



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (69) 2015

NR 1

2015

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

AKTYWNOŚĆ ŁOTEWSKIEJ PREZYDENCJI W OBSZARZE NARKOTYKÓW

Wywiad z Agnese Zile-Veisberga 1

Współpraca międzynarodowa

PROJEKT UKRAINA 2014. JESTEŚMY SOBIE WZAJEMNIE POTRZEBNI

Jagoda Władoń 3

Profilaktyka

FUNKCJONOWANIE MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII W SYSTEMIE OŚWIATY

Teresa Kaniowska 8

TRENING ZASTĘPOWANIA AGRESJI W PROFILAKTYCE NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO MŁODZIEŻY

Agnieszka Ryss 15

NIESTANDARDOWE METODY W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Ireneusz Siudem 19

Leczenie, redukcja szkód

KONSULTACJE PRAWNE ORAZ PORADNICTWO PSYCHOEDUKACYJNE I PSYCHOTERAPEUTYCZNE W WARUNKACH PORADNI

Krzysztof Grabowski, Małgorzata Pawłowska 25

Prawo

OSOBA UZALEŻNIONA OD NARKOTYKÓW JAKO PACJENT. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska 31

Uzależnienia behawioralne

NIESPECYFICZNE UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Magdalena Rowicka 34

Subkultury

NARKOTYKI WE WSPÓŁCZESNEJ KULTURZE MŁODZIEŻOWEJ

Beata Hoffmann 39

Badania, raporty

DZIAŁANIA DUŻYCH MIAST W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII W 2013 ROKU – CZĘŚĆ II

Artur Malczewski 44

KALENDARIUM 48

Internet

CENTRUM PROFILAKTYKI I EDUKACJI SPOŁECZNEJ PARASOL.

GRA INTERAKTYWNA III okładka

PROFNET – zaproszenie IV okładka



Z Agnese Zile-Weisberga, Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków, przedstawicielem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Łotwy, rozmawia Artur Malczewski.

AKTYWNOŚĆ ŁOTEWSKIEJ PREZYDENCJI W OBSZARZE NARKOTYKÓW

– Łotwa sprawuje obecnie prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, co oznacza, że zajmuje się koordynacją prac Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG). Jakie są priorytety łotewskiej prezydencji w obszarze narkotyków i jak postrzega Pani jej rolę w HDG?

– W ciągu ostatnich lat pojawiło się wiele ważnych inicjatyw i w zasadzie kontynuujemy prace zapoczątkowane przez poprzednie prezydencje. Jedną z ważniejszych jest propozycja, która umożliwi uregulowanie kwestii nowych substancji psychoaktywnych na poziomie Unii Europejskiej. Kolejną sprawą to opracowanie unijnych minimalnych standardów jakości w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, które wypełnią lukę pomiędzy nauką a praktyką; spowodują one zmniejszenie różnicy w programach dotyczących ograniczenia popytu na narkotyki oraz pomogą wprowadzić skuteczniejsze programy w całej Unii. Poza tym zaplanowane jest spotkanie w Rydze z udziałem krajowych koordynatorów ds. narkotyków w celu omówienia kwestii związanych z konopiami.

Wiele czasu poświęciliśmy także na przygotowania do dwóch spotkań: Zgromadzenia Ogólnego ONZ w sprawie narkotyków, które odbędzie się w 2016 roku, i posiedzenia Komisji ds. Środków Odurzających w 2015 roku. Posiedzenie jest największym dorocznym wydarzeniem na świecie poświęconym problemowi narkotyków. Podczas niego łotewska prezydencja, we współpracy z UE, Unią Afrykańską, Biurem Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości (UNODC) oraz Uniwersytetem Johna Moores z Liverpoolu, zorganizowała posiedzenie towarzyszące dotyczące opracowania i propagowania minimalnych standardów jakości w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki.

– W jaki sposób zostały opracowane unijne minimalne standardy jakości w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki i jaki będzie efekt końcowy prac łotewskiej prezydencji w tym zakresie?

– Na tym etapie raczej trudno jest określić, jakie będą końcowe wyniki łotewskiej prezydencji, ponieważ negocjacje na temat minimalnych standardów nadal trwają. Mamy jednak nadzieję, że przed zakończeniem naszej prezydencji zostanie przyjęty dokument programowy (konkluzje Rady), zawierający unijne standardy dotyczące programów ograniczenia popytu na narkotyki. Będzie to podejście odgórne, określające główne zasady dotyczące profilaktyki, redukcji szkód, leczenia i rehabilitacji, ale sposób wdrożenia i dostosowania standardów pozostawimy państwom członkowskim. Poprzez ten dokument chcemy zapewnić wsparcie polityczne, aby przyspieszyć ten proces.

– Na Łotwie, podobnie jak w Polsce, nowe substancje psychoaktywne stanowią duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. Ostatnie rozwiązania prawne, które zostały wprowadzone w Pani kraju w ubiegłym roku, doprowadziły do zamknięcia niemal wszystkich sklepów oferujących nowe substancje psychoaktywne. Jaki był charakter tych rozwiązań? Co sprawiło, że były skuteczne?

– To był bardzo długi i trudny proces. Początki nie były łatwe. Przeszliśmy przez liczne konsultacje na szczeblu eksperckim, konsultacje na szczeblu politycznym. Dodatkowo odczuwalna była presja ze strony mediów, które rozbudziły wielkie zainteresowanie tym tematem. To spowodowało, że coraz więcej osób sięgało po te substancje. Proces legislacyjny został przyspieszony ze względu na

zbliżające się wybory parlamentarne – politycy musieli być bardzo widoczni i wykazać się działalnością na rzecz swojego elektoratu.

Stało się jasne, że dotychczasowy zwykły proces długoterminowego planowania się nie sprawdzi, dlatego też konieczne było przygotowanie nowego i innowacyjnego systemu. Ze względu na jego innowacyjność bardzo trudno było dostosować go do naszych praktyk legislacyjnych – każda propozycja sprawiała wrażenie załącznika do ustawy. Mamy jednak nadzieję, że tym razem się uda – przynajmniej doprowadziliśmy do zamknięcia „legalnych” punktów sprzedaży. W prostych słowach, wprowadziliśmy ogólny system kontroli, w ramach którego wyszczególniono tylko związek chemiczny, co w praktyce oznacza kontrolę grupy substancji. Poza tym kluczem do zamknięcia sklepów było wprowadzenie tymczasowego zakazu sprzedaży danej substancji, który w praktyce może zostać wprowadzony kilka dni od momentu identyfikacji substancji na rynku, a także wprowadzenie odpowiedzialności karnej w przypadku naruszenia zakazu – szybki zakaz i surowe sankcje.

– *W ramach łotewskiej prezydencji prowadzone są prace nad nowymi przepisami, które mają pomóc państwom członkowskim skutecznie odnieść się do*

problemu nowych substancji psychoaktywnych. Czego dotyczy ten projekt ustawodawczy?

– Projekt został złożony już półtora roku temu, jednak rozmowy nadal trwają. Zasadniczo wstępny wniosek dotyczył procedury szybkiego sposobu objęcia substancji kontrolą na poziomie Unii Europejskiej, a także tymczasowego zakazu na poziomie UE, który miałby natychmiastowe zastosowanie.

– *Łotwa, Litwa i Estonia są uważane za jeden region, zwany państwami bałtyckimi. Czy kraje te współpracują ze sobą w dziedzinie zwalczania narkotyków?*

– Sąsiadujemy ze sobą i łączą nas przyjazne stosunki, więc odpowiedź brzmi „tak”. Nasza współpraca odbywa się pomiędzy organami odpowiedzialnymi za egzekwowanie prawa, miastami, organizacjami pozarządowymi, na płaszczyźnie politycznej oraz na innych płaszczyznach. Każdego roku punkty kontaktowe państw bałtyckich (Reitox Focal Points), we współpracy z EMCDDA, organizują Akademię Baltic Reitox, poświęconą różnym zagadnieniom, np. w ubiegłym roku w Wilnie tematem akademii były wskaźniki dotyczące podaży narkotyków. Muszę jednak podkreślić, że w każdym kraju sytuacja dotycząca narkotyków jest bardzo różna, np. w Es-



Zespół łotewskiej prezydencji oraz Partnerstwo Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków podczas 58. posiedzenia Komisji ds. Środków Odurzających w Wiedniu, 11 marca 2015 roku.

tonii istnieje wysoki poziom używania fentanylu, co prowadzi do wielu przypadków przedawkowania tej substancji ze skutkiem śmiertelnym. Na Łotwie i Litwie takie zjawisko nie występuje. Litwa z kolei jest jedynym krajem bałtyckim, który produkuje metamfetaminę, a Łotwa miała do niedawna największy rynek nowych substancji psychoaktywnych spośród wszystkich krajów bałtyckich. Takich przykładów jest wiele.

– *W ubiegłym roku mieliśmy przyjemność gościć Panią w Warszawie na sesji poświęconej nowym substancjom psychoaktywnym podczas międzynarodowej konferencji samorządów lokalnych zorganizowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W tym roku, podczas czerwcowej konferencji, organizowanej także przez Krajowe Biuro, przedstawi Pani unijne minimalne standardy jakości w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki. Czy może Pani wymienić jakieś polskie doświadczenia czy działania, które – Pani zdaniem – są szczególnie przydatne i mogłyby zostać wykorzystane na Łotwie i w innych państwach bałtyckich?*

– Uczestniczyłam w kilku konferencjach w Polsce i dobrym przykładem, który zapamiętałam, jest to, że Polska ma jedną instytucję zajmującą się problemem narkotyków. U nas nie ma takiej instytucji, a prace są dzielone między różne ministerstwa i inne instytucje, co czasami stwarza wiele trudności. Podoba mi się również sposób organizacji współpracy i koordynacji pomiędzy regionami oraz fakt, że większość miast i samorządów dysponuje strategiami i programami antynarkotkowymi, co pomaga w zapewnieniu jednolitego i ciągłego rozwoju. Organizacja regularnych szkoleń dla społeczności lokalnych dotyczących różnych aspektów związanych z problemem narkotykowym jest dobrą praktyką i niezbędnym narzędziem w propagowaniu lepszych praktyk lub podejmowaniu nowych inicjatyw, co jest zresztą bardzo ważne w procesie wdrażania minimalnych standardów jakości w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki.

– *Dziękuję za rozmowę.*

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy ze Stowarzyszeniem MONAR zrealizowało projekt dotyczący podnoszenia kompetencji zawodowych pracowników ukraińskich placówek leczniczo-rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych¹. Przedsięwzięcie było współfinansowane ze środków Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach Planu Współpracy Rozwojowej.

PROJEKT UKRAINA 2014. JESTEŚMY SOBIE WZAJEMNIE POTRZEBNI

Jagoda Władoń
Stowarzyszenie MONAR

Realizacja pierwszej edycji projektu pod nazwą „Doskonalenie kompetencji zawodowych terapeutów uzależnień w oparciu o najlepsze praktyki stosowane w państwach Unii Europejskiej” dobiegła końca. Pozostały wspomnienia, nowe doświadczenia, umiejętności, a także przyjaźnie – ludzie bowiem byli największą wartością naszego wspólnego przedsięwzięcia. Zarówno uczestnicy, jak i realizatorzy projektu wnieśli w jego realizację wspaniałą ener-

gię, profesjonalizm i pasję. Było to spotkanie osób nieobojętnych, w czasie szczególnie trudnym nie tylko dla Ukrainy, ale i dla nas, jej najbliższego sąsiada. Emocje, jakie nam towarzyszyły, sprawiły, że była to podróż szczególna, tak w wymiarze merytorycznym, jak i czysto ludzkim, a uzyskane efekty cieszyły w dwójnasób. Postanowiliśmy zatem przybliżyć czytelnikom Serwisu sam projekt, a także podzielić się związanymi z nim refleksjami.

Przygotowanie do realizacji

Realizowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Stowarzyszenie MONAR oraz Caritas Diecezji Drohobycko-Samborskiej projekt zakładał przeprowadzenie określonych działań szkoleniowych, które przełożyłyby się na określone umiejętności zawodowe grupy ukraińskich terapeutów. W fazie projektowania zaplanowaliśmy przeprowadzenie zajęć wykładowo-warsztatowych, składających się z siedmiu trzydniowych modułów szkoleniowych, realizowanych w Centrum Caritas w Drohobyczu na Ukrainie (7 modułów x 20 godzin w każdym module), w podziale na następujące tematy:

- moduł I – psychopatologia uzależnienia od środków psychoaktywnych, neurobiologiczne, środowiskowe i indywidualne uwarunkowania uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- moduł II – diagnoza nozologiczna i problemowa, formułowanie indywidualnego programu terapii,
- moduł III – motywowanie do leczenia i zmiany stylu życia, nawiązywanie kontaktu terapeutycznego, terapia indywidualna, interwencja kryzysowa,
- moduł IV – społeczność terapeutyczna jako model oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, filozofia, zasady, dynamika grupy i praca terapeutyczna z jej wykorzystaniem,
- moduł V – koncepcja poznawczo-behawioralna w leczeniu uzależnień, metody pracy, zapobieganie nawrotom choroby, trening umiejętności społecznych, wykorzystanie koncepcji ograniczania szkód w terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- moduł VI – farmakoterapia w leczeniu uzależnienia, w tym leczenie substytucyjne, ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych,
- moduł VII – praca z rodziną osób uzależnionych, zagadnienia etyki pomagania, podstawy monitorowania i ewaluowania własnej pracy jako terapeuty uzależnień.

Drugą część projektu stanowiła wizyta stażowa w Polsce. Obejmowała ona 40 godzin zajęć ukierunkowanych na zapoznanie się z polityką przeciwdziałania narkomanii w Polsce, obowiązującymi aktami prawnymi oraz bezpośrednią obserwację i uczestnictwo w działaniach terapeutycznych i rehabilitacyjnych prowadzonych w wiodących placówkach terapeutycznych w Polsce.

Dla prawidłowego wykonania projektu, zapoznania się z potencjałem pozostającym w dyspozycji ukraińskich partnerów, realizację części szkoleniowej poprzedziliśmy jednodniowym spotkaniem na Ukrainie w Drohobyczu. Jego celem było przede wszystkim zapewnienie sprawnego realizacji kolejnych zaplanowanych działań, z uwzględnieniem warunków zewnętrznych. Spotkanie odbyło się 25 kwietnia 2014 roku. Polską stronę reprezentowała Jagoda Władoń, koordynatorka projektu z ramienia Stowarzyszenia MONAR, oraz Łukasz Jędruszek, przedstawiciel Krajowego Biura, ze strony ukraińskiej byli zaś ks. Ihor Kozankewych, dyrektor Caritas Diecezji Drohobycko-Samborskiej (ukraińskiego partnera projektu), oraz Aleksandra Kozankewych, koordynatorka programu z ramienia Caritas Ukraina. W trakcie spotkania:

- dokonaliśmy oceny aktualnego potencjału partnerów, warunków zewnętrznych i czynników, które mogą wpłynąć na realizację projektu i trwałość jego rezultatów,
- opracowaliśmy scenariusz reagowania i nieodczuwanych zmian w przebiegu realizacji projektu,
- przygotowaliśmy działania w zakresie monitoringu i ewaluacji projektu,
- wymieniliśmy się dobrymi praktykami w zakresie realizacji inicjatyw szkoleniowych.

5 maja 2014 roku w Drohobyczu nastąpiła inauguracja projektu z udziałem dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotra Jabłońskiego i dyrektora Państwowej Służby Ukrainy ds. Kontroli Narkotyków Wołodymyra Tymoszenki.

Praktyka działania

Celem nadrzędnym projektu było zapewnienie skutecznego wsparcia osobom dotkniętym problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych na Ukrainie poprzez podniesienie kompetencji zawodowych terapeutów w zakresie prowadzenia efektywnej terapii i rehabilitacji tych osób. Jest to szczególnie ważne w kontekście braku profesjonalnie przygotowanych do tego celu placówek. Na Ukrainie istnieją bowiem głównie placówki prowadzone przez organizacje religijne, pozarządowe i podmioty prywatne. Wszystkie one są odpłatne dla pacjentów i pracują bez jakiegokolwiek kontroli skuteczności prowadzonej w nich terapii.

W części wykładowo-warsztatowej uczestniczyło 30 osób (plus trzech wolnych słuchaczy, wprowadzonych do szkolenia na prośbę strony ukraińskiej). W trakcie szkolenia zainteresowanie udziałem w nim rosło; uczestnicy przekazywali informacje o nim innym osobom pracującym z uzależnionymi, co spowodowało, że w krótkim czasie zgłosiło się do nas kolejnych 30 osób z prośbą o drugą edycję projektu i możliwość udziału w nim. W części stażowej zaś, zrealizowanej w polskich placówkach przeciwdziałania narkomanii, udział wzięło 21 osób.

Po ukończeniu szkolenia uczestnicy posiadali:

- umiejętność motywowania pacjentów do podjęcia terapii i zmiany stylu życia,
- umiejętność nawiązywania kontaktu indywidualnego (przymierza terapeutycznego),
- wiedzę z zakresu metod terapii i rehabilitacji oraz umiejętność ich zastosowania,
- umiejętność zaplanowania i przeprowadzenia diagnozy nozologicznej i problemowej,
- umiejętność formułowania wspólnie z pacjentem indywidualnego planu terapii i rehabilitacji.

Zagwarantowanie udziału w projekcie szkoleniowców o wysokich kompetencjach merytorycznych i dużym doświadczeniu zawodowym, a także stuprocentowa frekwencja uczestników w trakcie wszystkich modułów szkolenia, ich niezwykle aktywny udział i swoisty „głód wiedzy” dały efekty, które przerosły nasze oczekiwania. Potwierdzają to ankiety ewaluacyjne wypełniane po każdym module szkolenia. Uśredniona ocena całości szkolenia, jak wynika z ich analizy, to 100% ocen pozytywnych.

