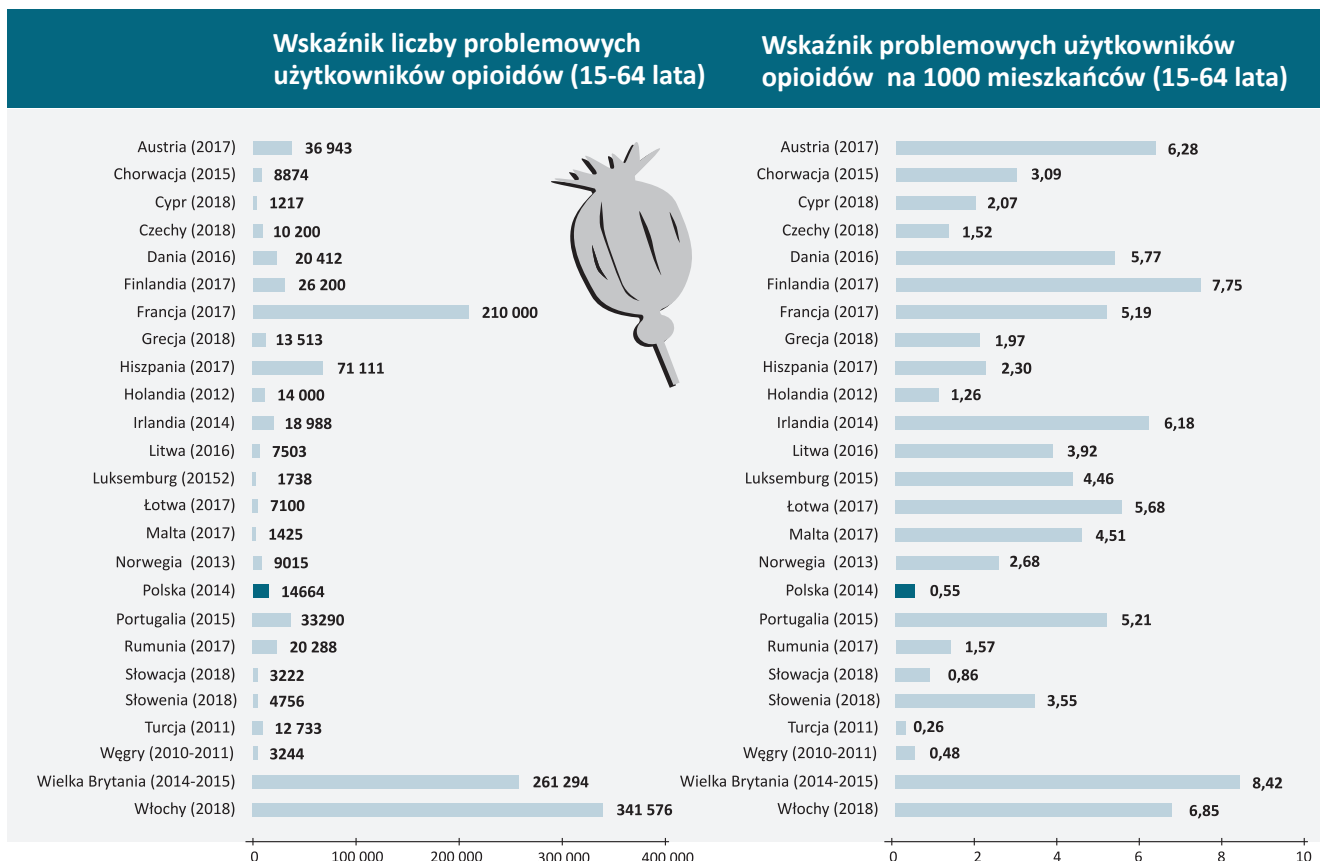
## Szacowanie liczby problemowych użytkowników

Oszacowanie problemowych użytkowników opioidów w Polsce wskazuje na liczbę około 15 tys. osób (wykres 1), co daje wskaźnik 0,55 osoby na 1000 mieszkańców (wykres 2). Skala problemów związanych z opioidami w naszym kraju jest jedną z najmniejszych w Europie.

## Zgłaszalność do leczenia z powodu opioidów

Spośród osób zgłaszających się do leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego z powodu narkotyków, 16% stanowią osoby robiące to w związku z problemami spowodowanymi używaniem opioidów. Jest to trzecia co do wielkości grupa, po użytkownikach stymulantów

Wykres 2. Problemowi użytkownicy opioidów.



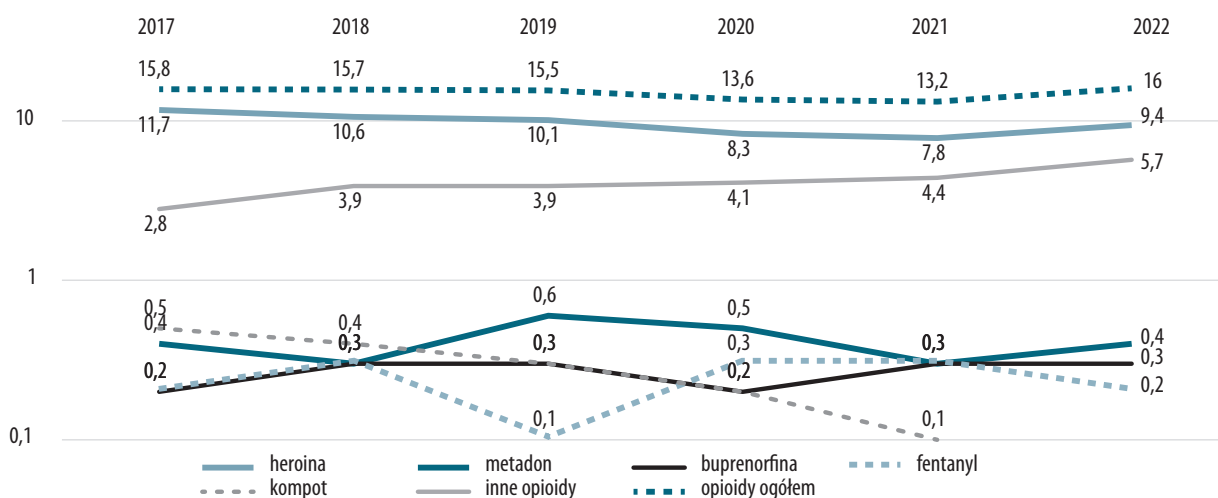
Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA, 2020.

oraz kannabinoidów. Odsetek ten po spadkach w latach 2017–2021 w ostatnim roku nieznacznie wzrósł. Podobnie odsetek dotyczący pacjentów zgłaszających się do leczenia z powodu heroiny. W przypadku innych opioidów (do tej kategorii po części trafiają użytkownicy opioidów farmaceutycznych, głównie kodeiny, morfiny, tramadolu i oksykodonu) mamy do czynienia z niewielkim, ale systematycznym wzrostem przynajmniej od 2018 roku. Przedstawione dane mogą świadczyć o niewielkim wzroście pozamedycznego stosowania leków opioidowych. Zagadnienie to wymaga dalszych analiz. W przypadku fentanylu odsetek ten w ostatnich latach

pozostaje na zbliżonym poziomie i oscyluje w granicy około 0,2-0,3%.