Najczęściej pojawiającym się uzupełnieniem zdania zawartego w ankiecie: „Przed wszystkim zabrakło mi podczas tej sesji...” było stwierdzenie o zbyt krótkim czasie trwania zajęć; uczestnicy szkolenia podkreślali także gotowość do dłuższej pracy nad omawianymi zagadnieniami. Wszyscy zadeklarowali gotowość dalszej nauki oraz udziału w stażach i superwizjach, a także wolę dalszej pracy z osobami uzależnionymi. Problemem, który zdaniem uczestników i wykładowców utrudniał pełne korzystanie z przekazywanej wiedzy, było tłumaczenie, zwłaszcza określeń z zakresu psychiatrii, psychopatologii i farmakoterapii. Na prośbę i za zgodą uczestników, która w kontekście toczącej się wojny była ważna, wszyscy oni otrzymali podręczniki w języku rosyj-

skim, stanowiące uzupełnienie wiedzy uzyskiwanej w czasie szkolenia. W trakcie opracowywania działań projektu nie zaplanowaliśmy bowiem wydania podręcznika w języku ukraińskim.

Wyjazd stażowy, który zakładał przede wszystkim pogłębienie zdobytych podczas części wykładowo-warsztatowej wiedzy i umiejętności praktycznych umożliwiających efektywne prowadzenie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, także poddaliśmy ewaluacji. Uczestnicy stażu ocenili go „jako najciekawszy wyjazd stażowy, w jakim dotychczas uczestniczyli; bardzo przydatny w ich pracy, inspirujący do rozwijania nowych form pracy z osobami uzależnionymi”. Wymiernym efektem wyjazdu stażowego jest m.in. inicjatywa czwórki jego uczestników, którzy podjęli kroki zmierzające do utworzenia ukraińskiego oddziału Stowarzyszenia MONAR, trzy inne osoby będą tworzyły w swoim mieście poradnię terapii uzależnień. Entuzjastyczne oceny uczestników wizyty stażowej dotyczyły zwłaszcza podniesienia poziomu ich wiedzy odwołującej się do wyników badań naukowych, podniesienia poziomu praktycznych umiejętności oraz zastosowania zdobytej wiedzy i nowych umiejętności w pracy zawodowej.

Spotkanie podsumowujące projekt z udziałem partnerów i uczestników projektu odbyło się w trakcie trwania ostatniego modułu szkolenia. Połączono je z egzaminem końcowym, sprawdzającym poziom wiedzy i umiejętności uczestników szkolenia. Egzamin składał się z dwóch części: pracy pisemnej, zawierającej diagnozę nozologiczną i problemową wybranego pacjenta, i testu jednego wyboru, złożonego z 49 pytań. Pytania do testu przygotowali szkoleniowcy prowadzący poszczególne moduły szkolenia, tak by stanowiły one przekrój wiedzy uzyskanej w czasie szkolenia i wizyty stażowej. Minimalna liczba punktów koniecznych do zaliczenia testu wynosiła 30. Do egzaminu podeszli wszyscy uczestnicy szkolenia i wszyscy uzyskali powyżej 35 prawidłowych odpowiedzi, a 17 spośród uczestników powyżej 40. Uzyskane wyniki świadczą nie tylko o bardzo dobrym przygotowaniu, ale przede wszystkim o osiągnięciu jednego z celów projektu, którym było podniesienie poziomu wiedzy opartej na wynikach badań naukowych w zakresie mechanizmów uzależnienia i skutecznych metod terapii.

Wielu uczestników szkolenia w jego podsumowaniu podkreślało zmianę jakości swojej pracy z osobami uzależnionymi i świadome używanie narzędzi terapii. Mówili o obniżeniu poziomu strachu oraz wzroście poziomu kompetencji w pracy z pacjentem. Zdaniem wielokrotnie powtarzanym w wypowiedziach uczestników szkolenia była opinia dotycząca wzrostu poziomu satysfakcji z pracy terapeutycznej i uzyskiwanych efektów. Były osoby, które mówiły, że za sprawą odbytego szkolenia podjęły decyzję o dalszej pracy w charakterze terapeuty i tworzeniu nowych placówek terapeutycznych w swoich miastach. Podsumowując całość realizacji projektu, należy podkreślić, że grupa uczestników szkolenia była niejednorodna pod względem profesji, wiedzy i doświadczenia zawodowego. Wśród osób przeszkolonych znaleźli się: lekarze, psycholodzy, pracownicy socjalni, pedagodzy oraz duchowni z różnych miast Ukrainy (Kijów, Lwów, Drohobycz, Donieck, Charków, Iwano-Frankiwnsk). Wszyscy oni pracowali dotychczas z osobami uzależnionymi, jednak bez przygotowania kierunkowego. Materiały edukacyjne dla uczestników szkolenia zostały przygotowane w oparciu o najlepsze praktyki stosowane w Polsce (Stowarzyszenie MONAR) i innych państwach UE, tak by przekazana wiedza i umiejętności przyczyniły się do budowania ukraińskiego systemu terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, gwarantującego coraz szerszy dostęp do efektywnych metod leczenia i form terapii opartych na sprawdzonych programach o wysokiej skuteczności i tzw. dobrych praktykach.

W wyniku udziału w projekcie siedmiu jego uczestników podjęło działania zmierzające do tworzenia nowych placówek terapii uzależnień (poradni i ośrodków). Wszystkie osoby uczestniczące w szkoleniu podkreślają, że zmieniły styl pracy z osobami uzależnionymi, czują się pewne i kompetentne w kontakcie z pacjentami, a ich wachlarz umiejętności w tym zakresie znacznie się poszerzył. Na skutek realizacji projektu i informacji o nim kolejne osoby pracujące z uzależnionymi na Ukrainie proszą o nową edycję szkolenia. Są to niewątpliwie rezultaty bezpośrednie, uzyskane za sprawą zrealizowanego projektu. Jego wartość dodaną stanowi fakt, że cała grupa przeszkolonych terapeutów ukraińskich złożyła akces do staży w polskich placówkach terapii uzależnień. Taką możliwość uzyskali oni za sprawą porozumienia zawartego z dwoma ośrodkami

terapii uzależnień w Kazuniu (Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności) i w Wyszku (Stowarzyszenie MONAR), które po wizycie stażowej wyraziły zgodę na kontynuację staży terapeutycznych w swoich placówkach w 2015 roku.

W wyniku wizyty stażowej w Polsce partnerzy ukraińscy w sposób kompleksowy zapoznali się z systemem przeciwdziałania narkomanii w UE na przykładzie naszego kraju, ze szczególnym uwzględnieniem:

- krajowej polityki w sprawie przeciwdziałania i zapobiegania narkomanii oraz organizacji leczenia uzależnienia od narkotyków, w tym programów terapii ambulatoryjnej, rehabilitacji, readaptacji, jak i terapii substytucyjnej,
- nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- systemu certyfikacji terapeutów uzależnień,
- ambulatoryjnych form pomocy osobom uzależnionym,
- tworzenia programów leczenia i rehabilitacji uzależnień w oparciu o potrzeby pacjenta,
- programów postrehabilitacyjnych – nauka zawodu, zasady funkcjonowania hostelu,
- kodeksu etycznego terapeuty uzależnień,
- karty praw pacjenta,
- monitoringu i ewaluacji programów,
- sposobów leczenia uzależnień w Polsce, z uwzględnieniem systemu Stowarzyszenia MONAR,
- zasad postępowania podczas terapii substytucyjnej,
- specjalizacji programów terapii i rehabilitacji osób uzależnionych,
- pomocy osobom uzależnionym znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, podejrzanym o popełnienie przestępstwa,
- regulacji prawnych wobec osób uzależnionych i ich egzekwowania.

Zdaniem partnerów ukraińskich projekt stanowił dla nich inspirację, wskazując kierunki, w których powinna podążać reforma ukraińskiego systemu przeciwdziałania narkotikom i narkomanii. Uczestnicy projektu zadeklarowali, że wiedza zdobyta podczas współpracy w ramach projektu będzie przekazywana współpracownikom, którzy nie mieli możliwości uczestniczenia w projekcie i wpłynę na działania podejmowane nie tylko przez specjalistów uzależnień, ale także decydentów mających wpływ na działania legislacyjne podejmowane w tym zakresie.

W wyniku realizacji projektu nastąpiła niekwestionowana wymiana dóbr, za przekazaną wiedzę otrzymaliśmy ogromną porcję pozytywnej energii wynikającej z radości uczenia się. To daje nam siłę do dalszego działania, poszukiwania wspólnie nowych rozwiązań w budowaniu systemu pomocy osobom uzależnionym na Ukrainie. Wszyscy uczestnicy uzyskali certyfikaty specjalistów terapii uzależnień. Ogromny entuzjazm uczestników w zdobywaniu wiedzy, ich bardzo aktywny udział we wszystkich działaniach projektu, ogromne zdyscyplinowanie i perfekcyjne przygotowanie do egzaminu to wartości, których coraz częściej brakuje w tego typu działaniach prowadzonych w Polsce. Wszyscy wykładowcy prowadzący zajęcia mówili o szczególnej radości uczenia się, jaka charakteryzowała naszych ukraińskich kolegów. Było to dla nas swoiste ładowanie akumulatorów do dalszej pracy. To dało nam asumpt do myślenia o dalszych wspólnych działaniach.

Złożona sytuacja społeczno-polityczna Ukrainy, problemy natury gospodarczej i ekonomicznej sprzyjają wzrostowi liczby osób używających substancji psychoaktywnych. Wzrasta liczba osób uzależnionych dotkniętych zespołem stresu pourazowego, który jest konsekwencją ich udziału w trwających działaniach wojennych. Przy jednoczesnym braku ofert pomocy osobom uzależnionym, ich sytuacja staje się coraz trudniejsza. Zrealizowany przez nas projekt „Doskona-

lenia kompetencji zawodowych terapeutów uzależnień w oparciu o najlepsze praktyki stosowane w państwach Unii Europejskiej” przychodzi w sukurs ukraińskiemu społeczeństwu w szczególnie ważnym momencie. Jeszcze jednym nieplanowanym efektem zrealizowanego projektu jest powstanie grupy inicjatywnej, która przygotowała kontynuację szkolenia (moduły dotyczące terapii osób uzależnionych z zespołem stresu pourazowego, staże w polskich placówkach terapeutycznych oraz superwizje nieodzwonne do prowadzenia prawidłowej pracy terapeutycznej).

Projekt i uzyskane w nim rezultaty odbiły się szerokim echem w środowisku osób pracujących z uzależnionymi na Ukrainie, zwłaszcza w Kijowie, Odessie i Chmielnickim (miast szczególnie dotkniętych narkomanią), o czym świadczą mailowe i telefoniczne zgłoszenia i prośby o kontynuację projektu oraz możliwość udziału w nim kolejnych ukraińskich terapeutów. Także media ukraińskie żywo zareagowały na jego realizację; pojawiły się publikacje gazetowe, programy telewizyjne i radiowe. Relacje z uczestnikami pierwszej edycji szkolenia przeszły na poziom bezpośredniej współpracy, wspierania się w rozwiązywaniu bieżących problemów. Powstała swoista nieformalna sieć wsparcia, tworzona przez pasjonatów swojej pracy i działania na rzecz zmiany jakości życia osób uzależnionych w Polsce i na Ukrainie. Jesteśmy sobie bowiem wzajemnie potrzebni.



Zakończenie projektu – zaproszeni goście i uczestnicy szkolenia ze zdobytymi certyfikatami.

Wychowankami młodzieżowych ośrodków wychowawczych są dzieci i młodzież niedostosowane społecznie, wobec których sąd rodzinny zastosował środek wychowawczy w postaci umieszczenia ich w ośrodku. Do młodzieżowych ośrodków socjoterapii trafiają dzieci i młodzież przejawiające zaburzenia zachowania, utrudniające im funkcjonowanie społeczne w grupie rówieśniczej, szkole i środowisku.

FUNKCJONOWANIE MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKÓW SOCJOTERAPII W SYSTEMIE OŚWIATY

Teresa Kaniowska

Nauczyciel-konsultant

Wydział Resocjalizacji i Socjoterapii ORE

Zakładanie i prowadzenie MOW i MOS

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze (MOW) i młodzieżowe ośrodki socjoterapii (MOS) funkcjonują w systemie edukacji na podstawie art. 2 pkt 5 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.). Przepisy art. 5 ust. 5a tej ustawy określają, że zakładanie i prowadzenie publicznych placówek, w tym m.in. młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii, jest zadaniem własnym powiatu. Niepubliczne placówki typu MOW i MOS mogą być również zakładane i prowadzone przez osoby prawne i fizyczne na podstawie przepisów art. 82 ustawy o systemie oświaty.

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii znajdują się w kompetencjach edukacji od 2004 roku. Po przejściu ich z resortu polityki społecznej, najpoważniejszym problemem była niewystarczająca liczba miejsc w ośrodkach, utrudniająca

realizację postanowień sądów rodzinnych o zastosowaniu wobec nieletniego środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW lub MOS. Od 2004 roku resort edukacji, wspólnie z jednostkami samorządu terytorialnego, podejmował działania zmierzające do rozwiązania problemu braku miejsc i skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do tych placówek. Współuczestnictwo jednostek samorządu terytorialnego w tych działaniach stanowi wypełnienie zobowiązań prawnych nie tylko w zakresie zakładania i prowadzenia MOW i MOS, ale także ze względu na obowiązek opracowywania i realizacji strategii rozwiązywania problemów społecznych przez jednostki samorządu terytorialnego różnych szczebli. Wśród zobowiązań instytucjonalnych należy wymienić zadania publiczne określone przepisami ustaw samorządowych, które obligują samorządy do troski o sprawy swoich obywateli, w tym dzieci i młodzieży z grup ryzyka.

Tabela 1. Liczba MOW i MOS wraz z dostępnymi w nich miejscami w latach 2004–2014.

Rok	Młodzieżowe ośrodki wychowawcze	Młodzieżowe ośrodki socjoterapii
2004	45 MOW 2873 miejsca	9 MOS 1337 miejsc
2006	52 MOW 3300 miejsc	10 MOS 1370 miejsc
2013	85 MOW 5177 miejsc	65 MOS 3680 miejsc
2014	95 MOW 5816 miejsc	71 MOS 3770 miejsc

W związku z powyższym, w samorządzie terytorialnym podejmowano uchwały o powoływaniu nowych ośrodków w różnych regionach kraju, natomiast na szczeblu centralnym powstał pomysł utworzenia ogólnopolskiego systemu wskazywania miejsc nieletnim. Podstawę prawną działań realizowanych w tym zakresie stanowią aktualnie przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym (Dz.U. z 2011 r. Nr 296, poz. 1755).

Aktualnie w 95 MOW może przebywać 5816 nieletnich, natomiast młodzieżowe ośrodki socjoterapii dysponują 3770 miejscami. Łącznie system może objąć 9586 dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalistycznej pomocy w związku z przejawami niedostosowania społecznego lub zaburzeniami zachowania na tle różnych przyczyn.

W ciągu ostatnich kilku lat liczba ośrodków wzrosła tak znacząco, że w niektórych z nich nie wszystkie miejsca są wykorzystane. Monitorowanie stanu wykorzystania miejsc w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych wskazuje na brak potrzeby ich zwiększania ze względu na tzw. pustostany w niektórych placówkach. Natomiast w odniesieniu do młodzieżowych ośrodków socjoterapii sytuacja wygląda inaczej – istnieje jeszcze wiele białych plam na mapie Polski, gdzie takie placówki powinny być tworzone jako istotne ogniwo rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży.

Decyzję o powołaniu ośrodka powinna poprzedzić rzetelna diagnoza występujących problemów, obejmująca etiologię niedostosowania społecznego z uwzględnieniem czynników: wrodzonych, środowiskowych, rodzinnych, szkolnych (zaburzenia emocjonalne, zaburzone relacje społeczne, zachowania antyspołeczne, trudności w uczeniu się, uzależnienia, nierealizowanie obowiązku szkolnego, dysfunkcjonalne środowisko rodzinne).

Zasady działania i zadania MOW i MOS

Zasady działania tych placówek określają przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków

pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz.U. Nr 109, poz. 631) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 marca 2005 r. w sprawie ramowych statutów placówek publicznych (Dz.U. Nr 52, poz. 466).

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze są przeznaczone dla dzieci i młodzieży niedostosowanych społecznie, wymagających specjalnej organizacji nauki, metod pracy, wychowania i resocjalizacji jako resocjalizacyjno-wychowawcze, a dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim jako resocjalizacyjno-rewalidacyjne. Nieletni są umieszczani w nich wyłącznie na podstawie orzeczenia sądu rodzinnego o zastosowaniu środka wychowawczego, zgodnie z przepisami ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Młodzieżowe ośrodki socjoterapii są prowadzone dla dzieci i młodzieży, które z powodu zaburzeń rozwojowych, trudności w uczeniu się i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym są zagrożone niedostosowaniem społecznym i wymagają stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy, wychowania i socjoterapii.

Młodzieżowe ośrodki socjoterapii przyjmują dzieci i młodzież na wniosek rodziców i na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Podstawę prawną w tym zakresie stanowią przepisy art. 71b ustawy o systemie oświaty. Jeżeli z treści orzeczenia wynika, że dziecku należy zapewnić kształcenie w młodzieżowym ośrodku socjoterapii, a na terenie danego powiatu taka placówka nie funkcjonuje, starosta zwraca się w tej sprawie do innego powiatu. Rodzice, korzystający z wyszukiwarki placówek lub dzięki pomocy uzyskanej w tym zakresie w ORE, sami rezerwują miejsce w MOS i dopiero wówczas składają wniosek do starosty o podjęcie dalszych czynności administracyjnych wymaganych w procedurze umieszczenia dziecka w MOS (wydanie skierowania lub wniosek o wydanie skierowania przez innego starostę będącego organem prowadzącym MOS).

Zadania młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii określają przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci

i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach.