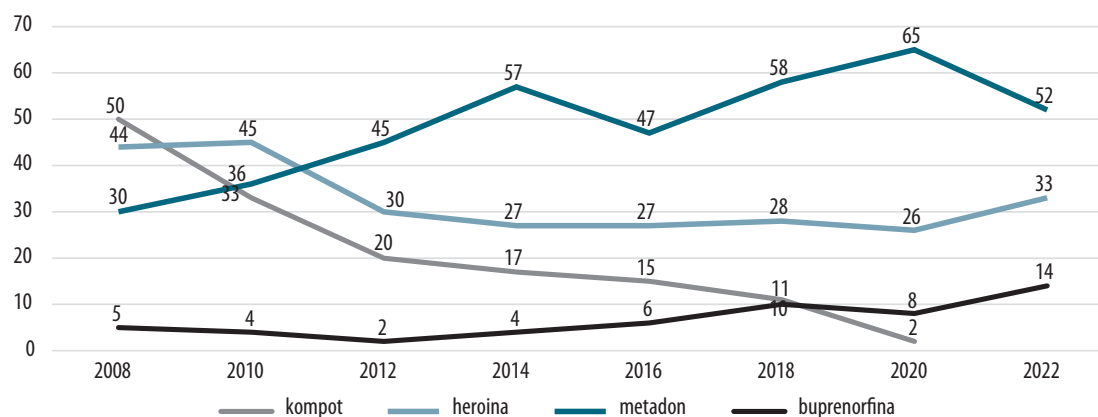
W Polsce prowadzi się także badania klientów programów wymiany igieł i strzykawek (programy niskoprogramowe), które dostarczają informacji na temat populacji ulicznej użytkowników narkotyków. Badania tego typu są prowadzone przez KCPU (przedtem KBPN) od 2008 roku i są elementem działań mających na celu szybką identyfikację nowych trendów pojawiających się wśród tzw. populacji ulicznej użytkowników narkotyków, czyli populacji najbardziej narażonej na wystąpienie szkód zdrowotnych.

**Wykres 3. Zgłaszanie się do leczenia z powodu używania opioidów – narkotyk podstawowy (2017–2022) (dane wskaźnika TDI) (%).**



Źródło: KCPU, obliczenia własne.

**Wykres 4. Używanie opioidów wśród klientów programów niskoprogramowych (wymiany igieł i strzykawek) w latach 2008–2022 (%).**



Źródło: KCPU, obliczenia własne.



**Tabela 2. Liczba recept na oksykodon i fentanyl.**

Rodzaj środka	2019 rok	2023 rok
Oksykodon refundowany	165 482	203 630
Oksykodon nierefundowany	7760	54 496
Fentanyl refundowany	138 983	123 094
Fentanyl nierefundowany	5901	11 389

Źródło: Prezentacja: Czy grozi nam kryzys opioidowy i jak mu zapobiec? Wojciech Kosmowski, Katedra Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu. Konferencja KCPU, Warszawa 18.06.2024 r.

Te badania wskazują na najwyższy poziom rozpowszechnienia używania metadonu. W ostatniej edycji badań (2022) do używania tej substancji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem przyznało się 52% respondentów. Odsetek ten spadł względem lat poprzednich. Używanie buprenorfiny deklarowało 14% respondentów. Należy zaznaczyć, że badania te są badaniami ukierunkowanymi na bardzo specyficzną populację, a próba ma małą liczebność (w 2022 roku było to 357 osób). W badaniach nie znajdują się pytania o oksykodon czy fentanyl, ale analiza kategorii otwartych (inne, jakie?) nie wskazuje na występowanie fentanylu na szeroką skalę. Są to raczej pojedyncze przypadki.

Ponadto w ramach prac nad wczesnym wykrywaniem trendów prowadzona jest bliska współpraca z programami wymiany igieł i strzykawek (osobami pracującymi bezpośrednio w środowisku użytkowników narkotyków), polegająca na wymianie informacji w zakresie nowo pojawiających się substancji używanych przez ich klientów.

## Leki opioidowe

Leki zażywane przez użytkowników to m.in. fentanyl, dihydrokodeina, oksykodon, petydyna, metadon, pentazocyna, buprenorfina, tramadol. Są one dostępne na receptę, w programach substytucyjnych (buprenorfina i metadon) lub na tzw. czarnym rynku. Odnotowywany jest wzrost leków opioidowych sprzedawanych na receptę, które nie są refundowane (tabela 2).

## Nielegalny rynek opioidowy w Polsce

W 2023 roku odnotowano w Polsce rekordowe zabezpieczenie ponad 12 tys. tabletek zawierających metonitazen oznaczonych jako oxycontin. W tym samym roku w Szwecji dokonano zatrzymań osób podróżujących z Polski, które miały ze sobą fałszywe tabletki oxycodonu zawierające metonizatenu. Może to wskazywać na to, że Polska staje się krajem, który nie tylko produkuje synte-

**Tabela 3. Zabezpieczenia fentanyli i nitazenów dokonane przez policję w 2022 roku.**

Nazwa substancji	Ilość zabezpieczonych narkotyków	Liczba zabezpieczeń
4Cl-iBF 4-chloro-izobutyrylfentanyl (g)	4,8	2
Acetylo-a-metylofentanyl (g)	5,1	1
CYKLOPROPYLOFENTANYL (g)	0,2	1
ETONITAZEN (g)	20,3	6
FENTANYL (g)	74,6	7
FU-F (g)	364,7	5
HU-210 (g)	6	1
IZOMETADON (g)	1	1
IZOTONITAZEN (g)	100,8	46

Źródło: Komenda Główna Policji.

**Tabela 4. Zabezpieczenia fentanyli i nitazenów dokonane przez policję w 2023 roku.**

Nazwa substancji	Ilość zabezpieczonych narkotyków	Liczba zabezpieczeń
Acetylo-a-metylofentanył (g)	5,5	1
ETONITAZEN (g)	3,3	3
FENTANYL (g)	1,5	1
HU-210 (g)	2,4	1
IZOTONITAZEN (g)	34,6	34
ETAZEN (g)	177,6	51

Zródło: Komenda Główna Policji.

tyczne stymulanty w Europie (amfetamina, syntetyczne katynony), ale także jest krajem zajmującym się przemytem nitazenów. W Polsce zabezpieczenia fentanyli i jego pochodnych przez policję są na niskim poziomie (tabela 3 i 4). Maleje również ilość zabezpieczonej heroiny: w 2021 roku było to 109,6 kg, w 2022 roku – 19,3 kg, w 2023 roku – 13,2 kg. Dyskusje z przedstawicielami programów redukcji szkód podczas corocznych konferencji tych programów, jak również dane z raportu opublikowanego przez te organizacje w 2023 roku, pokazują, że nie ma sygnałów wskazujących na rosnący problem używania fentanyli w Polsce przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków (Pomfret i in., 2023)<sup>1</sup>.

Rynek opioidów w naszym kraju zmienia się dynamicznie. Polska i ukraińska policja zlikwidowała w okresie letnim 2024 roku największe w Polsce laboratorium syntetycznych opioidów, w którym produkowano metadon w postaci krystalicznej, a także osiem multilaboratoriów w Polsce i w Ukrainie, w których produkowano syntetyczne katynony – mefedron i Alfa-PVP oraz metadon. Łącznie zabezpieczono 195 kg metadonu w postaci krystalicznej, 153 kg Alfa-PVP oraz ponad 430 l mieszanin reakcyjnych różnych rodzajów narkotyków, przygotowanych do końcowego etapu produkcji. Oprócz substancji kontrolowanych zabezpieczono znaczne ilości prekursorów narkotyków i substancji chemicznych niezbędnych do produkcji syntetycznych opioidów i katynonów. Prawdopodobnie metadon był przeznaczony na rynek ukraiński.

## Podsumowanie

Dostępne dane nie odnotowują dużych zmian w zakresie używania fentanyli oraz opioidów w porównaniu do lat poprzednich. Należy jednak zauważyć, że fentanyli,

którego działanie jest silniejsze od opioidów tradycyjnych, ma większy potencjał do wywoływania zatruc, a nawet powodowania zgonów użytkowników. Stąd nawet sporadyczne pojawienie się tej substancji na rynku narkotykowym może powodować zagrożenie. Ponadto scena narkotykowa charakteryzuje się dużą dynamiką, a zmiany na niej mogą zachodzić szybko, często wyprzedzając systemy monitorujące. Przygotowując się na ewentualne zmiany na rynku narkotykowym, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom wspiera programy redukcji szkód w uruchomieniu programu naloksonowego, w ramach którego użytkownicy opioidów mieliby dostęp do naloksonu w postaci inhalatorów (donosowo). Nalokson jest czystym agonistą receptorów opioidowych, który odwraca i znosi działanie opioidów, co zapobiega występowaniu depresji oddechowej i śmierci w wyniku przedawkowania. Ponadto w 2023 roku KCPU zleciło przeszkolenie pracowników programów redukcji szkód w zakresie udzielania pierwszej pomocy pozamedycznej w przypadkach zatruc opioidami. Syntetyczne opioidy, takie jak fentanyli, mogłyby zastąpić obecnie rozpowszechnione w Polsce opioidy, takie jak heroina, jeśli stanie się ona mniej dostępna. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na sytuację w Afganistanie, gdzie doszło do ograniczenia produkcji maku lekarskiego, co w efekcie może spowodować spadek dostępności heroiny w Europie.

W przypadku krajów UE sąsiadujących z Polską również nie odnotowujemy dużego używania opioidów w celu odurzania się, z wyjątkiem Litwy.

## Przypisy

<sup>1</sup> Pomfret A. i in. (2023), „Raport miejski – Warszawa. Krytyczna analiza sytuacji w obszarze redukcji szkód w dzielnicy Praga-Północ”. Amsterdam, Correlation - European Harm Reduction Network. ISBN: 9789083391526.

*W terapii zaburzeń hazardowych tradycyjne podejście skupia się na dążeniu do utrzymywania całkowitej abstynencji jako celu leczenia, co często traktowane jest w kategoriach miernika sukcesu terapeutycznego. To podejście, choć efektywne dla wielu pacjentów, nie zawsze jest realistyczne lub atrakcyjne dla wszystkich osób zmagających się z problemem uprawiania hazardu. Z tego względu w ostatnich latach zaczęto rozważać alternatywne metody leczenia, które nie wymagają pełnej abstynencji, ale zamiast tego oferują możliwość kontrolowanego grania.*

# GOTOWOŚĆ PROFESJONALISTÓW I OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI DO PRZYJĘCIA KONTROLOWANEGO GRANIA JAKO CELU LECZENIA

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

## Wprowadzenie

Debata w środowisku naukowym zajmującym się różnorodnością celów terapeutycznych w leczeniu zaburzeń alkoholowych znalazła odzwierciedlenie również w literaturze dotyczącej terapii zaburzeń hazardowych. W podejściu tradycyjnym utrzymywanie całkowitej abstynencji od grania w gry hazardowe jest zarówno pożądanym celem leczenia, jak i miernikiem sukcesu terapeutycznego (Błaszczński i in., 1991; Ladouceur, 2005; Ladouceur i in., 2009; Slutske i in., 2010). Jednakże w opozycji do tego tradycyjnego podejścia pozostaje pogląd, że zaoferowanie pacjentom opcji leczniczej niewymagającej zachowania abstynencji może stanowić bardziej realistyczną i atrakcyjną propozycję leczenia dla wielu zainteresowanych. Może to skutkować większym odsetkiem osób utrzymujących się w terapii (Błaszczński, 1991; Ladouceur i in., 2009). Do tej pory przeprowadzono niewiele badań empirycznych, których celem byłoby zbadanie wpływu, jaki ma wybór celów terapeutycznych na podjęcie i przebieg leczenia. Sprawy nie ułatwia brak operacyjnej definicji tego, co może być uważane za *moderation goal*, tym bardziej, że takie sformułowania jak „umiarkowane uprawianie hazardu”, „kontrolowane uprawianie hazardu” i „ograniczenie uprawiania hazardu” są używane zamiennie w badaniach i literaturze.

Zaburzenia hazardowe obejmują zróżnicowane zachowania, które można scharakteryzować za pomocą szeregu wskaźników diagnozujących ich intensywność i głębokość. Stąd również cel, jakim jest wyzdrowienie (*recovery*), musi być szacowany z uwzględnieniem wskaźników psychospołecznych, behawioralnych i ekonomicznych (Nower i Błaszczński, 2008).

W przeglądzie literatury przeprowadzonym przez Suurvali i innych (2009) zidentyfikowano liczne bariery utrudniające podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia, w tym te wynikające z dominacji modelu abstynencyjnego i braku opcji dla osób, które nie zamierzają całkowicie zrezygnować z hazardu. Niektórzy gracze cenią sobie emocjonalne i społeczne korzyści płynące z grania i nie chcą z niego zrezygnować, co potwierdziły również osoby z zaburzeniami hazardowymi w badaniu przeprowadzonym przez Evansa i Delfabbro (2005).

Warto zauważyć, że cele leczenia mogą ewoluować w trakcie jego trwania. Ladouceur i inni (2009), którzy realizowali badania w trakcie prowadzonej terapii kognitywno-behawioralnej skoncentrowanej na nauczaniu kontrolowanego uprawiania hazardu, odkryli, że 34% pacjentów utrzymało swój początkowy cel leczenia, podczas gdy 39% postanowiło go zmodyfikować i dążyć do abstynencji.



Badania potwierdziły skuteczność podejścia terapeutycznego, które nie wymaga pełnej abstynencji, pokazując, że umiarkowany hazard jest często wybieranym sposobem radzenia sobie z problemem, zarówno przez osoby działające na własną rękę, jak i te korzystające z profesjonalnej pomocy (Dowling i in., 2009; Slutske i in., 2010; Weinstock i in., 2007). Gracze przyjmują rozmaite strategie czy rozwiązania, które pozwalają im lepiej kontrolować swoje zachowanie i minimalizować szkody, jakie ponoszą. Popularną strategią jest ustanawianie przez graczy limitów finansowych (Currie i in., 2020; Wiebe i in., 2005; Walker i in., 2015; Auer i Griffiths, 2013). Badanie Rodda i innych (2019) pokazało, że gracze grający w gry elektroniczne przyjmują od jednej do kilku strategii, takich jak: ustalenie limitów finansowych przed rozpoczęciem gry, przynoszenie określonej kwoty w gotówce na grę i niezabieranie kart kredytowych do miejsc, w których uprawiają hazard.

Badanie przeprowadzone w Australii przez Dowlinga i Smitha (2007) wykazało, że jednym z głównych powodów wybierania alternatywnych celów leczenia jest przekonanie, iż pełna abstynencja stanowi nierealistyczny i przytłaczający cel. Z drugiej strony, dominującą przyczyną wyboru abstynencji była świadomość braku możliwości kontrolowania hazardu. Co interesujące, w badaniu Dowlinga i Smitha (2007) częściej za abstynencją opowiadały się kobiety, które stanowiły dwie trzecie uczestniczek programu. Poza tym pacjenci wybierający kontrolowane granie, charakteryzowali się krótszym czasem utrzymywania abstynencji poprzedzającym leczenie, brakiem przekonania o tym, że hazard problemowy to zaburzenie wymagające dożywotniego utrzymywania abstynencji oraz z mniejszym nasileniem problemu (Ladouceur, 2005; Dowling i Smith, 2007).

## Metodologia badania

Badanie miało charakter jakościowy. Uwzględnione dane zostały zebrane z wykorzystaniem dwóch rodzajów technik badawczych. Jedną z nich były zogniskowane wywiady grupowe (ZWG, N=2), a drugą semistrukturyzowane wywiady indywidualne (N=40).

Zogniskowane wywiady grupowe prowadzone były wśród specjalistów psychoterapii uzależnień. Prze-

prowadzono dwa ZWG. Pierwszy (N=7) zrealizowano na początku projektu, przed prowadzeniem wywiadów indywidualnych. Jego celem było przygotowanie dyspozycji do wywiadów, które pozwoliłyby na zebranie danych, odpowiadających celom badania. Drugi ZWG (N=7) został przeprowadzony już po analizie materiału uzyskanego podczas wywiadów indywidualnych i sformułowaniu pierwszej wersji rekomendacji dla programu kontrolowanego grania. Jego celem było omówienie rekomendacji z ekspertami, aby jak najlepiej dostosować je do grupy odbiorców.