Do zadań MOW należy eliminowanie przyczyn i przejawów niedostosowania społecznego oraz przygotowanie wychowanków do życia zgodnego z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi. W przypadku MOS wskazano, poza przygotowaniem do życia zgodnego z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi, jako zadanie główne – eliminowanie przyczyn i przejawów zaburzeń zachowania.

Wśród zadań realizowanych w MOW wymienia się w szczególności:

- resocjalizację i terapię,
- opiekę,
- edukację i rozwój potencjałów twórczych,
- rozwiązywanie problemów emocjonalnych,
- adaptację społeczną,
- samodzielność życiową,
- przygotowanie do pracy zawodowej i życia w rodzinie,
- organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Formy, sposoby i okres udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej są uwzględniane w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym (IPET), opracowywanym odrębnie dla każdego ucznia/wychowanka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

Mogą to być:

- zajęcia rozwijające uzdolnienia,
- zajęcia specjalistyczne: korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia o charakterze terapeutycznym,
- porady i konsultacje.

Młodzieżowy ośrodek wychowawczy i młodzieżowy ośrodek socjoterapii umożliwia również swoim wychowankom udział w zajęciach sportowych, turystycznych, rekreacyjnych i kulturalno-oświatowych. Jednak zadaniem szczególnej wagi jest umożliwienie kontynuowania nauki, nadrabiania czasami kilkuletnich zaległości szkolnych, spełnianie nie tylko obowiązku szkolnego, ale także przygotowanie do pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym po opuszczeniu placówki, dzięki ofercie kształcenia w szkołach ponadgimnazjalnych (zawodowych i ogólnokształcących).

W młodzieżowych ośrodkach wychowawczych funkcjonują różnego typu szkoły specjalne dla uczniów niedostosowanych społecznie:

- szkoła podstawowa (najczęściej kl. V/VI, kilka ośrodków oferuje również kształcenie w kl. III i IV),
- gimnazjum, w tym z oddziałami przysposabiającymi do pracy,
- zasadnicza szkoła zawodowa (kształcenie w zawodach dla chłopców: kucharz, monter zabudowy robót wykończeniowych, ślusarz, piekarz, stolarz, mechanik samochodowy, fryzjer; dla dziewcząt: kucharz, krawiec, fryzjer),
- liceum ogólnokształcące i technikum: profil informatyczny dla dziewcząt, profil usługi fryzjerskie dla dziewcząt, aktualnie brak w ofercie MOW technikum dla chłopców, mimo zgłaszanych nielicznych przypadków zapotrzebowania dyrektorzy nie decydują się na powołanie tego typu szkoły z uwagi na trudności ze zorganizowaniem pełnego liczebnie oddziału.

Nieletni przebywają w MOW do ukończenia 18. roku życia; stosowanie środka wychowawczego przez sąd ustaje z mocy prawa na podstawie art. 73 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Natomiast kształcenie w szkołach specjalnych funkcjonujących w ośrodkach jest gwarantowane do końca roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym uczeń kończy:

- 18. rok życia w przypadku szkoły podstawowej,
- 21. rok życia w przypadku gimnazjum,
- 23. rok życia w przypadku szkoły ponadgimnazjalnej, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz.U. z 2014 r. poz. 392).

Należy zaznaczyć, że brakuje optymalnego rozwiązania sytuacji pełnoletnich wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych, którzy chcieliby kontynuować naukę w szkole specjalnej funkcjonującej w MOW – mogą być uczniami szkoły, ale nie mogą być wychowankami ośrodka. W praktyce wygląda to tak, że dyrektorzy MOW pomagają swoim byłym wychowankom znaleźć zakwaterowanie w pobliżu ośrodka, aby mogli ukończyć rozpoczęte w ośrodku kształcenie zawodowe. Odbywa się to w ramach pomocy finansowej

przewidzianej na kontynuowanie nauki w procedurze usamodzielnienia, organizowanej na podstawie art. 88 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 163).

Wychowankowie

Wychowankami młodzieżowych ośrodków wychowawczych są dzieci i młodzież niedostosowane społecznie, wobec których sąd rodzinny zastosował środek wychowawczy w postaci umieszczenia w ośrodku na podstawie art. 6 pkt 9 Ustawy z dnia 28 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Zgodnie z treścią art. 4 § 1 tej ustawy o demoralizacji nieletnich świadczą w szczególności: naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych.

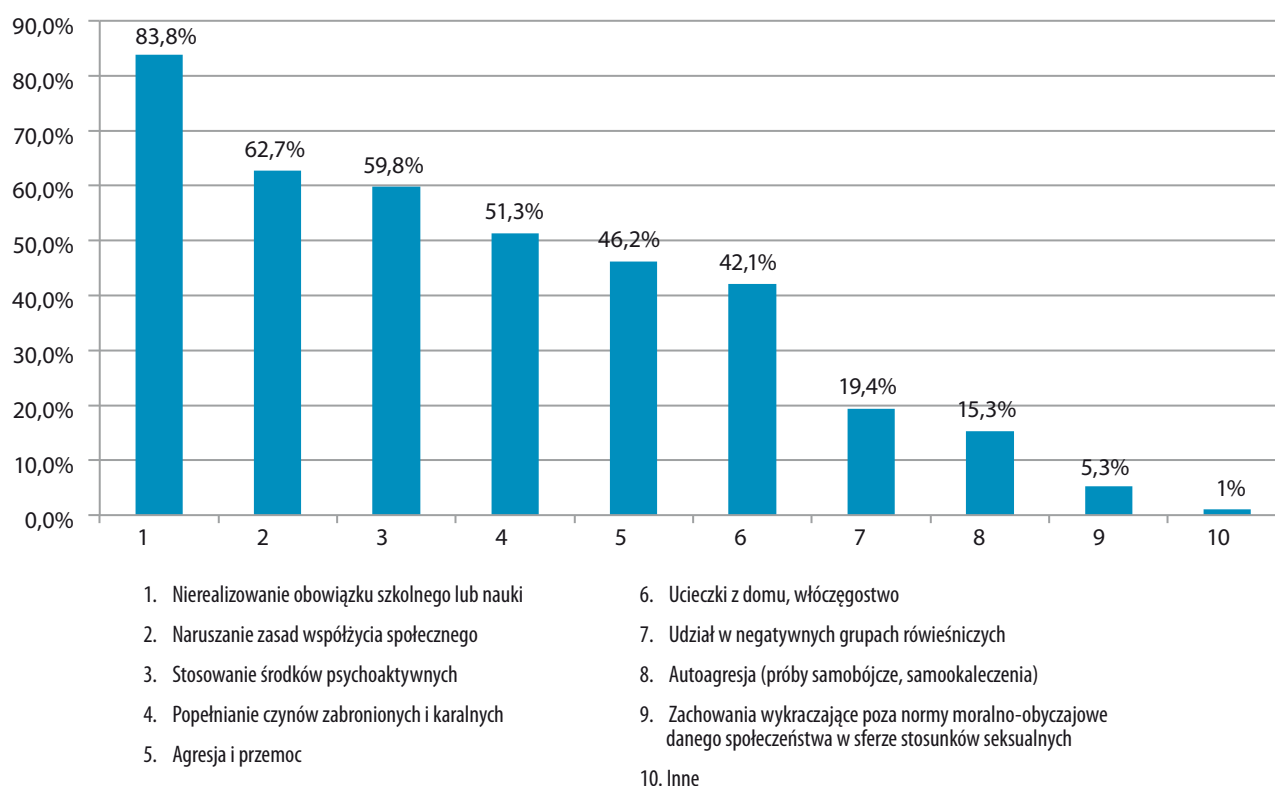
Wśród przyczyn umieszczania nieletnich w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych pojawiają się również często zjawiska niezależne od nich samych, są to: zaniedbania opiekuńczo-wychowawcze, niskie

kompetencje wychowawcze rodziców, dysfunkcyjność rodziny (uzależnienia, przestępczość, przemoc, zaburzenia psychiczne, poważne problemy zdrowotne, ubóstwo materialne), które stały się źródłem problemów prowadzących do demoralizacji w opisanych wyżej przejawach. Nazywamy je skutkami wadliwej socjalizacji nieletnich. Według sondażu przeprowadzonego przez Wydział Resocjalizacji i Socjoterapii ORE we wrześniu 2014 roku do najczęstszych przyczyn umieszczania nieletnich w MOW należą:

- nierealizowanie obowiązku szkolnego lub nauki (83,8%),
- naruszanie zasad współżycia społecznego (62,7%),
- stosowanie środków psychoaktywnych (59,8%).

Wychowankami młodzieżowych ośrodków socjoterapii są dzieci i młodzież przejawiające zaburzenia zachowania, utrudniające im funkcjonowanie społeczne w grupie rówieśniczej, szkole i środowisku. Należy tutaj wymienić specyficzne trudności w uczeniu się, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, wzmożoną nadpobudliwość psychoruchową, ADHD, zespół Aspergera, fobie, zagrożenie uzależnieniem od środków odurzających i substancji psychotropowych, trudności wychowawcze, zaburzone relacje z rodziną, ucieczki z domu, przedwczesną aktywność seksualną, trudności

Wykres 1. Przyczyny umieszczania nieletnich w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych.



w nauce, wagarowanie, niskie osiągnięcia edukacyjne prowadzące do unikania lub całkowitego wycofania. W ciągu kilku ostatnich lat wśród wychowanków MOS pojawiają się dzieci i młodzież uzależnione od komputera i internetu.

Kadra

Wysoki poziom oddziaływań wychowawczych, resocjalizacyjnych i terapeutycznych wymaga zatrudnienia w obu typach placówek odpowiednich specjalistów:

- wychowawców i nauczycieli (kryteria formalne określają odpowiednie przepisy),
- psychologów, pedagogów, terapeutów (specjalizacje w zależności od potrzeb)
- specjalistów z zakresu doradztwa zawodowego,
- pielęgniarek w pełnym wymiarze czasu pracy (w tym z uprawnieniami do wydawania leków „psychiatrycznych”),
- lekarzy psychiatrów w wymiarze odpowiadającym potrzebom placówki,
- pracowników socjalnych,
- instruktorów zajęć specjalistycznych.

Istniejące niedobory w zakresie odpowiedniego zatrudnienia dotyczą w szczególności służb medycznych, lekarzy psychiatrów i pielęgniarek. Ze względu na specyfikę funkcjonowania MOW i MOS, często w miejscowościach oddalonych od większych miast (brak możliwości szybkiego kontaktu z lekarzem i policją), dyrektorzy tych placówek zwracają uwagę na szczególne potrzeby i trudności w tym zakresie.

Wymagane kwalifikacje nauczycieli zatrudnionych w MOW lub MOS określają przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli (Dz.U. Nr 50, poz. 400).

Dyrektorzy ośrodków przy zatrudnianiu pracowników zwracają także uwagę na dodatkowe ich umiejętności, predyspozycje i pasje (poza formalnym dyplomem ukończenia studiów) z uwagi na potrzebę rozwijania potencjału i kreatywności wychowanków, co wielokrotnie stanowi podstawę skuteczności procesu resocjalizacji i terapii.

Wiele uwagi poświęca się również doskonaleniu zawodowemu nauczycieli zatrudnionych w MOW/MOS. Mogą oni korzystać z oferty regionalnych ośrodków doskonalenia nauczycieli i ośrodków centralnych.

System kierowania nieletnich do placówek

Zadanie wskazywania miejsc dla nieletnich w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii jest realizowane przez Wydział Resocjalizacji i Socjoterapii Ośrodka Rozwoju Edukacji na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym (Dz.U. Nr 296, poz. 1755).

Centralny system kierowania nieletnich jest internetową platformą zapewniającą łączność teleinformatyczną i współpracę Ośrodka Rozwoju Edukacji z podmiotami odpowiedzialnymi za kierowanie nieletnich do placówek, tj. starostami powiatowymi lub instytucjami przez nich upoważnionymi (np. PPP, PCPR).

Za sformułowanie i przekazanie wniosku do ORE o wydanie wskazania do odpowiedniego ośrodka dla nieletniego, wobec którego sąd zastosował środek wychowawczy w postaci umieszczenia w MOW, jest odpowiedzialny starosta właściwy dla miejsca zamieszkania/pobytu nieletniego. Ośrodek Rozwoju Edukacji, po otrzymaniu wniosku starosty, poszukuje miejsca dla nieletniego i powiadamia o tym starostę, wybrany ośrodek oraz sąd rodzinny. Starosta powiadamia o skierowaniu nieletniego rodziców/opiekunów prawnych, a także osobę odpowiedzialną za pieczę zastępczą, jeżeli nieletni został w niej umieszczony.

Nadzór nad wykonaniem orzeczenia sprawuje sąd rodzinny, który je wydał; sąd jest także odpowiedzialny za doprowadzenie nieletniego do wskazanego ośrodka. Wybór adekwatnej do potrzeb nieletniego placówki jest związany przede wszystkim z etapem jego kształcenia (typ szkoły i klasa), odległością od miejsca zamieszkania nieletniego, szczególnymi warunkami wskazanymi przez sąd rodzinny lub jednostkę samorządu terytorialnego.

Adresy wszystkich ośrodków są dostępne na stronie www.systemkierowania.ore.edu.pl.

Poprawa funkcjonowania

Centralny system informatyczny (www.sytemkierowania.ore.edu.pl) oraz współpraca z ośrodkami MOW/MOS i wszystkimi starostwami na terenie kraju pozwalają wygenerować wiele informacji, które mogą przyczynić się do podniesienia jakości funkcjonowania tych placówek i stworzenia możliwości wykonywania orzeczeń wydawanych przez sądy w pełniejszym niż dotychczas zakresie. Z tego względu m.in. w 2010 roku zostało przeprowadzone badanie¹, którego celem było ustalenie zasadności umieszczania nieletnich w MOW lub MOS w kontekście przejawianych zaburzeń zachowania. Łączyła się z tym również potrzeba określenia różnic w funkcjonowaniu młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii. Było to podyktowane obserwowanym zjawiskiem traktowania MOS przez sądy rodzinne jako: placówek resocjalizacyjnych, placówek leczniczo-wychowawczych, placówek interwencyjnych, placówek opiekuńczo-wychowawczych (przy orzeczeniu umieszczenia nieletniego w MOS wielokrotnie miało miejsce jednoczesne skreślenie wychowanka z listy placówki opiekuńczo-wychowawczej, zastępującej nieletniemu dom rodzinny).

W przypadku nieletnich częściowo lub całkowicie pozbawionych opieki rodzicielskiej oznacza to, że funkcję rodziny miałyby przejąć młodzieżowy ośrodek socjoterapii. Takie sytuacje występują również w MOW. Wielokrotnie zdarza się również, że w obu typach placówek przebywają nieletni przestępcy, którym zawieszono wykonanie środka poprawczego (pobyt w zakładzie poprawczym), także nieletni, którzy wymagają leczenia z powodu uzależnienia od środków odurzających i substancji psychotropowych lub stwierdzono u nich występowanie choroby psychicznej. Wyniki badania potwierdziły obserwowane zjawisko.

Stosunkowo wysoki wskaźnik stanowią nieletni wymagający leczenia psychiatrycznego – łącznie dla MOW i MOS wynosi on 26,66%. Należy zaznaczyć, że w badaniu podano przypadki tylko tych nieletnich, u których zostało stwierdzone występowanie choroby psychicznej lub uzależnienie wymagające leczenia w warunkach zakładu opieki zdrowotnej.

W ocenie dyrektorów ośrodków stosowanie wobec tej grupy nieletnich środka wychowawczego zamiast środka leczniczego powoduje niepotrzebne blokowa-

nie miejsc w ośrodkach, ponieważ przebywają oni długotrwale w oddziałach psychiatrycznych. Wobec nieletnich przebywających w oddziałach psychiatrycznych od 4 do 6 miesięcy lub dłużej nie jest stosowany środek wychowawczy, a kadra placówek ma trudności z wykazaniem efektów stosowanych oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych, gdyż ich nie stosuje. Sędziowie rodinni wielokrotnie nie wyrażają zgody na skreślenie z listy MOW nieletniego, który przebywa okresowo w oddziale psychiatrycznym.

Nieletnich, którzy popełnili czyny zabronione było w MOS 26,64%, nieletnich z zawieszonym środkiem poprawczym 1,26%. Ta grupa wychowanków dosyć często zaburza pracę, organizuje tzw. drugie życie w ośrodku, nie rezygnuje z form zachowań, które stały się przyczyną stosowania wobec nich środka wychowawczego.

W przypadku młodzieżowych ośrodków socjoterapii, gdzie nie powinien się znaleźć ani jeden nieletni, który dopuścił się popełnienia czynu zabronionego, problemy generowane przez tę grupę wychowanków stanowiły poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa pozostałych młodych ludzi. Wychowankowie przejawiający zaburzenia emocjonalne, z nadpobudliwością psychoruchową, zespołem ADHD, zespołem Aspergera i innymi dysfunkcjami utrudniającymi normalne funkcjonowanie społeczne i uczenie się, stawali się ofiarami przemocy rówieśniczej. Ich sytuacja nie ulegała poprawie, mimo iż znaleźli się w specjalistycznej placówce, w której mieli uzyskać pomoc w pokonywaniu dotychczasowych trudności. Opisany stan powoli ulega poprawie w związku ze zmianą przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Aktualnie sąd rodzinny nie może już zastosować środka wychowawczego w postaci umieszczenia nieletniego w młodzieżowym ośrodku socjoterapii.