Wywiady indywidualne prowadzone były w dwóch grupach respondentów – ze specjalistami psychoterapii uzależnień i osobami z zaburzeniami hazardowymi. Pozwoliło to na dywersyfikację materiału badawczego oraz przyjrzenie się problemowi z różnych perspektyw. W sumie zrealizowano 40 wywiadów wśród:

- specjalistów psychoterapii uzależnień (N=20),
- osób z zaburzeniami hazardowymi (N=20).

## Wyniki

Zdecydowana większość respondentów uważa, że kontrolowane granie w przypadku osób, które już trafiają do leczenia, jest niemożliwe. Jeden z terapeutów zauważył, że pacjenci zbyt późno trafiają do leczenia i ich straty są już bardzo poważne, stąd w ich przypadku kontrolowane uprawianie hazardu się nie sprawdza.

*STU: Ale też w swoim doświadczeniu nie spotkałam pacjentów, którzy chcieliby w ten sposób korzystać z grania, dlatego że zgłaszały się do mnie osoby, które miały bardzo duże konsekwencje z powodu grania i na takim późnym etapie orientowały się, że ten problem już jest bardzo głęboki i trudny do pokonania poprzez ograniczanie. (BS31052023PROF)*

Jednak pojawiły się również inne głosy, które wskazywały na możliwość kontrolowanego uprawiania hazardu. Zależy jest to od fazy zaburzenia, w której zgłasza się pacjent.

*STU: W zasobach naszych pacjentów, w różnych fazach uzależnienia, z jakimi się do nas zgłaszają, nie możemy wykluczyć tego, że ten powrót do kontrolowanego uprawiania hazardu jest możliwy, a przy uzależnieniach behawioralnych często się zdarza,*

że pacjenci potrafią po prostu powrócić do pewnej kontroli swoich zachowań. (EG22062023PROF)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi wyrażają sceptycyzm wobec terapii, która zezwala na kontrolowane granie w gry hazardowe poprzez ustanowienie limitów finansowych i czasowych. Ich zdaniem jakiegokolwiek ograniczenia nadal pozostawiają gracza w stanie uzależnienia, co oznacza, że problem nie zostaje w pełni rozwiązany. Ograniczenie grania może nie wystarczyć do pokonania głęboko zakorzenionych impulsów i emocji związanych z graniem. Zdaniem niektórych osób z zaburzeniami hazardowymi próba kontroli grania, po dłuższym okresie abstinencji, mogłaby wywołać silne emocje i pragnienie gry, które byłyby trudne do opanowania. Osoba z zaburzeniami hazardowymi: – A czy taka terapia, która by pozwalała na kontrolowane granie, czyli że określa się limit finansowy, limit czasowy, czy takie coś mogłoby być celem terapii?

Myślę, że nie. Ograniczyć swoje uzależnienie to oznacza, że dalej jest się w uzależnieniu.

– Czyli kierunek całkowita abstinencja?

Tak. No nie wyobrażam sobie teraz, jakbym spróbował, bo ponad rok no nie próbowałem, nic nie robiłem w kierunku mojego uzależnienia, ale myślę, że te emocje, ta chęć do tej gry, dostarczania tego wszystkiego by nie pozwoliła na żadne kontrolowanie. (JM220620233GD)

Osoby z zaburzeniami hazardowymi obawiają się, że nawet jeśli na początku byłyby w stanie kontrolować swoje granie, to jednak po pewnym czasie wróciłyby do poprzedniego wzoru grania. Mają obawy dotyczące skuteczności i trwałości rezultatów wynikających z przyjęcia celu leczenia polegającego na ograniczaniu grania.

Osoba z zaburzeniami hazardowymi: Prędzej czy później, no kilka razy może udać się skontrolować, ale to jest na bardzo krótki czas. Prędzej czy później i tak, i tak nie będziemy tego kontrolować i tylko o tym się przekonamy, dzięki czemu właśnie może te osoby podejmą leczenie, no takie normalne, że tak powiem, bez tego kontrolowania i się o tym przekonają, że nic innego nie da im uzdrowienia tutaj. (MK04072023GD)



Profesjoniści podkreślają, jak ważne jest postawienie rzetelnej diagnozy, która pokaże, na jakim etapie rozwoju problemu jest pacjent i czy jego problem nie jest zbyt nasilony, by próbować ograniczać granie. W przypadku osób jeszcze niezależnionych lub osób, których problem nie jest bardzo zaawansowany, celem leczenia mogłoby być kontrolowane granie. STU: *Wszystko zależy od diagnozy tak naprawdę. Czyli najpierw należałoby tę osobę, która chce terapii, zdiagnozować, zobaczyć, jaką głębokość ma ten patologiczny hazard, na ile ta kontrola w ogóle jest w jakikolwiek sposób możliwa. Przypuszczam, że jeśli ktoś byłby na granicy na przykład, albo gdyby to jego granie nie było takie, założymy, bardziej szkodliwe, no to myślę sobie, że to mógłby być cel terapii.* (JM27062023PROF)

Większość profesjonalistów dopuszcza możliwość, by pacjent spróbował kontrolowanego grania. Niektórzy z nich traktują ten etap jako przejściowy w dążeniu do abstynencji. Podejście takie może być przydatne dla osób, które nie są jeszcze całkowicie przekonane o konieczności utrzymywania abstynencji, ale chcą eksperymentować z ograniczeniem grania. Przejście przez etap kontrolowanego grania może dać im możliwość zrozumienia, że pełna kontrola nad hazardem jest złudna i w ostateczności przekonać ich do przyjęcia abstynencji jako ostatecznego celu. W tej perspektywie kontrolowane granie służy jako narzędzie terapeutyczne, które umożliwia osobom zmagającym się z hazardem doświadczenie swoich granic i potencjalnych trudności z zachowaniem ustalonych limitów, co może skłonić ich do zdecydowania się na całkowite zaprzestanie grania.

STU: *Myślę, że mógłby [kontrolowany hazard – autorzy] być [celem – autorzy], jeżeli ktoś by chciał, byłby nastawiony na to, że chce spróbować kontrolować i później się przekonuje, że to jest jednak złudne. Więc może to być etap przejściowy, jak najbardziej, jeżeli ktoś nie jest zdecydowany na pełną abstynencję, to mógłby to być etap przejściowy.* (MK04072023PROF)

Jeden z profesjonalistów zwraca uwagę, że jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które nie mają gotowości do utrzymywania abstynencji, by dać im możliwość ograniczania grania, po to, by w ogóle trafili do leczenia.

STU: *Myślę sobie, że mógłby być [kontrolowane granie – autorzy] jako taki cel pierwszy. Znaczą,*

*jeśli ktoś by się zgłosił i nie miał takiej całkowitej potrzeby, czy nie wyobrażał sobie, że ta całkowita wstrzeźliwość jest możliwa, to pierwszym etapem być może mogłoby być sprawdzenie, czy ograniczenie tych czynności związanych z uprawianiem hazardu wprowadzi jakieś korzyści w jego życiu i nie będzie powodowało dalszej destrukcji.* (BS31052023PROF)

Z perspektywy ograniczania szkód istotne mogą być wszelkie korzystne zmiany w zachowaniu, gdyż nie każdy gracz jest w stanie osiągnąć abstynencję, a w niektórych przypadkach utrzymanie pacjenta w leczeniu jest już sukcesem. Podejście kontrolowanego grania ma znaczenie terapeutyczne, gdyż chociaż zmiany zachodzą powoli, dostarczają one pacjentom satysfakcji i poczucia, że uczestnictwo w terapii ma sens. Ta stopniowa zmiana pozwala na rozwijanie i wzmacnianie umiejętności, takich jak samoregulacja emocji, co z kolei umożliwia pacjentom efektywniejsze radzenie sobie z impulsami nad niepożądanymi zachowaniami, jak na przykład nadużywanie substancji. Terapia to długotrwały proces i zmiany w zachowaniu wymagają czasu, ale te drobne kroki są kluczowe dla sukcesu terapeutycznego. Pozwalają one na obserwację postępów, które są motywujące dla pacjentów i utrzymują ich zaangażowanie w proces terapeutyczny.

STU: *Często zostają [pacjenci – autorzy] i na przykład czasami, naprawdę bardzo drobnymi kroczkami, minimalizują jakieś swoje zachowania, ale na tyle widocznie z satysfakcją, czy z poczuciem sensu, że w tej terapii zostają. Chociaż są to rzeczywiście długie procesy i często takie bardzo powolne. Dla nich [pacjentów – autorzy] zmiana w konkretnym zachowaniu, np. ograniczenie czegoś, pociąga zmianę innych rzeczy, no chociażby w samoregulacji emocji, które pozwalają później na to, że ktoś częściej był w stanie powstrzymać się przed zachowaniem czy zażyciem substancji.* (MK28062023PROF)

Profesjoniści, nawet jeśli nie mają przekonania, że kontrolowane granie może przynieść pozytywne rezultaty, to zwykle zachowują otwartość, by przynajmniej spróbować, czy to może działać. Niektórzy terapeuci rozważali możliwości wprowadzenia podejścia ograniczania grania w prowadzonej przez siebie terapii indywidualnej, ale nie grupowej. Realizacja programu kontrolowanego grania w podejściu indywidualnym mogłaby być szansą obserwacji



efektów prowadzonych oddziaływań. Z wypowiedzi respondenta wynika, że wyraża on gotowość do zmiany swojego krytycznego podejścia, jeśli wyniki procesu leczenia byłyby obiecujące.

*STU: Myślę, że tak (spróbowałby podejścia ograniczania grania – autorzy), no ale to wynika też z tego, że dzisiaj trochę gadam teoretycznie. Ja myślę sobie, że jak najbardziej ofertę bym wprowadziła tutaj do poradni. Bardziej też myślę sobie, że na początek pewnie byłaby to oferta w kontakcie indywidualnym, bo pewnie pacjenta, który próbuje ograniczać, na grupę taką, gdzie pracują nad abstynencją, bym nie włączyła. Ale w kontakcie indywidualnym jak najbardziej mogłabym pracę podjąć, właśnie chociażby z ciekawości, czy moje przekonania się pokrywają, czy też nie. Bo zawsze mogę zmienić zdanie w tym kierunku, jeżeli będę miała doświadczenie, a dzisiaj to trochę teoretycznie mówię.* (MK04072023PROF)

Jednak sami profesjonaliści wskazują na swój brak wiedzy i doświadczenia w prowadzeniu terapii, której celem byłoby ograniczanie grania, więc trudno oczekiwać, że wyjdą z taką propozycją do pacjenta.

*STU: Byśmy musieli mieć mocne przeszkolenie, bo ja na przykład w ogóle w tym temacie nie jestem ekspertem, więc nie chciałabym się jakoś angażować w liczenie z pacjentem tych kwot.* (BS12062023PROF)

Z kolei osoby z zaburzeniami hazardowymi często nie mają nawet świadomości, że istnieje taki rodzaj oferty leczniczej i nie wiedzą dokładnie, na czym to podejście polega. Mimo dostępności informacji w internecie, większość ludzi nie korzysta z tego źródła. Zamiast tego woli zwrócić się bezpośrednio do specjalisty, któremu przypisują status autorytetu. Pacjenci oczekują, że to właśnie specjalista, na etapie wstępnej diagnozy, przedstawi im dostępne opcje leczenia i różnorodne podejścia terapeutyczne. Tylko nieliczni samodzielnie dokonują dogłębnej analizy dostępnych form psychoterapii, wybierając sposób leczenia, który najbardziej odpowiada ich potrzebom. To wskazuje na znaczenie roli specjalistów jako kluczowych mediatorów w procesie leczenia i edukacji zdrowotnej.

*STU: Moim zdaniem zainteresowanie jest, jeżeli są kampanie edukacyjne i ludzie w ogóle wiedzą, że coś takiego istnieje. Większość ludzi zdecydowanie pomimo dostępu do Internetu nie sprawdza, nie googla i idzie do specjalisty, w cudzysłowie powiem,*

*do autorytetu, licząc na to, że to specjalista bardziej na poziomie wstępnej diagnozy zapozna pacjenta z możliwościami leczenia i różnymi formami, podejściami czy programami. Ludzie tego nie robią. Myślę, że na palcach można policzyć pacjentów, którzy wysoko funkcjonując, rzeczywiście zrobią sobie taką analizę, z jakiego podejścia psychoterapii chcą korzystać, z jakiego programu, jak chcą być leczeni. Raczej jakby opierają się tutaj na kwestii właśnie autorytetu specjalisty.* (ZWG29032023)

## Podsumowanie

W terapii zaburzeń hazardowych tradycyjne podejście skupia się na dążeniu do utrzymywania całkowitej abstynencji jako celu leczenia, co często traktowane jest w kategoriach miernika sukcesu terapeutycznego. To podejście, choć efektywne dla wielu pacjentów, nie zawsze jest realistyczne lub atrakcyjne dla wszystkich osób zmagających się z problemem uprawiania hazardu. Z tego względu w ostatnich latach zaczęto rozważać alternatywne metody leczenia, które nie wymagają pełnej abstynencji, ale zamiast tego oferują możliwość kontrolowanego grania.

Kontrolowane granie zakłada ustalenie z góry określonych limitów finansowych i czasowych, które mają na celu ograniczenie skutków negatywnych zachowań związanych z hazardem. Chociaż ta koncepcja jest obiecująca jako teoretyczna alternatywa, w praktyce spotyka się ze sceptycyzmem zarówno wśród profesjonalistów, jak i osób z zaburzeniami hazardowymi. Wielu uważa, że jakiegokolwiek ograniczenia w grze wciąż pozostawiają osobę w stanie uzależnienia, a próby kontrolowania hazardu mogą nie być wystarczające do przezwyciężenia głęboko zakorzenionych impulsów i emocji związanych z graniem.

Mimo tych obaw, niektórzy terapeuci i badacze sugerują, że kontrolowane granie może służyć jako użyteczne narzędzie terapeutyczne, szczególnie jako etap przejściowy. Dla osób, które nie są gotowe lub przekonane do pełnej abstynencji, podejście to może stanowić pierwszy krok do zrozumienia trudności związanych z kontrolą nad hazardem. Przechodzenie przez etap kontrolowanego grania może uświadamiać niektórym pacjentom złudną naturę takiej kontroli i stopniowo prowadzić ich do

wniosku, że w ich przypadku pełna abstynencja jest bardziej pożądanym i skutecznym rozwiązaniem. Podejście ograniczania grania, choć w pewnym sensie kontrowersyjne, może dostarczać pacjentom satysfakcji i poczucia kontroli, które są ważne w początkowych fazach leczenia. Może również służyć jako narzędzie do rozwijania umiejętności, takich jak samoregulacja emocji, co z kolei może przyczynić się do lepszego radzenia sobie z impulsami do niepożądanych zachowań.

Kluczowym aspektem jest również elastyczność terapeutyczna, pozwalająca na dostosowanie metody leczenia do zmieniających się potrzeb i reakcji pacjenta na terapię. Niektórzy profesjonaliści, choć sceptyczni co do trwałej skuteczności kontrolowanego grania, są otwarci na eksplorację tego podejścia, jeśli może ono przynieść korzyści pacjentowi. Ważne jest, aby każde podejście terapeutyczne było dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta, uwzględniając jego osobiste doświadczenia i stan zdrowia psychicznego. Praktyka pokazuje, że nawet drobne, stopniowe zmiany w zachowaniu mogą przynieść znaczące korzyści terapeutyczne. Warto zauważyć, że w podejściu zakładającym ograniczanie grania jest możliwość zmiany celów terapeutycznych, gdy wyniki leczenia nie spełniają oczekiwań zarówno terapeuty, jak i pacjenta.