Trudności w wykonywaniu środka wychowawczego stosowanego wobec nieletnich

Istotnym celem działań podejmowanych przez Wydział Resocjalizacji i Socjoterapii ORE jest dążenie do poprawy jakości funkcjonowania młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii oraz osiąganie przez nie wysokiego poziomu efektywności oddziaływań wychowawczych, resocjalizacyjnych i terapeutycznych. W działaniach

tych napotykały wiele trudności. Wśród przyczyn utrudniających wykonywanie wydawanych przez sądy rodzinne orzeczeń o zastosowaniu wobec nieletnich środka wychowawczego w postaci umieszczenia w MOW lub MOS, należy wymienić w szczególności:

- niedoprowadzenia nieletnich,
- wielokrotne wskazania,
- wstrzymanie wykonania orzeczenia przez sąd,
- okresowe zawieszenie środka wychowawczego,
- zastosowanie środka nieadekwatnego do sytuacji nieletniego.

Dzięki inicjowanej przez ORE współpracy z sądami, opisane trudności występują coraz rzadziej (nadal zastrzeżenia budzą niedoprowadzenia i wielokrotne wskazania). Jednak w dalszym ciągu w MOS przebywają nieletni poddawani terapii nakazanej przez sąd. Są to ci, wobec których sąd zastosował środek wychowawczy

w postaci umieszczenia w młodzieżowym ośrodku socjoterapii przed 31 grudnia 2011 roku.

Opisywane przypadki stosowania przez sądy rodzinne środków wychowawczych zamiast środka leczniczego wobec nieletnich ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną lub uzależnieniem skłaniają nas do poszukiwania sojuszników w wyeliminowaniu tych nieprawidłowości. Wydaje się również, że włączenie profesjonalistów zajmujących się uzależnieniami w nurt doskonalenia zawodowego kadry pedagogicznej MOW i MOS może być platformą łączącą nasze środowiska w działaniach związanych z profilaktyką uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

Przypisy

- ¹ Szczegółowy opis badania i jego wyników jest dostępny na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji w zakładce Wydziału Resocjalizacji i Socjoterapii pod adresem www.ore.edu.pl/s/1122.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie,

ul. Dereniowa 52/54, tel. (22) 641 15 01, fax (22) 641 15 65,

www.kbnp.gov.pl

ZAPRASZA

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ogłoszonym 17 marca 2015 roku na uzyskanie rekomendacji Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie: specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie www.kbnp.gov.pl w zakładce „Aktualności”.

Zgłoszenia należy składać do dnia 31 maja 2015 roku do godziny 16.00

w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia 31 lipca 2015 roku.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminu rozstrzygnięcia konkursu oraz do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński

Trening Zastępowania Agresji to wielostronna metoda interwencji behawioralno-poznawczej skierowana na zmianę zachowań agresywnych u osób z różnych grup wiekowych. Została opracowana w Stanach Zjednoczonych przez Arnolda Goldsteina, Barrego Glicka i współpracowników z Instytutu Badań nad Agresją Uniwersytetu w Syracuse. Wprowadzono ją w 1976 roku jako ART – Aggression Replacement Training w celu kształtowania umiejętności społecznych u osób wykazujących zaburzenia psychiczne.

TRENING ZASTĘPOWANIA AGRESJI W PROFILAKTYCE NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO MŁODZIEŻY

Agnieszka Ryss

Psycholog, psychoterapeuta, trener metody Treningu Zastępowania Agresji

Metoda TZA została przeniesiona na grunt polski przez Ewę i Jacka Morawskich, prowadzących Instytut Amity, zajmujący się badaniami, szkoleniem trenerów TZA oraz realizacją programów profilaktycznych i interwencyjnych w obszarze patologii społecznych. Pierwsi trenerzy Treningu Zastępowania Agresji byli szkoleni w Szwecji, pod patronatem Ministerstwa Edukacji Narodowej. Duże zasługi dla upowszechniania metody TZA w Polsce ma Stowarzyszenie KARAN, które organizowało międzynarodowe konferencje „Stop przemocy”, promując metodę Treningu Zastępowania Agresji, dbając o merytoryczne i szkoleniowe zaplecze dla tej metody w Polsce. Program jest realizowany w szkołach podstawowych, gimnazjach, liceach, ośrodkach szkolno-wychowawczych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Metoda Treningu Zastępowania Agresji jest także stosowana w readaptacji młodzieży używającej substancji psychoaktywnych i w terapii rodzinnej w Stowarzyszeniu KARAN.

Trening Zastępowania Agresji jest metodą przeznaczoną do pracy z osobami mającymi problem w opanowaniu złości i agresji, uczącą zachowań adekwatnych do sytuacji wcześniej wywołującej frustrację i gniew. Bazuje na nabywaniu przez uczestnika podstawowych umiejętności prospołecznych, umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, a także prowadzi do stopniowego rozwoju moralnego osoby biorącej udział w programie.

Niewątpliwą zaletą TZA jest to, że metoda ta daje wieloaspektowe spojrzenie na przyczyny zachowania agresywnego, odbudowuje deficyty socjalizacyjne i może być realizowana dla różnych grup wiekowych.

Znaczącą skuteczność TZA podkreśla się w profilaktyce niedostosowania społecznego młodzieży. Nieprzystosowanie społeczne to wadliwe funkcjonowanie społeczne dzieci i młodzieży. O nieprzystosowaniu jednostki w danym obszarze wnioskuje się na podstawie różnych form jej zachowań w stosunku do osób „socjalizująco znaczących” (rodzice, koledzy, nauczyciele, wychowawcy). Na nieprzystosowanie społeczne wskazują takie zachowania, które są nieadekwatnymi, powtarzanymi uporczywie reakcjami na wymogi i nakazy zawarte w przypisanych jednostce rolach społecznych. Nieadekwatność zachowań to łamanie norm społecznych (prawnych, moralnych, obyczajowych) oraz lekceważenie powszechnie uznawanych oczekiwań społecznych. Nieprzystosowanie społeczne można rozpatrywać w kontekście:

- behawioralnym (jako zachowania antyspołeczne, czyli antagonistyczno-destrukcyjne),
- psychologicznym (jako motywy i postawy jednostki),
- etiologicznym (jako przyczyny nieprzystosowania jednostki).

Trening Zastępowania Agresji jest metodą oddziałującą na zachowanie uczestników programu poprzez ćwiczenie i modelowanie umiejętności społecznych, które nie zostały nabyte w procesie socjalizacji. Jednocześnie metoda ta odwołuje się do emocji towarzyszących kontaktom interpersonalnym, będących źródłem frustracji i poczucia niższej wartości danej osoby. W trakcie treningu dochodzi do skojarzenia sytuacji społecznych, emocji, jakie pojawiają się w tych sytuacjach oraz myśli, które osoba formułuje na swój temat w postaci monologu wewnętrznego. Jest to zarówno oddziaływanie na przyczyny agresywnych

zachowań, jak i tworzenie nowych modeli zachowań, akceptowanych społecznie i będących dla jednostki źródłem satysfakcji społecznej.

Młodzież zagrożona niedostosowaniem społecznym ma zaburzone relacje rodzinne, nie identyfikuje się z ważnymi osobami w rodzinie lub identyfikacje te są właśnie źródłem konfliktu z normami społecznymi. Podkreśla się wadliwe funkcjonowanie w roli ucznia, członka grupy rówieśniczej i szerszej grupy społecznej. Osoby niedostosowane społecznie wykazują szereg deficytów w kontaktach z innymi, w umiejętności komunikacji, zdolności planowania, kontroli emocji, zwłaszcza radzenia sobie z gniewem, lękiem i frustracją. Metoda TZA jest ofertą nabycia nowych wzorców zachowań, zdobycia doświadczeń korektywnych wobec dotychczas przeżywanych, a w konsekwencji także zmiany postaw.

Trening Zastępowania Agresji składa się z trzech komponentów: Treningu Kontroli Złości, Treningu Umiejętności Społecznych oraz Treningu Wnioskowania Moralnego.

Trening Kontroli Złości

Celem Treningu Kontroli Złości jest nauka zatrzymania powstałego w organizmie pobudzenia pod wpływem emocji, złości lub gniewu, po to, aby dać sobie możliwość refleksji nad wyborem adekwatnego zachowania. Kontrola emocjonalna służy opanowaniu impulsu.

Trening Kontroli Złości oparty jest na bezpośrednich doświadczeniach uczestników. Podczas spotkań członkowie grupy:

- omawiają niedawne sytuacje, które spowodowały złość,
- identyfikują czynniki wyzwalające złość (wydarzenia zewnętrzne i dialog wewnętrzny powodujące złość),
- identyfikują sygnały wskazujące na podwyższony stan napięcia emocjonalnego,
- uczą się używać technik służących do zmniejszania poziomu gniewu,
- uczą się używać technik powodujących uspokojenie,
- uczą się nagradzać siebie za nieagresywne zachowania.

Omawianie doświadczeń uczestników odbywa się według stałego schematu: identyfikacja wyzwalaczy złości, czyli wydarzeń zewnętrznych i myśli wewnętrznych, które spowodowały wybuch złości, następnie dostrzeganie sygnałów z organizmu, które świadczą o przeżywanym napięciu emocjonalnym i wprowadzanie technik uczących łagodzenia gniewu, samouspokojenia i samonagrodzenia. Zdobycie kontroli nad impulsywnymi reakcjami pozwala

uczestnikom reagować inaczej niż dotychczas w sytuacji prowokującej do agresji.

Trening Umiejętności Społecznych

Celem Treningu Umiejętności Społecznych jest rozpoznanie deficytów uczestników w zakresie radzenia sobie w zwykłych, codziennych sytuacjach, a następnie ćwiczenie umiejętności prospołecznych, adekwatnych do danej sytuacji, oraz wprowadzanie ich w życie, tzw. transfer umiejętności. Ten komponent behawioralny uczy, jak postąpić inaczej niż agresywnie.

Pierwszym etapem Treningu Umiejętności Społecznych jest użycie metody kwestionariuszowej, diagnozującej poziom wykorzystania przez każdą z osób różnych umiejętności społecznych w codziennym życiu. Zdaniem Goldsteina dzieciom i młodzieży brakuje ok. 50 umiejętności prospołecznych. Diagnozowanie odbywa się na kilku poziomach, jest to: samoocena uczestnika zajęć, wypełnienie ankiety diagnostycznej przez rodziców, wychowawców i nauczycieli. Ten etap jest niezbędny dla indywidualizacji metody dla każdego uczestnika grupy.

Trening Umiejętności Społecznych, podobnie jak trening innych czynności, sprawia, że uczestnik zajęć potrafi z powodzeniem zastosować określone, wcześniej nieposiadane umiejętności w codziennym życiu. Stosuje zachowania akceptowane społecznie, zamiast tych, które mogą przysporzyć mu kłopotów lub sprzyjają podejmowaniu zachowań ryzykownych (np. stosowanie używek, brak satysfakcjonujących relacji z innym ludźmi, konflikty z prawem i inne). Umiejętności społeczne kształtowane w ramach treningu to przede wszystkim:

- podstawowe umiejętności społeczne: słuchanie, rozpoczęcie i prowadzenie rozmowy, przedstawianie się, przedstawianie innych osób, zadawanie pytań, dziękowanie, mówienie komplementów,
- umiejętności prospołeczne w relacjach interpersonalnych (zaawansowane): proszenie o pomoc, przekonywanie innych, przeproszanie, przyłączanie się do innych, udzielanie instrukcji, wykonywanie poleceń,
- umiejętności emocjonalne: rozpoznawanie i wyrażanie własnych uczuć, rozumienie uczuć innych osób, radzenie sobie ze strachem, z gniewem, radzenie sobie z czyjąś złością, wyrażanie sympatii i miłości, docenianie samego siebie, samokontrola,
- asertywność – umiejętności alternatywne wobec agresji: obrona własnych praw, reagowanie na zaczepki,

odmawianie innym, proszenie o pozwolenie, dzielenie się czymś, pomaganie innym, negocjowanie, stawianie w obronie przyjaciela, unikanie kłopotów z innymi, unikanie bójek,

- umiejętność radzenia sobie ze stresem: reagowanie na niepowodzenia, radzenie sobie ze wstydem, składanie skargi i odpowiadanie na skargę, radzenie sobie z pominięciem, reagowanie na namawianie, przygotowanie do trudnej rozmowy, radzenie sobie ze sprzecznymi informacjami, radzenie sobie z oskarżeniem, radzenie sobie z presją grupy,
- umiejętności planowania: decydowanie o podjęciu działań, ustalenie przyczyny problemu, wyznaczenie celu, zbieranie informacji, określanie swoich możliwości, szeregowanie problemów według ich znaczenia, podejmowanie decyzji, koncentrowanie się na zadaniu,

Trening umiejętności z repertuaru zachowań prospołecznych, stosowany jest z wykorzystaniem:

- modelowania,
- odgrywania ról,
- informacji zwrotnej,
- przenoszenia umiejętności ćwiczonych w grupie do codziennego życia.

Do pracy z grupą wybiera się te spośród umiejętności, które są najbardziej deficytowe dla większości uczestników.

Trening Wnioskowania Moralnego

Opiera się na koncepcji rozwoju moralnego Kohlberga. Celem wprowadzenia tego komponentu jest edukacja moralna poprzez wywoływanie dysonansu poznawczego, umożliwienie refleksji nad własnymi wartościami i ideałami innych oraz uwzględnianie potrzeb i praw innych. Kohlberg wyróżnia trzy poziomy rozwoju moralno-społecznego, z których każdy zawiera w sobie po dwa stadia. Stadia tworzą uniwersalną i niezmienną sekwencję. Nie sposób osiągnąć kolejnego stadium rozwoju moralnego bez zakończenia poprzedniego. Każdy człowiek na określonym poziomie rozwoju musi przejść kolejno wszystkie wcześniejsze stadia. Opóźnienie w rozwoju moralnym jest traktowane jako posługiwanie się niedojrzałymi, hedonistycznymi i egocentrycznymi sądami moralnymi, u podstaw których leżą zniekształcenia poznawcze. Praca na dylematach moralnych prowadzi do stopniowego wzrostu poziomu moralnego osób biorących udział w treningu. Trening Rozwoju Moralnego poprzedzają ćwiczenia, które mają na celu odkrycie wartości i sposobów przejawiania

się ich w życiu codziennym. Na Trening Wnioskowania Moralnego składają się procedury zwiększające poczucie przyzwoitości, sprawiedliwości oraz uwzględniające potrzeby i prawa innych osób.

Wnioskowanie moralne polega na wprowadzeniu do grupy kontrowersyjnych dylematów, wymagających podania propozycji ich rozwiązania. Trener dysponuje gotowymi uniwersalnymi scenariuszami zajęć, opracowanymi na potrzeby treningu. Dylematy są często także konkretnymi sytuacjami z życia grupy, doświadczeniami ze szkoły lub domu. W trakcie treningu zapisywane są różne indywidualne rozwiązania problemu, podawane przez każdego z uczestników, poszukiwane są odpowiedzi na pytanie, jaka wartość stoi za takim a nie innym działaniem. Grupa dąży do znalezienia dojrzałych moralnie decyzji i wartości odnoszących się do określonych sytuacji problemowych.

Standardy realizacji programu TZA

Grupę 6–8-osobową prowadzi dwóch trenerów TZA. Pierwsze spotkanie to konsultacja indywidualna z rodzicami oraz spotkanie diagnostyczne z dzieckiem/ucznem. Metoda TZA może być stosowana także dla osób dorosłych, w ramach readaptacji społecznej, np. w zakładach penitencjarnych, w ośrodkach leczenia uzależnień. Częstotliwość sesji to co najmniej raz, a najlepiej dwa razy w tygodniu, po 3–4 godziny. Program przewidziany jest na 30 godzin treningu praktycznego, ustalenia kontraktu grupowego mogą zawierać możliwość przedłużenia pracy grupy (nawet do 2 lat). Osoby prowadzące program oceniają zmiany postaw uczestników zajęć, wynikające z nabywania umiejętności społecznych dotychczas deficytowych. Trenerzy TZA powinni posiadać umiejętności pedagogiczne, umiejętności kierowania grupą, motywowania, wygaszania zachowań niepożądanych, pracy z oporem, modelowania społecznego, w którym trener pokazuje, jak radzić sobie ze złością, presją grupy itp. oraz umiejętności administracyjne i organizacyjne (w trakcie programu prowadzona jest specjalistyczna dokumentacja treningu).

TZA w profilaktyce i terapii uzależnień młodzieży

Ze względu na swoją charakterystykę rozwojową w okresie adolescencji wpisane są dylematy: potrzeba ekstrawertycznego wpływania na świat zewnętrzny versus introwertycznego wglądu w siebie, potrzeba zależności

od grupy versus określania swojej tożsamości, granic i odrębności, czyli potrzeba separacji, potrzeba aktywności versus wyciszenia, potrzeba intensywności uczuciowej versus rutyny. Nastolatek, doświadczający sprzecznych pragnień i dążeń, przeżywa silny dyskomfort emocjonalny, który ujawnia się w postaci gwałtownych wybuchów złości, irytacji, nadmiernego pobudzenia czy rozpacz. Przeżywane emocje często są rozładowywane przez zachowania typu *acting out*: bójki, nadużywanie alkoholu, narkotyków, hazard, ryzykowne zachowania seksualne. Doznawany stres znajduje ujście w działaniu, często towarzyszy mu chwilowe uczucie wszechmocy, ulgi, rozproszenia napięcia. Jednak ten sposób redukcji napięć wynikających z konfliktów wewnętrznych jest destrukcyjny dla funkcjonowania młodego człowieka, powoduje konsekwencje społeczne: utratę dobrych relacji rówieśniczych, „wypadnięcie” z roli ucznia, brak satysfakcjonujących związków uczuciowych, utratę perspektywy i celów życiowych, destrukcyjne funkcjonowanie w rodzinie. Istotne są także konsekwencje prawne i zdrowotne, będące następstwem zachowań ryzykownych, np. kary za kradzieże, bójki, jazdę pod wpływem alkoholu, narkotyków, długi, możliwość zakażenia HIV, HCV.

Młodzi ludzie sięgający po środki psychoaktywne to często osoby, które nie potrafią kontrolować impulsów, nie posiadają w swoim doświadczeniu alternatywnych wobec agresji sposobów rozładowywania napięć i radzenia sobie z wewnętrzną i zewnętrzną presją. Ich dysfunkcyjne zachowania społeczne niejednokrotnie wynikają z braku umiejętności asertywnego zaspokajania własnych potrzeb, np. dotyczących przynależności do grupy i jednocześnie radzenia sobie z presją i odmawiania innym w sytuacji, kiedy dochodzi do konfliktu norm grupowych i osobistych. Trening Zastępowania Agresji jest propozycją dla młodzieży, która sięga po środki psychoaktywne w sposób okazjonalny, eksperymentuje, używa narkotyków problemowo (bez diagnozy uzależnienia). Udział w TZA pozwala na zdobywanie nowych umiejętności społecznych, umożliwiających reagowanie w codziennych sytuacjach w sposób inny niż dotychczas, co z kolei wiąże się z doświadczaniem nowych jakościowo relacji społecznych. Trening Kontroli Złości pozwala na opanowanie pobudzenia i nieprzyjemnego stanu napięcia oraz doświadczanie ulgi i uspokojenia poprzez własną aktywność poznawczą (monolog wewnętrzny, myśli uspokajające i nagradzające), a nie środki chemiczne. Jest to alternatywa dla zachowań typu *acting out*. Trening Wnioskowania Moralnego stwarza możliwość dyskusji nad istotnymi dla młodego człowieka dylematami moral-

nymi, określenia się wobec wartości i norm społecznych, poszukiwania wzorców identyfikacyjnych oraz redefinicji swoich celów i wyborów życiowych. W przypadku osób zagrożonych uzależnieniem jest to szczególnie istotne, gdyż mają one kłopot z różnicowaniem norm moralnych, z empatyzowaniem z innymi ludźmi i z regulacją własnych emocji tak, aby doświadczając napięcia i frustracji, nie krzywdzić innych i zachować własną godność.

Efektami Treningu Zastępowania Agresji są:

- wzrost kontroli nad agresją, zmniejszenie ilości zachowań agresywnych,
- większa tolerancja na frustrację,
- poprawa komunikacji z rówieśnikami i dorosłymi,
- nabycie asertywności w sytuacjach trudnych społecznie, np. odmowa w sytuacji namawiania przez grupę, radzenie sobie z presją rówieśników,
- wzrost poczucia własnej wartości,
- lepsza adaptacja do bycia w grupie (klasowej, sportowej, podwórkowej, rodzinnej),
- wzrost aspiracji, tworzenie realistycznych celów życiowych, planowanie przyszłości.

Jak to działa?

Trening Zastępowania Agresji nie jest zalecany dla osób, które posiadają umiejętności społeczne, ale zachowują się agresywnie z innych powodów, np. u osobowości antyspołecznej, jak też dla osób z określonymi uszkodzeniami struktur ośrodkowego układu nerwowego, głęboko upośledzonych.

Jest to trening, a nie terapia, propozycja, jak zmniejszyć negatywne konsekwencje własnych zachowań agresywnych. Bardzo istotna jest motywacja uczestnika do udziału w programie, może ona opierać się na wyborze: „Czy chcesz się tego nauczyć, czy wolisz mieć kłopoty?”.

Istotnym warunkiem powodzenia programu jest modelowanie zachowań poprzez odgrywanie scenek, najpierw przez osoby prowadzące. Według modelu behawioralnego naśladowanie autorytetu, a następnie wzmacnianie pożądanego zachowania („zrobiłeś coś skutecznego”) jest efektywne dla nauczania się nowych umiejętności. Prowadzący tak moderuje grupę, aby informacje kierowane do uczestników miały charakter opisowy, a nie oceniający i zawierały element nagradzający. Kolejnym istotnym etapem nabywania umiejętności jest przeniesienie ćwiczonych rozwiązań do realnego życia: do klasy szkolnej, domu. Ten transfer umiejętności jest wspierany

przez rodziców i nauczycieli, którzy zostają „pozyskani” do współpracy w realizacji programu. Odniesienie sukcesu w zapanowaniu nad złością w rzeczywistej sytuacji ma dla uczestnika grupy wartość autoteliczną. Osoby prowadzące zajęcia korzystają z różnorodnych strategii motywacyjnych, indywidualizując proces treningu, np. strategia dowartościowania: „Czy mogę ci coś powiedzieć, co jest dla mnie ważne w tobie, czy gotów jesteś to usłyszeć?”, strategia wartości: „Cieszę się, że to razem zrobiliście, miło patrzeć jak współpracujecie”, strategia korzyści: „Jeśli się nauczysz panować nad sobą, to inni będą cię lubić, szanować” i inne.

Trening Zastępowania Agresji jest programem profilaktycznym, psychoedukacyjnym, interwencyjnym. Jego zaletą jest oddziaływanie na trzy obszary deficytów poprzez trzy komponenty programu. TZA zawiera konkretne procedury, łatwe do wdrożenia metody i przejrzyste cele. Program można dostosować do specyfiki grupy, odwołuje się on do

doświadczeń własnych uczestników, transfer doświadczeń jest wzmacniany przez tzw. zadania domowe, raporty. Program opiera się na prawach uczenia się, brak jest elementów karania, bazuje on na wzmacnianiu pozytywnym i samonagradzaniu.

Bibliografia

- Goldstein A.P., Glick B., Gibbs J.C., „ART – Program Zastępowania Agresji”, wydanie poprawione, Instytut Amity, Warszawa 2004.
 Goldstein A.P., Mc Ginnis E. Skillstreaming, „Kształtowanie młodego człowieka. Nowe strategie i perspektywy nauczania umiejętności prospołecznych”, wydanie poprawione, KARAN, Warszawa 2001.
 Kellner H.M., „Pod kontrolą. Program uczenia nastolatków metod radzenia sobie ze złością”, Firma Szkoleniowo-Konsultingowa Jakub Kołodziejczyk, Kraków 2004.
 Morawska E., Morawski J., „Trening Zastępowania Agresji”, cz. 2, Psychologia w szkole, 2006, nr 2.
 Morawska E., Morawski J., „Trening Zastępowania Agresji”, cz. 3, Psychologia w szkole, 2006, nr 3.

Opisywany zarys koncepcji pracy to forma dbania o higienę zdrowia psychicznego inspirowana naukami Dalekiego Wschodu. Program zajęć oparty na tych fundamentach, został opracowany przez autora niniejszego artykułu i jest realizowany od 1995 roku jako niezależny program lub uzupełnienie zajęć psychoedukacyjnych, psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych.

NIESTANDARDOWE METODY W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Ireneusz Siudem

Psycholog, psychoterapeuta

Towarzystwo Nowa Kuźnia

Wstęp

Zainteresowanie filozofią, kulturą i medycyną Dalekiego Wschodu ma bogatą tradycję. Wiele osób, poszukując skutecznych sposobów na rozwiązanie swoich życiowych problemów, uważa, że dalekowschodnie koncepcje mogą być alternatywą lub co najmniej konstruktywnym wzbogaceniem współczesnej tradycyjnej sztuki pomagania – leczenia czy profilaktyki.

Przeintelektualizowany świat Zachodu, przegrywający wyścig z licznymi patologiami, jak m.in. uzależnienia, przemoc, choroby odstresowe, korupcja, coraz

częściej ogląda się na Wschód z nadzieją odnalezienia odpowiedzi na swoje bolączki.

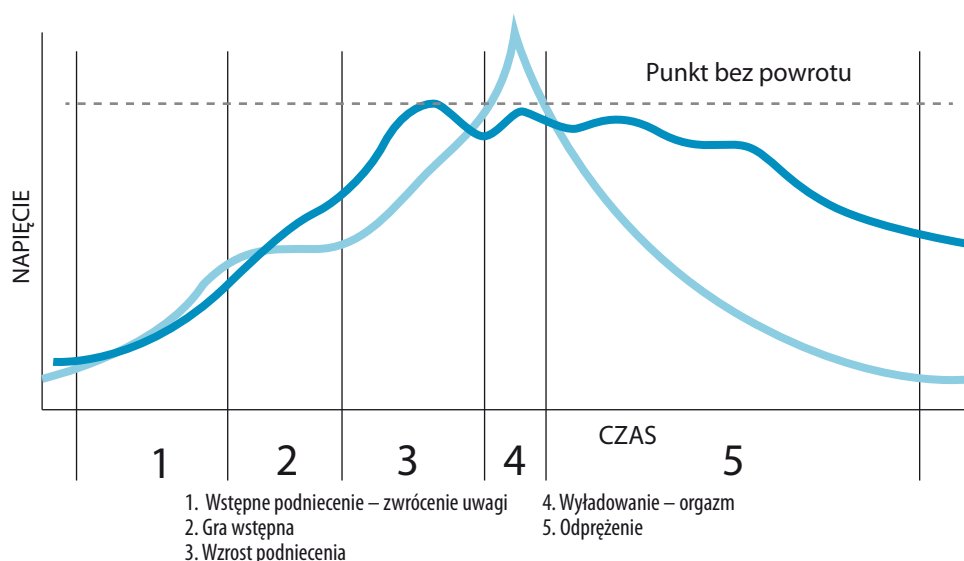
Na początku XX wieku nauki Dalekiego Wschodu traktowane były na Zachodzie z dużym dystansem, jednak z czasem systematycznie zwiększały swoją popularność. Dawały one możliwość spojrzenia na człowieka z innej niż dotychczas perspektywy. Przede wszystkim była to perspektywa holistyczna, traktująca ciało i psychikę jako jedność, pokonująca w ten sposób odwieczny, obecny w klasycznych naukach, dualizm ciała i ducha (świadości). Podejście takie dawało nowe możliwości zarówno w medycynie, jak i w psychoterapii. Powiedzenie „w zdrowym ciele zdrowy duch”

nabrało nowego sensu. Coraz częściej koncentrowano się na zdrowiu psychicznym jako podstawowym warunku zdrowia fizycznego. Ta koncentracja i prowadzone w tym zakresie badania zapoczątkowały rozwój jednej z bardziej „nośnych” dyscyplin psychologii – psychosomatyki.

Do nauk zachodnich zaczęły z powodzeniem przenikać techniki dalekowschodnie m.in. masaże, akupunktura, joga, tai chi i wiele innych.

Nie bez znaczenia dla popularyzowania kultury Dalekiego Wschodu, szczególnie wśród młodzieży, była fascynacja hollywoodzkich producentów filmami „wschodnich sztuk walki”. Po emisji kultowego „Wejścia smoka” odnotowano rekordową w historii ilość otwieranych szkół karate na całym świecie. Tego typu produkcje, pomimo niskich ocen krytyków filmowych, pokazywały nadludzkie umiejętności, jakie można osiągnąć dzięki samorozwojowi, systematycznej pracy nad sobą oraz integracji ciała i umysłu, co dawało nie tylko sprawność fizyczną, lecz możliwości kontroli emocji, harmonię psychiczną i zdrowie. Pomimo że właśnie zdrowie było zwykle najbardziej niedoceniane wśród młodzieży, to jednak nauczyciele, wychowawcy, terapeuci coraz chętniej wzbogacali swój warsztat pracy o dalekowschodni dorobek, widząc w nim przede wszystkim szansę na uzupełnienie deficytów współczesnej edukacji i wychowania.

Wykres 1. Wyładowania emocjonalne wg Wilhelma Reicha (cyt. za Santorski, 1992).



Główne źródło tych deficytów tkwi w tym, że zachodnie metody edukacyjno-wychowawcze koncentrują się głównie na stymulacji intelektualno-poznawczej sfery życia psychicznego młodych osób, ignorując rozwój emocjonalno-społeczny. Taki stan w zestawieniu z innymi czynnikami, jak np. mały udział rodziców w wychowaniu, promowanie postaw hedonistycznych i stylu życia opartego na nadmiernej konsumpcji, prowadzi do niedojrzałości emocjonalnej młodego pokolenia, a ta z kolei leży u podłoża większości patologii społecznych – od uzależnień poczynawszy, na przemoc i patologię seksualnych skończywszy. W tym kontekście koncepcje Dalekiego Wschodu, ukierunkowujące człowieka na samorozwój, wymuszające żelazną dyscyplinę w pracy nad sobą, a szczególnie mobilizujące do poznawania i rozwoju sfery emocjonalnej, zwiększania świadomości siebie, oferujące atrakcyjne, unikalne, nietypowe dla zachodniego obszaru kulturowego techniki oddziaływań, mogą posłużyć do konstrukcji ciekawych i skutecznych narzędzi w zakresie psychoprofilaktyki, leczenia i rehabilitacji.

Zarys koncepcji

Większość szkół psychoterapii, o ile nie wszystkie, zakładają że pożądana dla klienta zmiana następuje głównie w wyniku wzrostu samoświadomości,

inaczej mówiąc – w wyniku nabycia wiedzy o sobie, swoich zachowaniach, uczuciach oraz czynnikach je warunkujących. Różne szkoły psychoterapii proponują różne sposoby zdobywania tej wiedzy. W kulturze zachodniej, bazującej na tradycyjnej nauce, najczęściej stosowano introspekcyjną analizę zachowania, którą z czasem obiektywizowano za pomocą badań wystandaryzowanymi narzędziami psychologicznymi. Upraszczając nieco, nurt ten rozwinął się we współczesną terapię behawiorystyczno-poznawczą.

Natomiast nauki dalekowschodnie posłużyły – jako inspiracja – psychoanalitykom. Byli oni krytykowani za nienaukowość, ponieważ poszukiwali motywów ludzkiego zachowania w podświadomości, czyli w miejscu niepoddającym się bezpośredniej obserwacji. Stosowano różne metody, by tam zajrzeć. Jednak zarówno freudowska analiza marzeń sennych, jak i metoda swobodnych skojarzeń przypominały bardziej badanie medyczne, podczas którego ktoś opowiada sen a fachowiec interpretuje, odkrywa jego znaczenie i informuje badanego o wynikach. Jednym z pierwszych psychoanalitików, który właśnie dzięki fascynacji naukami Dalekiego Wschodu docenił rolę samowiedzy, samorozwoju, pracy nad sobą oraz samoświadomości, był Carl Gustav Jung. Tytuł swojego słynnego dzieła „Podróż na wschód” (Jung, 1989) uznał za synonim podróży w głąb samego siebie, mającej na celu samopoznanie w dążeniu do sprawności psychicznej i zdrowia.

Nie tylko on uważał, że filozofia Dalekiego Wschodu w większym stopniu umożliwia poznawanie siebie w aspekcie psychologicznym niż kultura zachodnia. Jeszcze większym „fascynatem” takiego podejścia, jak i psychoanalizy, był Wilhelm Reich. To on m.in. położył podwaliny pod światową psychosomatykę, wskazując na związki pomiędzy psychiką i ciałem. Jego słynny wykres, ukazujący prawidłowe wyładowanie emocjonalne, utożsamiane ze szczytowaniem podczas orgazmu i jednocześnie gwarantujące zdrowie oraz równowagę psychiczną, jest do dziś publikowany w książkach wybitnych seksuologów. Wykres ten pokazuje również stan wzmożonego napięcia psychicznego, powstającego wskutek bloków emocjonalnych. Stan taki powodowany jest wypartymi do podświadomości emocjami. Chodzi głównie o emocje negatywne, takie jak agresja, smutek, rozpacz, strach, wstyd, płacz lub lęk związany z aktywnością seksualną.

Na powyższym wykresie linia niebieska ukazuje prawidłowe wyładowanie energii – prawidłowy orgazm, natomiast linia granatowa ukazuje brak wyładowania, spowodowany wzmożonym napięciem emocjonalnym. W tej drugiej sytuacji charakterystyczny jest lęk przed przekroczeniem tzw. punktu bez powrotu, czyli brak szczytowania podczas orgazmu, odprężenia, a więc satysfakcji seksualnej (Santorski, 1992; Reich, 1996).

Interesujące jest również to, że jako przyczyny emocjonalnych napięć, prowadzących do braku seksualnego spełnienia, Reich wskazywał najczęściej na problemy spoza sfery funkcjonowania seksualnego człowieka. Obecnie jest to powszechna teza wśród seksuologów (Imieliński, 1984; Starowicz, 2000; Izdebski, Ostrowska, 2004; Pospiszyl, 2005), wyrażona słowami Michaliny Wisłockiej w odpowiedzi na pytanie o przyczyny zaburzeń w sferze seksualnej: „(...) jakość naszego życia seksualnego to papiererek lakmusowy naszego zdrowia psychicznego (...)” (Wisłocka, 1993).

Silne napięcia psychiczne, przeżywane od wczesnego dzieciństwa, pozostawiają trwały ślad nie tylko w psychice, rzutując na zachowanie, ale i w wyglądzie – budowie ciała, programując m.in. przyszłe choroby. Tak twierdził Jack Lee Rosenberg (Rosenberg, 1988), twórca koncepcji „podstawowego scenariusza”. Zakłada on w niej, że każde przeżycie uaktywnia konkretne mięśnie, zarówno mimiczne, jak i pantomimiczne. Im częściej następuje dane przeżycie, tym częściej pracują określone mięśnie, tym samym zmieniając swoją objętość, podobnie jak podczas ćwiczeń na siłowni. Co ciekawe, we wczesnym dzieciństwie często napinane mięśnie są w stanie odkształcić chrzęstne części twarzoczaszki lub innych części szkieletu, przez co przeżywane emocje, a konkretnie ich znak, treść i nasilenie mają wpływ na wygląd fizyczny, jednocześnie kształtując emocjonalność człowieka w postaci tzw. podstawowego scenariusza. Autor koncepcji porównuje ten proces do tłoczenia płyty gramofonowej. Rowek w płycie jest kształtowany do wieku ok. 6–7 lat, następnie po włożeniu igły zaczyna grać muzyka, czyli człowiek odtwarza przez całe życie przeżycia zapisane w mięśniach, charakterystyczne tylko dla niego samego.