Debata na temat efektywności kontrolowanego grania w leczeniu zaburzeń hazardowych jest daleka od zakończenia, ale ważne jest, aby profesjonaliści zachowali otwartość na różne metody leczenia, które mogą lepiej odpowiadać potrzebom różnych grup pacjentów. Korzyści dotyczące kontrolowanego grania nie mogą więc być rozpatrywane tylko w kategoriach grania, ale również w kontekście jakości życia graczy, u których poprawia się nie tylko sytuacja rodzinna, zawodowa i finansowa, ale również ich zdrowie psychiczne. Kontrolowane granie może być celem samym w sobie, ale co istotne, dla wielu jest jedynie wstępem do utrzymywania abstynencji.

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

## Bibliografia

- Auer M. & Griffiths M.D. (2013). „Voluntary limit setting and player choice in most intense online gamblers: an empirical study of gambling behaviour”, *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 647–660. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9332-y>.
- Błaszczynski A., McConaghy N. & Frankova A. (1991). „Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up”, *British Journal of Addiction*, 86, 299–306. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01782.x.
- Currie S.R., Brunelle N., Dufour M., Flores-Pajot M.C., Hodgins D., Nadeau L. & Young M. (2020). „Use of Self-control Strategies for Managing Gambling Habits Leads to Less Harm in Regular Gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 685–698. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09918-0>.
- Dowling N. & Smith D. (2007). „Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling”, *Journal of Gambling Studies*, 23, 335–345. doi:10.1007/s10899-007-9064-6.
- Dowling N., Smith D. & Thomas T. (2009). „A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling”, *Journal of Gambling Studies*, 25, 201–214. doi:10.1007/s10899-009-9116-1.
- Evans L., Delfabbro P.H. (2005). „Motivators for change and barriers to help-seeking”, *Journal of Gambling Studies*, 21, 2, 133–155.
- Ladouceur R. (2005). „Controlled gambling for pathological gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 21, 51–59. doi:10.1007/s10899-004-1923-9.
- Ladouceur R., Lachance S. & Fournier P.M. (2009). „Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling?”, *Behaviour Research and Therapy*, 47, 189–197. doi:10.1016/j.brat.2008.11.004.
- Nower L. & Błaszczynski A. (2008). „Recovery in pathological gambling: an imprecise concept”, *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1844–1864. <https://doi.org/10.1080/10826080802285810>.
- Rodda S., Bagot K., Manning V. & Lubman D. (2019). „‘Only take the money you want to lose’ strategies for sticking to limits in electronic gaming machine venues”, *International Gambling Studies*. 19. 1–19. 10.1080/14459795.2019.1617330.
- Slutske W.S., Piasecki T.M., Błaszczynski A. & Martin N.G. (2010). „Pathological gambling recovery in the absence of abstinence”, *Addiction*, 105, 2169–2175. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03080.x.
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J. (2009). „Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature”, *Journal of Gambling Studies*, 25, 3, 407–424.
- Walker D.M., Litvin S.W., Sobel R.S. et al. „Setting Win Limits: An Alternative Approach to “Responsible Gambling”?”, *Journal of Gambling Studies* 31, 965–986 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9453-6>.
- Weinstock J., Ledgerwood D.M. & Petry N.M. (2007). „Association between posttreatment gambling behavior and harm in pathological gamblers”, *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 185–193. doi:10.1037/0893-164X.21.2.18.
- Wiebe J., Mun P. & Kauffman N. (2006). „Gambling and Problem Gambling in Ontario 2005”, Toronto, ON: Responsible Gambling Council (Ontario).

*Spożywanie alkoholu w trakcie pracy, bycie pod jego wpływem zwiększa ryzyko wystąpienia urazów i wypadków, zachowań agresywnych, może prowadzić do pogorszenia jakości realizowanych zadań itp. Nawet jednokrotny brak trzeźwości może być traktowany jako ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych<sup>1</sup>. W 2022 roku, realizując jeden z projektów Fundacji Poza Schematami, interesowaliśmy się właśnie tą sferą<sup>2</sup>. Zapytaliśmy grupę wybranych osób o ich opinie i doświadczenia dotyczące używania alkoholu i bycia pod jego wpływem w miejscu pracy.*

## ALKOHOL W MIEJSCU PRACY – RÓŻNE DOŚWIADCZENIA I OPINIE

Marcin J. Sochocki  
Fundacja Poza Schematami

Badanie zrealizowano za pośrednictwem 20 indywidualnych wywiadów pogłębionych online. Próbę dobrano w sposób celowy z uwzględnieniem płci, wieku (trzy przedziały: 18–25 lat, 26–35 lat, od 36 lat), wykształcenia (trzy przedziały: poniżej średniego, średnie, wyższe)<sup>3</sup>.

### Dopuszczalne czy niedopuszczalne?

Część badanych mówiła, że mimo iż w ich zakładach pracy obowiązuje zakaz spożywania alkoholu, to obserwowali sytuacje jego używania przez pracowników. Relacjonowano, że pracownicy ci starali się kamuflować używanie alkoholu, np. spożywając go z butelki po soku. Mówiono, że brak trzeźwości w miejscu pracy może stanowić zagrożenie dla innych. Pojawiły się też opisy picia alkoholu przez pracowników bezpośrednio przed pracą (np. w autobusie w drodze do pracy) lub wcześniej (np. poprzedniego dnia), jednak nie na tyle, żeby alkohol przestał być wyczuwalny.

*Mam przykłady ze swojej pracy, koleżanka przynosiła alkohol w małej buteleczce jako soczek, niestety wpadła<sup>4</sup>. • U nas już w ogóle nie można pić, nie ma żadnych uroczystości, to jest pilnowane. • Widzę czasem, jak już w autobusie panowie otwierają piwo, a po drodze jest monopolowy, gdzie kupują małą buteleczkę wódki, wypijają i wyrzucają. Tak więc piją już w drodze do pracy. • To jest nawet gorsze dla nas niż dla tej osoby, ona może nam zaszkodzić celowo albo niecelowo.*

Odnotowano opinię, że w szczególnych okolicznościach spożywanie alkoholu przez pracowników jest, zdaniem

badanych, dopuszczalne, ale nie na terenie zakładu, lecz np. podczas firmowych wigilii. Inni byli zdania, że umiarkowane, okazjonalne spożywanie alkoholu w miejscu pracy jest dopuszczalne, np. po uzyskaniu zgody przełożonych. Inny wariant tego stanowiska sprowadza się do przyzwolenia na wspólne spożywanie alkoholu przez pracowników na terenie zakładu pracy, ale po zakończonej zmianie i nie przy stanowisku pracy. *Picie jest zakorzenione w kulturze i związane z celebracją, więc dobre wino w małej ilości [w miejscu pracy jest do przyjęcia]. • Jeśli by się uzyskało zgodę, to można. • [Pić można ale] nie w czasie pracy i gdzieś w ogrodzie [który jest na terenie zakładu pracy].*

Pojawiły się też opisy reakcji przełożonych, gdy nietrzeźwość pracowników została ujawniona:

- zwolnienie z pracy,
- ustalenie z pracownikiem po incydencie nietrzeźwości, że każdorazowo w pracy będzie trzeźwy,
- testowanie trzeźwości, za zgodą pracownika,
- odesłanie do domu,
- wezwanie policji,
- ignorowanie objawów nietrzeźwości pracowników.

Mówiono także, że obserwowano, iż zdarzają się przypadki tolerancji lub społecznego przyzwolenia ze strony pracowników na nietrzeźwość w miejscu pracy. Przejawem tego było np. niezgłaszanie nietrzeźwości współpracowników lub ukrywanie ich stanu przed przełożonymi albo przejmowanie obowiązków. Relacjonowano, że czasem dochodzi do wspólnego spożywania alkoholu przez pracowników i przełożonych. Mówiono także o tolerowaniu zjawiska nietrzeźwości pracowni-



ków przez przełożonych. Zwrócono również uwagę na brak procedur pomocy czy wsparcia dla osób, których nietrzeźwość w pracy może być przejawem poważnych problemów.