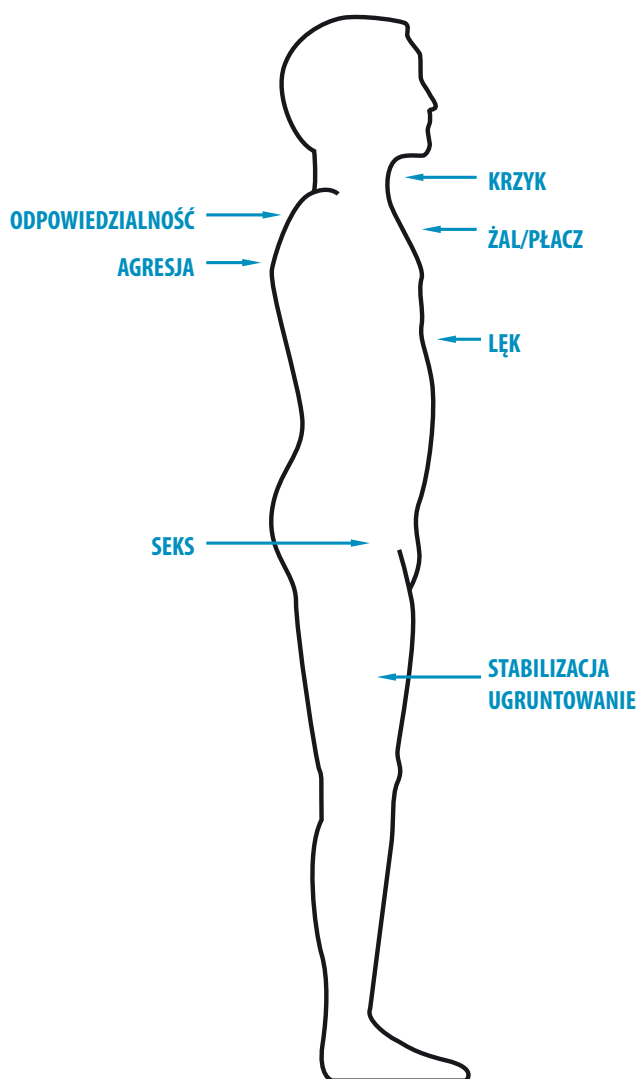
O krok dalej w rozwoju tej idei poszedł Aleksander Lowen (Lowen, 2011a i b), który wskazał konkretne części ciała, odpowiedzialne za kumulowanie napięć powstających w wyniku konkretnych emocji. Najważniejsze z nich ukazuje rys. 1.

Aleksander Lowen (1992) stworzył metodę, powszechnie nazywaną analizą bioenergetyczną. Założył w niej, że ciało jest odzwierciedleniem osobowości. Na przykład osoby, które nie umieją wyrazić agresji, będą miały zwiększone napięcie w okolicach łopa-

tek, mężczyźni, którzy nie płaczą, będą odczuwać dyskomfort w klatce piersiowej, natomiast osoby mające problemy ze stabilizacją, pewnością siebie, zwykle mają zwiększone napięcie w mięśniach ud.

Chroniczne napięcia o niewielkim nasileniu charakteryzują większą część współczesnego społeczeństwa, jednak w dużej części mają one charakter przejściowy – rozwojowy. Te silniejsze, sprzyjające zachowaniom patologicznym, prowadzą do nerwic i chorób somatycznych. Opisywane napięcie, z biologicznego punktu widzenia, wywołuje szereg zmian fizjologicznych, mających na celu przygotowanie organizmu do odpowiedniej reakcji. Najczęściej jest to stan mobilizacji, nazywany również pogotowiem stresowym, podobny jak w sytuacji walki lub ucieczki. Te

Rys. 1. Części ciała skupiające napięcie powodowane konkretnymi emocjami (na podstawie opisów A. Lowena).



zmiany to m.in. przyspieszenie i spłycenie oddechu, przyspieszenie akcji serca, zwiększenie ukrwienia mięśni, zmniejszenie aktywności układu trawienno, ograniczenie dopływu krwi do skóry poprzez zwężenie włosowatych naczyń krwionośnych.

Łatwo można sobie wyobrazić, że częste i długotrwałe napięcia zaowocują wyczerpaniem organizmu, a co za tym idzie częstymi przeziębieniami, spadkiem odporności immunologicznej, co w efekcie może zwiększyć zachorowalność na infekcje bakteryjne i wirusowe. Jeśli chodzi o wygląd fizyczny, to długotrwałe ograniczenie ukrwienia skóry spowoduje brak połysku na włosach, szary, matowy odcień cery, zmiany na skórze w postaci wyprysków, trądziku i owrzodzenia.

Jeszcze ważniejszy wpływ na wygląd fizyczny i zdrowie ma wspomniane spłycenie oddechu. Płytki oddech powoduje zmniejszenie (spłaszczenie) klatki piersiowej przez opadanie przednich części żeber, które nie są wypychane siłą oddechu do końca, więc zgodnie z siłą grawitacji przemieszczają się na dół. Płaska klatka piersiowa pociąga za sobą szereg kolejnych zmian w organizmie. Zostało to zaprezentowane na rys. 2.

Należy zwrócić uwagę na to, że poza specyficznym wyglądem osoby po prawej stronie rysunku, deformacji uległo wiele narządów wewnętrznych, co zwykle powoduje konkretne dolegliwości. Zaczynając od góry można wymienić:

- ucisk na krtań – chrypa, kaszel, ew. choroby gardła,
- zmniejszenie powierzchni płuc – męczliwość,
- ucisk na serce – mniejsza wydolność organizmu, kołatanie serca,
- obciążenie kręgow, nieprawidłowy kształt kręgosłupa – bóle,
- nieprawidłowy kształt żołądka – zaburzenia trawienia, nadkwasota,
- ucisk na wątrobę i woreczek żółciowy – zgaga, zaburzenia trawienia tłuszczów,
- obniżenie narządów rodnych – zaburzenia miesiączkowania, problemy z donoszeniem ciąży,
- uczucie parcia na pęcherz, częste oddawanie moczu,
- zwyrodnienie stawów biodrowych i miednicy,
- bóle w stawach kolanowych.

Mało kto zdaje sobie sprawę, że wymienione tu dolegliwości mogą mieć podłoże psychiczne. Jeszcze mniej osób wie, jak poradzić sobie z tymi problemami. Choć

bardziej adekwatnym określeniem jest zapobieganie lub niedopuszczanie do opisywanego stanu.

Zastosowanie w profilaktyce

Biorąc po uwagę wielość przyczyn, w wyniku których młodzi ludzie sięgają po środki psychoaktywne bądź ulegają uzależnieniom behawioralnym, opisywana koncepcja wydaje się nawiązywać do dużej części z nich. Analizując wyłącznie te przypadki, w których głównym mechanizmem uzależnienia jest potrzeba obniżenia napięcia psychicznego, okaże się, że osoby te stanowią ponad połowę wszystkich zagrożonych uzależnieniem. Do nich można dodać osoby ze zwiększonym zapotrzebowaniem na stymulację (potrzeba poszukiwania wrażeń), a nawet poszukujące zrozumienia i akceptacji.

Opisywana tu koncepcja, czyli związek psychiki z ciałem, wyglądem, sprawnością fizyczną i atrakcyjnością interpersonalną zwykle budzi duże zainteresowanie wśród uczestników zajęć profilaktycznych. Dzieje się tak również dlatego, że duża część z nich jest

wychowana na reklamach środków farmaceutycznych, to zwolennicy szybkiego sukcesu osiąganego za pomocą sterydów i anaboliów oraz wyrafinowanych, drogich kosmetyków, czy też osoby, które używają środków psychoaktywnych, by poczuć się bardziej akceptowanymi w grupie, gdzie mają szansę na poznanie nowych, zdrowych i akceptowanych społecznie sposobów realizacji swoich pragnień.

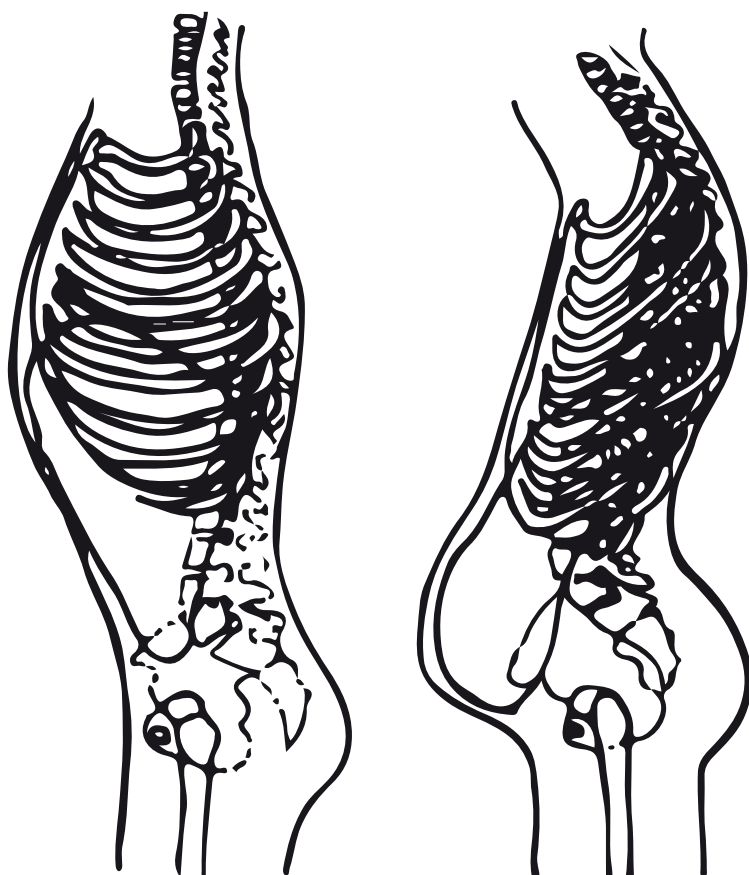
Adresaci oddziaływań

Zajęcia w ramach przedstawianej koncepcji odnoszą największy efekt wśród osób posiadających podstawową wiedzę na temat budowy i funkcji organizmu człowieka, tj. młodzieży w wieku szkoły średniej oraz grupy tzw. młodych dorosłych, których styl życia wskazuje nie tylko na istnienie zagrożenia uzależnieniem, ale i na inne zagrożenia związane z nieprzestrzeganiem higieny zdrowia psychicznego. Prezentowana koncepcja ma również zastosowanie w psychoterapii, leczeniu chorób psychicznych i somatycznych, w tym terapii uzależnień, jednak

ze względu na zakres tego opracowania

opisywane są tylko aspekty związane z psychoprofilaktyką.

Rys. 2. Postawy – idealna po lewej i zdeformowana przez płytki oddech po prawej stronie (Kogler, 1975).



Cele i zakres tematyczny zajęć

Głównym celem zajęć jest uświadomienie uczestnikom związków pomiędzy funkcjonowaniem psychicznym, przeżywanymi emocjami a wyglądem fizycznym, wydolnością organizmu i zdrowiem.

Dodatkowe cele osiąmane podczas realizacji programu zajęć to:

1. Zwiększenie koncentracji na rozwoju uczuć i sferze emocjonalnej uczestników.
2. Uświadomienie zależności zdrowia fizycznego od stanu psychicznego.
3. Zapoznanie z zasadami higieny zdrowia psychicznego.
4. Analiza przyczyn własnych problemów każdego uczestnika – diagnoza budowy ciała, diagnoza funkcjonowania emocjonalnego, diagnoza relacji rodzinnych w dzieciństwie.

5. Poznanie ćwiczeń usprawniających zdrowie fizyczne i jednocześnie umożliwiających poznawanie własnych stanów emocjonalnych przez zwiększenie koncentracji na sobie – poszczególnych częściach organizmu.
6. Opracowanie indywidualnych planów pokonywania problemów osobistych oraz technik usprawniających funkcjonowanie emocjonalno-społeczne.

Zajęcia trwają rok i są prowadzone w czterech blokach tematycznych. Pierwszy ma na celu zapoznanie z koncepcją, pokazanie zależności pomiędzy ciałem a psychiką oraz możliwości wykorzystania tej wiedzy w celu usprawnienia swojego życia psychicznego i jednocześnie poprawienia zdrowia i wyglądu fizycznego.

Drugi blok zawiera analizę własnego stylu życia w kontekście poznanej koncepcji i naukę podstawowych ćwiczeń (asan jogi) w celu zwiększenia koncentracji na sobie oraz prawidłowego wykonywania codziennych czynności, jak np. oddychanie (Pranajama), stanie (Tadasana), leżenie (Śavasana) i innych.

Trzeci blok to nauka i wykonywanie bardziej zaawansowanych asan i ćwiczeń bioenergetycznych w celu poznania i analizy własnych ograniczeń emocjonalnych, w połączeniu z analizą historii życia, przeżywanych emocji, relacji z rodzicami itp.

W czwartym bloku uczestnicy koncentrują się na doborze serii ćwiczeń indywidualnych, umożliwiających zwiększenie wglądu w siebie, pokonywanie osobistych problemów oraz dokonanie modyfikacji stylu życia na bardziej zdrowy i satysfakcjonujący. W zależności od potrzeb i możliwości uczestników organizowane są obozy wakacyjne, podsumowujące roczną pracę. Mają one na celu utrwalenie kształtowanych nowych nawyków, wzmocnienie pozytywnych zmian w zachowaniu oraz naukę bardziej zaawansowanych technik pracy nad sobą, jak np. masaże, mantry, techniki relaksacyjne, bioenergetyczne i medytacyjne.

Prowadzący zajęcia

Zakres tematyczny zajęć wymaga, aby prowadzący posiadali odpowiednie kwalifikacje. Najlepiej wykształcenie wyższe psychologiczne, uzupełnione

o umiejętności w zakresie psychoterapii, socjoterapii, higieny zdrowia psychicznego, podstaw medycyny i anatomii oraz znajomość wybranych koncepcji filozofii i medycyny Dalekiego Wschodu, jak również jogi, bioenergoterapii, technik masażu i podstaw pracy z ciałem.

Istotne jest również posiadanie doświadczenia w pracy z młodzieżą i osobami dorosłymi w formach indywidualnej i grupowej psychoterapii, np. grup psychologicznego wsparcia.

Podsumowanie

Opisywane podejście z roku na rok zyskuje na popularności, co z jednej strony może wydawać się dziwne w świecie przepełnionym konsumpcją i hedonizmem, z drugiej jednak może właśnie dlatego rośnie grupa młodych osób poszukujących innych, niekonwencjonalnych, bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie z problemami współczesności. Atrakcyjność dalekowschodnich koncepcji od dawna i bezsprzecznie wiąże się z odmiennością kultur, która nawet obecnie jest tak duża, że proces globalizacji nie jest w stanie zmniejszyć pragnienia wielu ludzi do poznania owianych mgłą tajemnicy sposobów na długowieczność, nadludzką sprawność i zdrowie. Nawet jeśli większość z nich można by uznać za legendy, to mimo wszystko wkład tej kultury w promowanie postaw prozdrowotnych, aktywności i sprawności fizycznej, pracy nad samorozwojem i zdrowiem psychicznym jest tak duży, że nie tylko nie można go zbagatelizować, lecz powinno się go świadomie wykorzystywać zarówno w konstrukcji metod profilaktycznych, jak i w życiu codziennym.

Bibliografia

- Freud Z., „Wstęp do psychoanalizy”, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Imieliński K. (red.), „Seksuologia społeczna”, PWN, Warszawa 1984.
- Izdebski Z., Ostrowska A., „Seks po polsku Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków”, Muza, Warszawa 2004.
- Jung C.G., „Podróż na wschód”, Wydawnictwo Pusty Obłok, Warszawa 1989.
- Kogler A., „Joga”, Słowackie Wydawnictwo Wychowania Fizycznego, Bratysława 1975.
- Lowen A., „Wstęp do bioenergetyki”, Wydawnictwo: Jacek Santorski i CO, Warszawa 1992.
- Lowen A., „Duchowość ciała”, Czarna Owca, Warszawa 2011a.

- Lowen A., „Miłość, seks i serce”, Czarna Owca, Warszawa 2011b.
- Pospiszyl K., „Przestępstwa seksualne”, Wydawnictwo APS, Warszawa 1995.
- Reich W., „Funkcja orgazmu”, Wydawnictwo: Jacek Santorski i CO, Warszawa 1996.
- Rosenberg J., „Ciało, jaźń i dusza: odkrywanie integracji”, Laboratorium Psychoedukacji i Ośrodek Gestalt, Warszawa 1988-1990.
- Santorski J., „Organizm i orgazm”, Wydawnictwo: Jacek Santorski i CO, Warszawa 1992.
- Siems M., „Ciało zna odpowiedź”, Wydawnictwo: Jacek Santorski i CO, Warszawa 1992.
- Siudem I., „Psychofizjologiczny kontekst agresji seksualnej” (w:) M. Pąchalska, G. Kwiatkowska (red.) „Neuropsychologia a humanistyka”, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010.
- Siudem I., „Konsekwencje represji cierpienia” (w:) M. Kalinowski, I. Niewiadomska (red.) „Cierpienie między sensem a bez sensem. Studium interdyscyplinarne”, Lublin 2013.
- Starowicz Lew Z., „Seksuologia sądowa”, PZWŁ, Warszawa 2000.
- Wiśłocka M., „Sukces w miłości”, Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa 1993.

Komentarz

Praktykowanie asan i ćwiczeń oddechowych oferowanych przez dobrze wykształconych nauczycieli jogi może przynosić różnorodne dobroczynne skutki dla zdrowia. Badania naukowe pokazują m.in., że praktykowanie jogi poprawia ogólną sprawność fizyczną, zmniejsza dolegliwości bólowe kręgosłupa, poprawia samopoczucie, zwiększa odporność na stres, zwiększa świadomość swojego ciała. W tym sensie, wydaje się, że praktykowanie jogi może stanowić pożyteczne uzupełnienie dla zajęć terapeutycznych lub socjoterapeutycznych. Takie zajęcia mogą pomóc poprawić kondycję psychofizyczną u osób z poważnymi problemami (np. osób w terapii uzależnień). W tym znaczeniu zaprezentowana przez Autora koncepcja pracy to wartościowa i atrakcyjna forma poszerzania oferty terapeutycznej. Nie ma jednak dowodów na to, że asany lub ćwiczenia oddechowe są skutecznymi metodami w profilaktyce uzależnień chemicznych i behawioralnych.

dr Krzysztof Ostaszewski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Osobom używającym narkotyków coraz częściej, oprócz terapii, oferuje się także pomoc prawną. Przykładem połączenia tych działań jest program „Narkotyki – na gorącym uczynku”, realizowany od 2012 roku w Poradni MONAR w Krakowie.

KONSULTACJE PRAWNE ORAZ PORADNICTWO PSYCHOEDUKACYJNE I PSYCHOTERAPEUTYCZNE W WARUNKACH PORADNI

*Krzysztof Grabowski, Małgorzata Pawłowska
Poradnia MONAR w Krakowie*

Profilaktyka, leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób używających narkotyków obejmują działania wykonywane przez przedstawicieli różnych zawodów. Wśród nich istotną rolę odgrywają psycholodzy i psychoterapeuci. System kształcenia tych grup pozwala prowadzić

im m.in. diagnostykę, interwencje kryzysowe i terapię. Osobom używającym narkotyków coraz częściej, oprócz terapii, oferuje się także pomoc prawną. Przykładem takiego działania jest prowadzony przez Stowarzyszenie JUMP'93 program Rzecznika Praw Osób Uzależ-

nionych. Pomocy prawnej Rzecznika nie towarzyszy jednak diagnostyka, interwencje i terapia. Ale są programy łączące działania psychologa lub psychoterapeuty z działaniami prawnika. Jednym z nich jest program „Narkotyki – na gorącym uczynku”, realizowany od 2012 roku w Poradni MONAR w Krakowie.

Przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym

W 2014 roku, podobnie jak w latach poprzednich, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wsparło zadanie publiczne pt. „Przeciwdziałanie uzależnieniom i patologiom społecznym”. W ramach tego zadania przewidziano realizację programów profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków. Jedną z organizacji pozarządowych, która złożyła ofertę, było Stowarzyszenie MONAR. Celem nadrzędnym Stowarzyszenia jest prowadzenie działalności społecznie użytecznej i świadczenie wszechstronnej pomocy na rzecz osób i grup zagrożonych społecznym wykluczeniem. Stowarzyszenie kieruje swoje działania zarówno do osób uzależnionych, jak i zagrożonych uzależnieniem. W profil działalności tej organizacji wpisuje się profilaktyka, redukcja szkód, terapia uzależnień, rehabilitacja społeczna i zawodowa, reintegracja, jak i pomoc prawna. Realizując swoje cele statutowe, Stowarzyszenie powołało różne jednostki organizacyjne, w tym poradnie¹.

Jednostką organizacyjną bezpośrednio wykonującą zadanie konkursowe jest Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie, która rozpoczęła swoją działalność w 1986 roku jako punkt konsultacyjny. W 1996 roku poradnia uzyskała status zakładu opieki zdrowotnej, świadczącego pomoc ambulatoryjną. Pacjenci mają dostęp do pomocy psychologów, psychiatry i pracownika socjalnego. Pracownicy poradni prowadzą diagnostykę, zajęcia edukacyjne oraz sesje psychoterapii dla używających narkotyków i ich rodzin. Udzielane są także informacje na temat nowych substancji psychoaktywnych, potocznie zwanych „dopalaczami”. Oferowany jest drop-in, do którego pacjenci mogą przyjść, napić się herbaty, skorzystać z środków higienicznych i internetu. Oprócz tego w poradni prowadzone jest

Centrum Redukcji Szkód, dzięki któremu pacjenci mogą uzyskać czyste igły, strzykawki i prezerwatywy; jest prowadzony program profilaktyki selektywnej „Fred goes net”, program utrzymywania kontaktu z osadzonymi w zakładach karnych pacjentami „Tama”, a od 2015 roku program edukacyjno-informacyjny skierowany do klubowiczów „Czyste bity”.

Oferta

Profilaktyka wskazująca dla osób używających narkotyków zasadniczo jest kierowana do grup zagrożonych różnego rodzaju negatywnymi zjawiskami, do których w pierwszym rzędzie zalicza się: eskalację używania narkotyków, zakażenie drobnoustrojami chorobotwórczymi (wirusami HIV i HCV), wystąpienie zaburzeń psychicznych i próby samobójcze. Wychodzimy z założenia, że okazjonalne używanie narkotyków czasem podlega eskalacji i w rezultacie może prowadzić do rozwoju uzależnienia. Grupa okazjonalnych użytkowników narkotyków jest różnie definiowana ze względu na różne ujęcia częstotliwości sięgania po substancje psychoaktywne². Powszechna zgoda panuje co do częściowego wykonywania ról społecznych przez użytkowników okazjonalnych. Członkowie tej grupy zasadniczo kontynuują edukację lub wypełniają swoje obowiązki pracownicze. Użytkownicy okazjonalni posiadają także częściowe wsparcie członków rodziny. Można u nich zaobserwować niekompletne przyswojenie norm i wartości społecznych. W pewnym zakresie nastąpiło także przyswojenie norm kontrkulturowych. Dotyczy to właśnie używania narkotyków. Wydaje się, że używanie narkotyków zasadniczo jednak nie wyrządza przedstawicielom tej grupy znacznych szkód. W niektórych wypadkach w ogóle trudno stwierdzić, żeby jakieś powstały. Niewątpliwie jednak zachodzi niebezpieczeństwo pojawienia się takich szkód. W Polsce używanie narkotyków, w tym również okazjonalne, odbywa się w szczególnym kontekście prawnym. Od wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 26 października 2000 roku³, wyłączającej niekaranie za posiadanie nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek, użytkownicy okazjonalni z istoty rzeczy dopuszczają się przestępstwa posiadania narkotyków.

Okazjonalni użytkownicy narkotyków wywodzą się przede wszystkim z młodszych grup wiekowych⁴, dlatego program „Narkotyki – na gorącym uczynku” jest kierowany do osób między 17. a 30. rokiem życia. Ograniczenie pacjentów do tej grupy wiekowej ułatwiło uzyskanie jednorodności przekazów profilaktycznych.

Program kierujemy nie tylko do okazjonalnych użytkowników narkotyków, ale także do osób zażywających nowe substancje psychoaktywne. Po zamknięciu sklepów stacjonarnych, które sprzedawały „dopalacze”, dostęp do nich zmniejszył się. Obecnie, żeby kupić „dopalacze”, trzeba zamówić je przez internet i odebrać na poczcie lub w domu. W niektórych miastach można je pokątnie nabyć w sklepach z talizmanami i amuletami lub sex-shopach. Mimo ograniczenia liczby sklepów, problem używania „dopalaczy” jest cały czas aktualny. Sporo okazjonalnych użytkowników uzupełnia tradycyjne narkotyki tymi substancjami. Używanie „dopalaczy” ma jedną „przewagę” nad używaniem tradycyjnych narkotyków – posiadanie „dopalaczy” i częstowanie nimi innej osoby nie stanowi przestępstwa. Zgłaszający się do poradni użytkownicy „dopalaczy” zasadniczo nie sygnalizują problemów z prawem karnym. Dlatego w ramach realizacji programu byli oni poddani działaniom psychologa (psychoterapeuty) bez konsultacji prawnych.

Cele programu

Program „Narkotyki – na gorącym uczynku” zakładał realizację celów na płaszczyźnie indywidualnej i społecznej. Na płaszczyźnie indywidualnej podjęto działania mające na celu zapobieżenie eskalacji używania narkotyków. Przyjęto, że nie w każdym przypadku od razu jest możliwe całkowite zaprzestanie używania narkotyków. Osobom używającym narkotyków przedstawiono ryzyko związane z przejściem

na dożylne formy używania substancji psychoaktywnych. Dążono również do wyeliminowania substancji, których użycie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zdrowotnym, np. otrzymywanego domowymi metodami metkatynonu. Istotne także było zmniejszenie ilości różnych ryzykownych zachowań towarzyszących używaniu narkotyków, np. prowadzenia samochodu pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Na płaszczyźnie ponadindywidualnej założono zmianę postaw pacjentów na bardziej odpowiedzialne i prospołeczne. W szczególności ważne było utrzymanie pacjenta w pełnieniu pozytywnie ocenianych ról społecznych.

Założono również poprawę relacji rodzinnych. Ułatwić to miała internalizacja pozytywnych form spędzania wolnego czasu. Istotnym elementem była też nauka umiejętności społecznych pomagających wykonywać role społeczne. Pracowano nad uświadomieniem pacjentom sprawczej roli w grupach społecznych i możliwości wpływu na konsekwencje podjętych działań. Jednym z celów programu była kompensacja deficytów w zakresie rozwoju psychospołecznego (opóźniona adolescencja) części osób używających narkotyków. Bardzo istotnym celem było przeciwdziałanie stygmatyzacji

pacjentów i wchodzeniu przez nich w role społeczne przestępcy i narkomana. W realizacji tego celu szczególnie potrzebna jest współpraca psychologa (psychoterapeuty) i prawnika. Trzeba przyznać, że pacjenci z problemami prawnymi traktowali udział w programie instrumentalnie. Skorzystanie z oferty prawnika miało przede wszystkim umożliwić uniknięcie lub zredukowanie konsekwencji prawnych. Można stwierdzić, że motywacja tych pacjentów stanowiła klasyczny przykład motywacji zewnętrznej. Nie oznacza to jednak, że pacjent nie był poddany żadnym oddziaływaniom psychologa (psychoterapeuty). Motywacja pacjenta do wzięcia udziału w programie stanowiła bazę do zmiany. Każdemu z uczestników oferowano możliwość konsultacji i udziału w terapii na zasadzie dobrowolności. Pacjent, który nie chciał korzystać

Program „Narkotyki – na gorącym uczynku”, realizowany przez Poradnię MONAR w Krakowie, jest kierowany do osób między 17. a 30. rokiem życia – do okazjonalnych użytkowników narkotyków, ale także do osób zażywających nowe substancje psychoaktywne. Ograniczenie pacjentów do tej grupy wiekowej ułatwiło uzyskanie jednorodności przekazów profilaktycznych.

z pomocy psychologa (psychoterapeuty), mógł ograniczyć kontakt wyłącznie do spotkań z prawnikiem. Brak presji we wzajemnych kontaktach wpływał na ich otwartość i szczerść. W tej atmosferze na przykładzie innych osób pacjent miał możliwość obserwowania funkcjonowania terapii i konsultacji. Z czasem część pacjentów wyrażała wolę skorzystania z pełnej oferty poradni.

Pomoc prawnika miała na celu wyjaśnienie sytuacji prawnej oraz opracowanie optymalnego rozwiązania istniejących konfliktów z prawem. Ten element programu zakładał zmniejszenie ryzyka ponownego wejścia w konflikt z prawem. A konsekwencją tego mogło być zmniejszenie wydatków z budżetu skarbu państwa na koszty postępowania karnego i wykonania kar poprzez umorzenie spraw o posiadanie nieznacznych ilości narkotyków na własne potrzeby.

Integracja pomocy psychologicznej i prawnej

Program „Narkotyki – na gorącym uczynku” składa się z kilku rodzajów działań. Pierwszym jest indywidualna konsultacja wstępna, połączona z diagnostyką obejmującą ocenę intensywności używania narkotyków, stanu psychicznego pacjenta i jego potrzeb. Przyjęcie do programu jest poprzedzone ustaleniem i zawarciem indywidualnego kontraktu.

Następnie przechodzi się do zasadniczej części programu, która polega na pracy pacjenta w grupie terapeutycznej i poradnictwie indywidualnym.

Kolejnym modułem są konsultacje prawnika. Są one udzielane w związku z istniejącymi i pojawiającymi się problemami prawnymi. Obejmują spotkania z prawnikiem w celu omówienia przypadku, doradztwo prawne, pomoc lub sporządzenie pism procesowych oraz nadzór nad przebiegiem postępowania.

Fakultatywnym modułem programu jest poradnictwo rodzinne. Działania w ramach tego modułu są podejmowane w momencie ujawnienia się dysfunkcji w rodzinie i wyrażenia woli współpracy jej członków.

Realizacja programu

W ciągu trzech lat realizacji programu zaobserwowano pewne problemy w rozwiązywaniu spraw

prawnych i społecznej stabilizacji okazjonalnych użytkowników narkotyków. Zdarzały się sytuacje, że użytkownicy narkotyków nie odbierali korespondencji z sądów i prokuratur. Czasami też gubili dokumenty urzędowe. Można stwierdzić, że komplet dokumentów w sprawie pacjenta był w programie rzadkością. Zasadniczo do chwili zmotywowania pacjentów do próby rozwiązania problemów prawnych i ich faktycznego zaangażowania w tę aktywność, nie przywiązywali oni wagi do dokumentacji. Przesadą byłoby twierdzić, że każdy pacjent, który został poddany przewidzianym w programie oddziaływaniom, w pełni zaangażował się w rozwiązanie problemów prawnych. Co jakiś czas można było zaobserwować, że po początkowym zaangażowaniu entuzjazm niektórych pacjentów malał. Wiązało się to oczywiście ze skomplikowaniem systemu prawnego i biurokracją spotykaną w urzędach. Inną płaszczyzną, na której szukano rozwiązania tej trudności, była płaszczyzna psychologiczna. Chodziło mianowicie o odpowiednie zmotywowanie pacjenta. Podczas pracy w grupach i indywidualnego poradnictwa starano się ukazać potrzebę wytrwałości w rozwiązywaniu problemów prawnych.

W 2014 roku program poddano opracowaniu statystycznemu. W wyniku analizy stwierdzono, że przez pierwsze półrocze 2014 roku łącznie zarejestrowano 87 spraw prawnych okazjonalnych użytkowników narkotyków, z czego 60 to były sprawy karne. Spośród spraw karnych 25 dotyczyło posiadania narkotyków, 6 innych przestępstw narkotykowych. Inne niż narkotykowe sprawy karne miały głównie za przedmiot określenie odpowiedzialności za kradzież.

Przestępstwa polegające na posiadaniu narkotyków dotyczyły w większości przypadków posiadania marihuany, dwie sprawy dotyczyły amfetaminy, a tylko w jednej sprawca posiadał polską heroinę, czyli tzw. kompot. Wśród spraw o posiadanie marihuany najwięcej było takich, które wiązały się z posiadaniem do 1 grama tego narkotyku (10 spraw). Drugim przedziałem wagowym było posiadanie od 3 do 10 gramów marihuany (5 spraw), cztery sprawy dotyczyły posiadania powyżej 100 gramów marihuany. Większość pacjentów programu posiadała narkotyki w ilościach, które w wielu państwach europejskich nie rodzą odpowiedzialności karnej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wyłączenie odpowiedzialności

karnej użytkowników narkotyków ogranicza stygmatyzację tej grupy i „wpychanie” jej członków w role przestępcy i narkomana. Jest to istotne w szczególności wobec okazjonalnych użytkowników narkotyków, którzy poza ich używaniem zasadniczo pomyślnie przeszli socjalizację⁵. Zwolennicy karania użytkowników narkotyków argumentują, że działanie takie odstrasza od zaangażowania się w aktywność związaną z narkotykami. Ponadto karanie za posiadanie ma ułatwiać walkę z handlarzami narkotyków, którzy mają posiadać przy sobie niewielkie ilości narkotyków, twierdząc, że to na własny użytek⁶. W chwili obecnej w polskim ustawodawstwie w dużym stopniu uwzględnia się postulaty zwolenników karania za posiadanie, co nie znaczy, że nie przewidziano żadnych alternatyw. Pierwszą jest – wpisana w zasadę „leczyć zamiast karać” – instytucja zawarta w art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Pozwala ona wobec sprawcy uzależnionego lub używającego szkodliwie narkotyków, który dopuścił się związanego z używaniem narkotyków przestępstwa zagrożonego karą do 5 lat pozbawienia wolności, zawiesić, a następnie warunkowo umorzyć postępowanie karne w zamian za podjęcie leczenia, rehabilitacji lub udział w programie profilaktyczno-leczniczym. Od początku funkcjonowania programu „Narkotyki – na gorącym uczynku” wnioskowaliśmy w pismach do prokuratur i sądów o zastosowanie tego rozwiązania prawnego. Niestety, organy te bardzo niechętnie przychyliły się do naszych wniosków. Zdarzało się, że po zawieszeniu postępowania i zakończeniu z sukcesem udziału w programie profilaktyczno-leczniczym postępowanie karne było dalej kontynuowane. Problemy na linii terapeuta–organy postępowania karnego znacznie wydłużały czas postępowania karnego i zniechęcały do korzystania z tej alternatywy. W I półroczu 2014 roku realizacji programu nie udało się

W czasie realizacji programu kilkukrotnie otrzymywaliśmy informacje od użytkowników narkotyków na temat niewłaściwego ich traktowania na komendach policji. Przy czym prawie zawsze brak było wystarczających dowodów do prowadzenia postępowania w takiej sprawie. W takich sytuacjach w związku z poczuciem pokrzywdzenia szczególnie ważne było wsparcie psychologa (psychoterapeuty). O potrzebie wsparcia psychologicznego i prawnego mówili także użytkownicy narkotyków oczekujący na odbycie kary pozbawienia wolności.

w żadnej sprawie warunkowo umorzyć postępowania karnego wobec okazjonalnego użytkownika narkotyków, który poddał się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym. Doświadczenia płynące z programu „Narkotyki – na gorącym uczynku” są spójne z wynikami badań opublikowanymi przez Łukasza Serebnickiego w 2009 roku. Wynikało z nich, że instytucja zawarta w art. 72 i art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest alternatywą wobec kary pozbawienia wolności istniejącą w zasadzie tylko na papierze⁷. Mimo wpro-

wadzenia w 2011 roku pewnych ułatwień w jej stosowaniu, zdaje się, że jest ona nadal niewystarczająco wykorzystywana.