*Ktoś przychodził „wczorajszy” i już nie pracował. • Koleżanka umówiła się z przełożoną, że nie będzie już pić i pozwoli badać się alkomatem, ale któregoś dnia, na popołudniowej zmianie wpadła, bo poprzedniego dnia się napiła, a rano wypła piwko na kaca. Kierownik wyczuł od niej alkohol, nie dopuścił jej do pracy. Od razu uruchomili te procedury. Tam była policja wezwana. • Majster go zbadał i wyszło 0,3 promila alkoholu albo nawet więcej i wysłał go do domu • Często to do przełożonych nie dochodzi. Ale jedna pani straciła pracę, tyle że ona już wcześniej piła, i któregoś dnia przyjechała tak, że już się nie dało zignorować i musieli zgłosić. Ale współpracownicy raczej nie zgłaszają, a przełożeni udają, że nie widzą. • Kolega kolegę kryje, a nie zawsze przełożony jest na dyżurze. • Zdarzało się, że ktoś przychodził „wczorajszy”, ale nie robiono z tego tematu i nie było wypadków. Szef nie zauważał, natomiast koledzy takiej osoby byli normalni, tzn. pomagali, przejmowali obowiązki. • Panuje przyzwolenie, żeby nie robić afery. • U nas czasem można wypić coś z kolegami i szefostwem po pracy. • Były sytuacje picia w pracy i przychodzenia po alkoholu,*

*bo to specyficzna branża, stres, a dodatkowo wielkie ego. Zwłaszcza w pandemii ludzie przestali sobie radzić ze stresem, obciążeniem i ze strony przełożonych było przyzwolenie na alkohol, dopóki były wyniki. Nie pili dla rozrywki, tylko dlatego, że nie radzili sobie. • Jest psycholog zakładowy, ale wszyscy wiedzą, że to ucho prezesa i nikt do tej pani nie chodzi.*

## Zachowanie przełożonych

Badani pytani o to, w jaki sposób powinien zachować się przełożony, gdy ujawniona została nietrzeźwość pracowników, mieli zróżnicowane opinie. Jedni twierdzili, że takie osoby należy po prostu wyrzucać z pracy (zastrzegając czasem przy tym, że badani nie znają się na problematyce uzależnień). Inni uważali, że danego dnia nietrzeźwa osoba powinna zostać odsunięta od pracy, a dalej przełożeni powinni stosować przewidziane w tych okolicznościach procedury lub ustalić z pracownikiem dalszą formułę współpracy, uwzględniając specyficzne uwarunkowania. Podkreślano czasem przy tym wartość przeprowadzania odpowiedniej rozmowy z pracownikiem, zaoferowania pomocy. Zwracano także uwagę, że nie należy ignorować takich sytuacji lub traktować je w sposób pobłażliwy, także ze względu na dobro osoby, której nietrzeźwość dotyczy.



Pojawił się wątek rodzaju wykonywanej pracy. Stwierdzano, że są zawody (np. kierowcy), gdzie trzeźwość powinna być obligatoryjnie wymagana, są też takie zajęcia, w których nie ma to już takiego znaczenia (np. mało odpowiedzialne, proste prace fizyczne).

*Ja bym wyrzuciła, ale ja nie rozumiem nałogów.* • Pracodawca powinien sprawić, żeby taki człowiek odstąpił od pracy, a dalej to już każdy pracodawca ma swoje etapy, co powinien w takiej sytuacji zrobić. • Przełożony powinien zabronić mu pracy tego dnia i jeśli to jednorazowe, to dać dzień urlopu, a jeśli będzie się powtarzać, to interweniować dalej według kodeksu pracy. Jakieś nagany, upomnienia...

• Odesłać do domu, nie dopuścić do pracy, a jeśli by się to zdarzało notorycznie, to wyciągnąć konsekwencje. • Powinien od razu nie zwalniać, tylko rozmawiać, ostrzec, że jeśli to się jeszcze raz przydarzy, to wtedy zwolni. • Każda sytuacja jest inna [i powinno się stosować] indywidualne podejście. • Powinien porozmawiać, dać ostrzeżenie, nie wiem, ale nie od razu zwalniać. Taka rozmowa mobilizująca. • Powinna być rozmowa, oferować pomoc. • To niebezpieczne i szkodliwe dla tego, komu się pobłaża. • Na sprzętach, a już – broń Boże – za kółkiem, to nie [ale w przypadku prostych czynności, trzeźwość nie ma takiego znaczenia]: niech se piach przerzuca.

## Od zwolnienia do ignorowania

Badani stanowili zróżnicowane grono pracowników, dzięki czemu możliwa była szersza triangulacja przedmiotu ewaluacji. Uczestnicy wywiadów relacjonowali, że pracowali w zakładach pracy, w których różnie podchodzono do kwestii trzeźwości. Były wśród nich takie, w których obowiązywał bezwzględny zakaz używania alkoholu i przebywania pod jego wpływem, a także miejsca, gdzie tolerowano picie pracowników, także na terenie zakładu pracy i wspólnie z przełożonymi. Podawano przykłady ukrywania przed przełożonymi nietrzeźwości pracowników lub patrzenia przez kadrę zarządzającą przez palce. Takie tolerowanie używania alkoholu miało charakter incydentalny, dotyczyło mniejszości pracowników. Stawało się powszechniejsze lub stanowiło normę, gdy przybierało okolicznościowy, odświętny charakter.

Reakcje przełożonych w sytuacjach, gdy dochodziło do ujawnienia nietrzeźwości, były zgodne ze środowiskowymi normami i kulturą pracy, które obowiązywały w danym zakładzie. Kontinuum wyznaczały: z jednej

strony zwolnienie z pracy, zaś z drugiej ignorowanie nietrzeźwości pracowników. Opisywano też różne zachowania pośrednie, polegające na czasowym odesłaniu pracownika do domu, zawieranie z nim kontraktu dotyczącego zachowywania trzeźwości w pracy, z wprowadzeniem procedur kontrolnych. Niektórzy badani podkreślali przy tym wartość rozmowy z łamiącym zasadę trzeźwości pracownikiem, danie mu szansy, udzielenie pomocy, wsparcia. Mówiąc o pomocy, wskazywano także na niedobory czy dysfunkcje w tym zakresie.

## Na koniec

Badanie miało charakter jakościowy i nie można na jego podstawie wyciągać wniosków dotyczących większych populacji. Ma ono jednak walor egzemplifikacyjny – ilustruje potrzebę edukacji pracowników na temat biopsychospołecznych konsekwencji używania alkoholu, w tym właściwych – z perspektywy zdrowia – form wsparcia osób nadużywających alkoholu. Przedstawiony materiał wskazuje także na potrzebę podejmowania działań wspierających kadrę zarządzającą w przeprowadzaniu interwencji mających na celu ograniczenie lub wyeliminowanie picia ryzykownego i szkodliwego na terenie zakładów pracy.

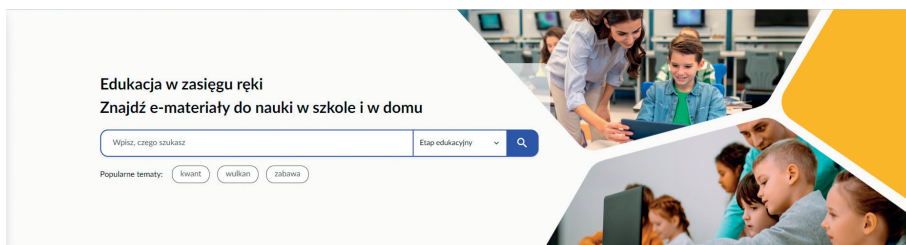
Taką propozycję działań edukacyjno-profilaktycznych stanowi, opracowany w 2022 roku, program „Rozmowy o... – profilaktyka używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w miejscu pracy”, adresowany do kadry kierowniczej zakładów pracy oraz pracowników. Program przygotowała Fundacja Poza Schematami na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Por. np. M. Szafranek, część II, w: B. Tokarska, M. Szafranek, „Praca jako szansa na rozwój lub źródło stresu i alkohol jako sposób (nie)radzenia sobie z nim”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2022, s. 23.
- <sup>2</sup> Zadanie było dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Badania zrealizowali: dr hab. Magdalena Łukasiuk i Marcin J. Sochocki.
- <sup>3</sup> W badaniu wzięło udział 10 kobiet i 10 mężczyzn. Wykształcenie: 2 osoby posiadały wykształcenie gimnazjalne, 10 osób – średnie, 4 osoby – wyższe licencjackie, 4 osoby – wyższe magisterskie. Sytuacja zawodowa: 1 osoba „samozatrudniona”, czyli pracująca na rzecz jednego pracodawcy, ale jako podmiot prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą, 3 osoby – wykonywały wolny zawód, specjaliści, 2 osoby to urzędnicy, 4 osoby to wyspecjalizowani pracownicy, technicy, 6 osób to pracownicy niższego szczebla (np. usługi), 4 osoby to pracownicy fizyczni.
- <sup>4</sup> W ten sposób prezentuję przykładowe wypowiedzi respondentów.



# ZINTEGROWANA PLATFORMA EDUKACYJNA (ZPE)



Pod adresem <https://zpe.gov.pl> działa Zintegrowana Platforma Edukacyjna (ZPE) Ministerstwa Edukacji Narodowej – miejsce, w którym zamieszczane są bezpłatne e-materiały do nauki od pierwszej klasy szkoły podstawowej aż do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej. Wszystkie treści, przygotowane przez specjalistów, są zgodne z obowiązującą podstawą programową kształcenia ogólnego i zawodowego. Większość z nich to materiały interaktywne, które można pobrać na urządzenia i wykorzystywać w dogodny dla siebie sposób.

Tysiące materiałów udostępnianych na platformie podzielono na takie kategorie, jak poziom kształcenia (szkoła podstawowa I-III, szkoła podstawowa IV-VIII, liceum i technikum), rodzaj materiałów (kształcenie ogólne, kształcenie zawodowe, edukacja włączająca, cyfrowa szkoła, materiały ukraińskie) i przedmiot.

Uczniom platforma umożliwia uzyskanie poczucia sprawczości, samodzielny rozwój wiedzy i zainteresowań, naukę w sposób dopasowany do osobistego celu edukacyjnego i indywidualnych potrzeb, pracę w dogodnym dla siebie czasie. Nauczyciele zaś mogą budować autorskie lekcje, udostępniać je uczniom, a także prowadzić zajęcia online za pośrednictwem portalu.

Twórcy platformy piszą, że z materiałów może skorzystać każdy, jednak są one przeznaczone szczególnie dla nauczycieli, uczniów i rodziców, którzy chcieliby pomóc swoim dzieciom w opanowaniu materiału szkolnego lub w rozwijaniu zainteresowań. Na uwagę zasługują materiały dla osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: adaptacje podręczników oraz dostosowane do specjalnych potrzeb lektury szkolne, materiały łatwe do czytania i zrozumienia oraz tłumaczenia na polski język migowy.

## PRZYKŁADY TEMATÓW



Taniec radości; SP I-III; edukacja muzyczna, plastyczna, polonistyczna, fizyczna



Podział jezior ze względu na genezę; liceum/technikum; geografia



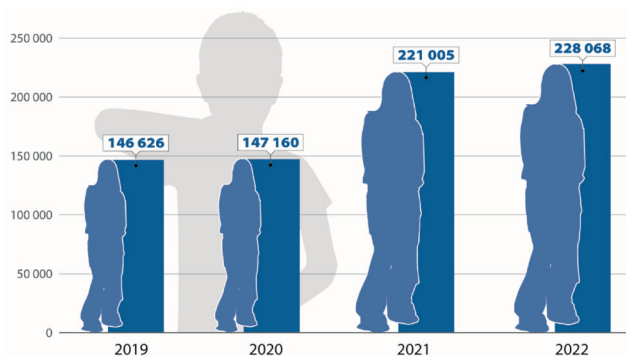
Branża budowlana; kształcenie zawodowe

# NIEWYDOLNA POMOC PSYCHOLOGICZNA I PSYCHOTERAPEUTYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY. RAPORT NIK

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki kontroli systemu pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Raport jest dostępny na stronie <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/niewydolna-pomoc-psychologiczna-i-psychoterapeutyczna-dla-dzieci-i-mlodziezy.html>.

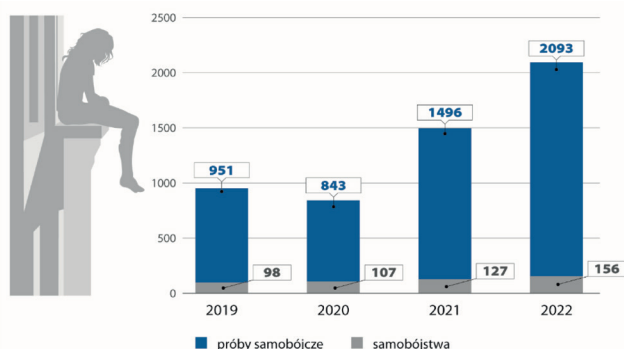
W latach 2019–2023 – w okresie objętym kontrolą, znacznie wzrosła (o 63%) liczba młodych ludzi, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne: o połowę w grupie wiekowej do 12. roku życia i aż o 68% w grupie od 13. do 18. roku życia. Do zaburzeń zaliczono m.in. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia czy zaburzenia związane ze stresem. Dominowały zachowania agresywne i autodestrukcyjne, a próby samobójcze stanowiły drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce.

Infografika 1. Liczba dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w latach 2019–2022.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli (dane NFZ).

Infografika 2. Liczba prób samobójczych i samobójstw dzieci i młodzieży w wieku 7-18 lat w latach 2019–2022.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych policji.

Tymczasem, niezmienny od lat, polski system opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej nad dziećmi i młodzieżą nie zapewnia im skutecznego wsparcia. Przyczyny tego zjawiska to według raportu przede wszystkim brak skuteczności działań podejmowanych przez ministra edukacji narodowej.

Liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież od 7. do 18. roku życia wzrosła w 2022 roku w porównaniu do 2021 roku o 77%, a liczba samobójstw – aż o 19%.

Główne wnioski mówią, że w latach 2020–2023 dzieci i młodzież nie otrzymały dopasowanej do potrzeb kompleksowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej. Dostępność specjalistów była ograniczona m.in. ze względu na braki kadrowe i niedofinansowanie. Problemy z zatrudnieniem psychologów dotyczyły aż ośmiu z 10 kontrolowanych szkół. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne koncentrowały się na wydawaniu opinii i orzeczeń, a nie na wsparciu terapeutycznym dzieci i młodzieży. Czas oczekiwania na przyjęcie do poradni sięgał nawet 12 miesięcy. Nowo utworzone ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej zwiększyły co prawda dostępność udzielanego wsparcia, jednak zapotrzebowanie znacznie przekraczało możliwości tych podmiotów. Minister edukacji narodowej nie podjął skutecznych działań na rzecz poprawy tej sytuacji. Nie wdrożył systemowych rozwiązań, mimo prac prowadzonych w tym obszarze od co najmniej 2017 roku. Nie wypracował też modelu efektywnej, skoordynowanej pomocy udzielanej przez różne instytucje.

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.kcpcu.gov.pl](http://www.kcpcu.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 2 (106) 2024 r.  
Numery archiwalne na stronie:  
[www.siu.praesterno.pl](http://www.siu.praesterno.pl)  
ISSN 2543-8816