Drugą możliwością stosowaną w celu przeciwdziałania stygmatyzacji pacjentów i wchodzeniu przez nich w role przestępcy i narkomana były przepisy zawarte w art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Artykuł ten umożliwia umorzenie postępowania karnego toczącego się w sprawie o posiadanie narkotyków w ilości nieznacznej przeznaczonej na własny użytek, jeżeli ze względu na społeczną szkodliwość czynu, jak i jego okoliczności orzeczenie kary jest niecelowe. Przy czym postępowanie karne może być umorzone jeszcze przed wydaniem postanowienia

o wszczęciu postępowania przygotowawczego, a więc na bardzo wczesnym etapie. W I półroczu 2014 roku wniesiono dziewięć wniosków o umorzenie postępowania karnego. Co do pięciu wniosków prokuratura lub sąd nie podjęły do chwili zakończenia naszej analizy żadnej decyzji, w stosunku do jednego wniosku nie przychyłono się do zastosowania art. 62a, zaś trzy wnioski zostały uwzględnione. Z uwagi na niewielką liczbę wniosków, trudno wyprowadzać z nich ogólne stwierdzenia. Można jednak podzielić się obserwacjami z prowadzenia takich spraw. Przede wszystkim wydaje się, że prokuratury i sądy przychylniej podchodzą do umarzania na podstawie tego artykułu spraw o po-

siadanie. Nie zaobserwowano jednak, aby umorzenie następowało z własnej inicjatywy. Za każdym razem potrzebny był wniosek i aktywny udział oskarżonego w sprawie. Ponadto nie udało się zmniejszyć liczby stygmatyzujących czynności policji wobec użytkowników narkotyków. Rutynowo wobec użytkownika narkotyków podejmowano czynności, takie jak: zatrzymanie, przeszukanie mieszkania i przesłuchanie. Podobnie wyglądały doświadczenia ze stosowania tego artykułu w programie Rzecznika Praw Osób Uzależnionych w Warszawie. W raporcie Rzecznika z lat 2012/2013 pisze on, że mimo możliwości zakończenia postępowania karnego na bardzo wczesnym etapie, w praktyce tak się nie działo. Te doświadczenia uprawdopodobniają tezę, że użytkownik narkotyków, który skorzystał z tej alternatywy, w pewnym zakresie dalej włączany jest w postępowanie karne, poddawany presji i narażony na stygmatyzację⁸.

Wnioski i rekomendacje

Trzyletnia realizacja programu „Narkotyki – na gorącym uczynku”, obejmująca pomoc psychologa i prawnika, uprawnia do sformułowania kilku wniosków i rekomendacji.

Po pierwsze, nie wszystkie problemy z funkcjonowaniem społecznym okazjonalnych użytkowników narkotyków, w tym w szczególności problemy prawne, można było całkowicie rozwiązać. Każdy jednak problem mógł być zredukowany. Ważne przy tym było uświadomienie pacjentom sensu starania się o zmniejszenie problemów społecznych. Odbywało się to w pierwszym rzędzie poprzez przedstawienie uczestnikom korzyści społecznych wynikających z podejmowanych działań i wywołanie związanej z ich odbiorem pozytywnej reakcji emocjonalnej. Posiłkowano się także odwołującym się do negatywnej reakcji emocjonalnej ukazaniem konsekwencji zdrowotnych i prawnych pozostawienia problemów społecznych bez rozwiązania.

Po drugie, po pomoc psychologiczną i prawną zgłaszali się także użytkownicy narkotyków w starszym wieku. W większości były to osoby, które używały narkotyków w młodości, na późniejszym etapie życia ograniczyły używanie narkotyków, i w chwili kontaktu z poradnią sięgały po te substancje okazjonalnie. Zdarzały się także osoby, które inicjację

narkotykową przeszły w wieku potocznie określanym jako średni. W związku z powyższym wydaje się potrzebne rozszerzenie profilaktyki wskazującej także na członków tej grupy wiekowej.

W trakcie realizacji programu kilkakrotnie otrzymywaliśmy informacje od użytkowników narkotyków na temat niewłaściwego ich traktowania na komisariatach i komendach policji. Przy czym prawie zawsze brak było wystarczających dowodów do prowadzenia postępowania w takiej sprawie. W takich sytuacjach w związku z poczuciem pokrzywdzenia szczególnie ważne było wsparcie psychologa (psychoterapeuty). Dała się także zaobserwować potrzeba wsparcia psychologicznego i prawnego użytkowników narkotyków oczekujących na odbycie kary pozbawienia wolności. Rozwiązanie, które proponowano takim osobom polegało m.in. na odroczeniu wykonania kary. Takie działanie w wielu wypadkach umożliwiło dokończenie załatwienia spraw urzędowych, rodzinnych i przygotowanie się emocjonalne osoby do odbycia kary.

Przypisy

- ¹ § 3, § 4, § 10, § 11 statutu Stowarzyszenia MONAR; dostępny na stronie internetowej stowarzyszenia.
- ² W oparciu na badaniach European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) z 2011 r. publikacji użycie narkotyku przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy było wystarczające do uznania używania za okazjonalne. J. Sierosławski, „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1/2012, s. 36.
- ³ Dz.U. z 2000 r. Nr 103, poz. 1097.
- ⁴ J. Sierosławski, „Substancje psychoaktywne postawy i zachowania. Używanie narkotyków wśród dorosłych. Wyniki ogólnopolskiego badania ankietowego 2002”, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 2/2003, s. 1-20; K. Krajewski, „Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 167-179; K. Frieske, R. Sobiech, „Narkomania. Interpretacja problemu społecznego”, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987, s. 304-311.
- ⁵ K. Krajewski, „Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 167-179; M. Bielińska, A. Lisiecka, A. Radiukiewicz, „Rola piętna w procesie wychodzenia z nałogu”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 2/2013, s. 30-34.
- ⁶ Uzasadnienie projektu zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, III kadencja, druk 631. Por. także K. Krajewski, „Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2000 r. i jej efekty. Przyczynek do kwestii racjonalnej kryminalizacji” [w:] „W kręgu teorii i praktyki prawa karnego. Księga poświęcona pamięci Profesora Andrzeja Wąska”, Lublin 2005, s. 231-232.
- ⁷ Ł. Serednicki, „Artykuł 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jako alternatywa wobec kary pozbawienia wolności”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 3/2009, s. 45.
- ⁸ A. Sieniawska, „Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012/2013. Część prawna”, Warszawa 2013, s. 14-17.

Medycyna jest częścią naszej cywilizacji¹. Dynamiczny postęp wiedzy w tej dziedzinie niesie zarówno wielkie nadzieje, jak i niemałe zagrożenia dla człowieka; czyni niezwykle aktualną refleksję nad prawem człowieka do życia oraz zdrowia².

OSOBA UZALEŻNIONA OD NARKOTYKÓW JAKO PACJENT. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Osoba uzależniona od narkotyków może być pacjentem i korzystać ze świadczeń zdrowotnych, bez względu na to, czy są one związane bezpośrednio z jej uzależnieniem, czy też nie. Na początek kilka uwag wprowadzających i definiujących pojęcia, które będą używane w dalszej części opracowania. Słowo „pacjent” etymologicznie wywodzi się od łacińskiego *patiens* – „cierpiący”³. Z kolei według słownika języka polskiego pacjent jest to chory zwracający się po poradę do lekarza, znajdujący się pod jego opieką⁴. Słownikowe ujęcie pacjenta jest jednak zbyt wąskie, gdyż nie obejmuje osób, które będąc zdrowymi, zwracają się do lekarza po poradę w celach profilaktycznych ani też dawców komórek, tkanek i narządów pobieranych w celach transplantacyjnych za ich życia. Pojęcie „pacjent” składa się przynajmniej z trzech elementów: „po pierwsze, pojęcie to odnosi się wyłącznie do osoby fizycznej. Po drugie, pojęcie to dotyczy osoby fizycznej otrzymującej świadczenie zdrowotne bez względu na prawo do jego otrzymywania, jak i osoby, która oczekuje świadczenia zdrowotnego, zgodnie z opartą na kryteriach medycznych procedurą ustalającą kolejność dostępu do tych świadczeń. Po trzecie, pojęcie pacjent odnosi się zawsze do osoby pozostającej z tytułu oczekiwanego lub udzielanego świadczenia zdrowotnego w relacji z osobą wykonującą zawód medyczny”⁵.

Definicję pojęcia „świadczeń zdrowotnych” znajdziemy w ustawie o działalności leczniczej⁶ (dalej: udzl). Zgodnie z brzmieniem art. 2 ust. 1 pkt 10 udz są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Podobną regulację zawiera art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷.

Biorąc pod uwagę definicję świadczenia zdrowotnego, w których mówi się o działaniach wynikających z odrębnych przepisów, należy przyjąć, że udziela-

nie świadczeń zdrowotnych przez lekarza może polegać również na wykonywaniu świadczeń niemających charakteru terapeutycznego i dotyczy to świadczeń, które zostały określone m.in. w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁸, a polegają na pobraniu komórki, tkanki lub narządu od żywego dawcy; w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁹, np. przerwanie ciąży z tzw. wskazań embriopatologicznych lub prawnych; w Kodeksie postępowania cywilnego¹⁰ (dalej: kpc) np. czynności lekarskie podejmowane na zlecenie władz dla celów dowodowych¹¹.

Bez wątpienia pozycja pacjenta w społeczeństwie jest ściśle związana z wartością, jaką zdrowie ma dla każdego człowieka. Temat zdrowia determinuje temat relacji pacjenta z lekarzem, który winien być autorytetem w kwestiach medycznych i jego działania powinny służyć zachowaniu i poprawie zdrowia. Obecnie obserwujemy coraz większy nacisk na rzeczywiste możliwości realizowania formalnie posiadanych uprawnień, wspieranie wolnego wyboru w opiece zdrowotnej, stwarzanie szans swobodnego wykorzystania możliwości z nim związanych oraz dążenia do budowy mechanizmów zapewnienia odpowiedniej jakości opieki¹². Rozwój praw pacjenta jest zatem naturalnym następstwem zmieniającej się rzeczywistości, w której przestaje dominować paternalizm lekarski, a pacjenci uzyskali większą świadomość swoich praw, odchodząc od modelu bycia jedynie biernym uczestnikiem procesu leczenia. Następstwem tym może towarzyszyć także chęć dochodzenia swoich praw na drodze prawnej, w szczególności:

- 1) zawezwanie do próby ugodowej;
- 2) odpowiedzialność cywilna;
- 3) postępowanie wyjaśniające przed Rzecznikiem Praw Pacjenta;

- 4) postępowanie przed wojewódzką komisją ds. zdarzeń medycznych;
- 5) odpowiedzialność zawodowa.

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie krótka charakterystyka postępowań, o których mowa powyżej.

Zawezwanie do próby ugodowej

Jedną z możliwości na rozwiązanie sporu jest zawarcie ugody w postępowaniu pojednawczym. Prowadzi się go zawsze przed wniesieniem powództwa do sądu, ale wymaga to chęci współdziałania obu stron. Wniosek o zawezwanie do próby ugodowej powinien spełniać warunki podane w art. 126 kpc i zawierać następujące informacje: miejscowość i datę, nazwę i adres sądu, oznaczenie stron: wzywający – przeciwnik (imię, nazwisko/nazwa firmy, adres), wartość przedmiotu sporu, tytuł wniosku, żądanie wzywającego, uzasadnienie, podpis wzywającego. Zgodnie z treścią art. 23 pkt 3 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych¹³, wniosek o zawezwanie do próby ugodowej podlega opłacie stałej w wysokości 40 złotych¹⁴. Wniosek należy złożyć w dwóch egzemplarzach do sądu rejonowego ogólnie właściwego dla przeciwnika.

Odpowiedzialność cywilna

Zgodnie z treścią art. 415 Kodeksu cywilnego¹⁵ (dalej: kc), kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Istnieją trzy przesłanki odpowiedzialności cywilnej: szkoda (majątkowa lub niemajątkowa), wina (np. złamanie przez lekarza zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej, rażące niedbalstwo), związek przyczynowo-skutkowy (tzw. normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynika szkoda). Zarówno szkoda, jak i ewentualne koszty są faktami, które w postępowaniu przed sądem cywilnym wymagają udowodnienia (art. 6 kc).

Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

W przypadku wyboru drogi sądowej, należy wystąpić z powództwem cywilnym do sądu, w zależności od wartości przedmiotu sporu będzie to sąd rejonowy (roszczenie do 75 tys. złotych) lub sąd okręgowy (roszczenie powy-

żej 75 tys. złotych). Pozew, zgodnie z treścią art. 187 § 1 kpc, powinien odpowiadać ogólnym warunkom pisma procesowego oraz zawierać dokładnie określone żądanie i przytoczenie okoliczności faktycznych. Zgodnie z treścią art. 102 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, zwolnienia od kosztów sądowych może się domagać osoba fizyczna, która złożyła oświadczenie, że nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Do wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych powinno być dołączone oświadczenie obejmujące szczegółowe dane o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby ubiegającej się o zwolnienie od kosztów. Oświadczenie sporządza się według ustalonego wzoru¹⁶. Jednocześnie, zgodnie z art. 117 § 1 kpc, zarówno strona niezwolniona, jak i zwolniona przez sąd od kosztów sądowych ma prawo zgłosić, na piśmie lub ustnie do protokołu, wniosek o ustanowienie dla niej adwokata lub radcy prawnego.

Wynik postępowania cywilnego zależy od oceny sądu po rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy i zgromadzonego materiału dowodowego.

Postępowanie wyjaśniające przed Rzecznikiem Praw Pacjenta

Zgodnie z treścią art. 50 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷ (dalej: upp), Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeśli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta. Wniosek należy złożyć w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta mieszczącym się przy ul. Młynarskiej w Warszawie osobiście lub za pośrednictwem poczty. Wniosek powinien zawierać: oznaczenie wnioskodawcy (osoby, która złożyła wniosek), oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy, zwięzły opis stanu faktycznego. Złożenie wniosku jest bezpłatne. Po zapoznaniu się z wnioskiem, Rzecznik decyduje o dalszym postępowaniu, tzn. o niepodjęciu sprawy, przekazaniu jej według właściwości, poprzestaniu na wskazaniu przysługujących środków prawnych lub podjęciu sprawy. W przypadku podjęcia sprawy Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, które może zakończyć się stwierdzeniem naruszenia albo braku naruszenia praw pacjenta. Prowadząc postępowanie, Rzecznik ma prawo m.in. zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu oraz żądać złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez organy administracji państwowej, organy administracji rządowej, organy

organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych, organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych oraz samorządów zawodów medycznych. Warto w tym kontekście podkreślić, że postępowanie przed Rzecznikiem Praw Pacjenta nie ma funkcji kompensacyjnej, ale zgodnie z art. 4 ust. 1 upp w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kc.

Postępowanie przed wojewódzką komisją ds. zdarzeń medycznych

Przepisy dotyczące pozasądowego dochodzenia zadośćuczynienia lub odszkodowania mają zastosowanie jedynie do tzw. zdarzeń medycznych, które nastąpiły po 1 stycznia 2012 roku. Zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeśli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Postępowanie, o którym mowa, dotyczy zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych tylko i wyłącznie w szpitalu w rozumieniu udl. Każdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź spadkobierca może złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Wniosek do wojewódzkiej komisji o ustalenie zdarzenia medycznego można złożyć w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot zainteresowany jego złożeniem dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta. Bez względu na powyższe, termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. W przypadku składania wniosku przez spadkobierców pacjenta powyższy termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego. Wniosek podlega opłacie w wysokości 200 złotych, która powinna zostać uiszczona na rachunek właściwego urzędu

wojewódzkiego i podlega zaliczeniu na poczet kosztów postępowania przed wojewódzką komisją.

Wojewódzka komisja wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Do jej zadań nie należy przyznanie odszkodowania czy zadośćuczynienia. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia komisji przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia, czyli maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku: zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 tys. złotych; śmierci pacjenta – wynosi 300 tys. złotych. Należy pamiętać, że podmiot składający wniosek ma możliwość przyjęcia bądź odrzucenia propozycji ubezpieczyciela w ciągu 7 dni od dnia jej otrzymania. W sytuacji jej przyjęcia podmiot składający wniosek oświadcza, iż zrzeka się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. W przypadku jej odrzucenia pozostaje droga sądowa do dochodzenia roszczeń.

Odpowiedzialność zawodowa

Zgodnie z treścią art. 41 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich¹⁸, członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. W celu wszczęcia postępowania należy poinformować Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który jest organem Okręgowej Izby Lekarskiej. Złożenie wniosku (skargi) jest bezpłatne. Termin przedawnienia dla spraw dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy wynosi trzy lata od dnia popełnienia czynu. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje: czynności sprawdzające, postępowanie wyjaśniające¹⁹, postępowanie przed sądem lekarskim, postępowanie wykonawcze. Sąd lekarski może orzekać następujące kary: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach

organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Istnieje możliwość odwołania się od wyroku w ciągu 14 dni od jego doręczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego, ale tylko odnośnie do lekarza, a nie rodzaju orzeczonej kary. Koszty postępowania ponosi lekarz, jeśli go ukarano, lub Skarb Państwa, jeśli go uniewinniono.

Przypisy

- ¹ G. Rejman, „Normy etyczne, moralne, prawne w postępowaniu lekarza”, *Studia Iuridica* XXVI, 1993, s. 58.
- ² J. Bujny, „Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem”, Warszawa 2007, s. 1.
- ³ M. Boratyńska, P. Konieczniak, „Prawa pacjenta”, Warszawa 2001, s. 12.
- ⁴ <http://sjp.pwn.pl/szukaj/pacjent>
- ⁵ K. Wojtczak, „Rozważania nad pojęciem pacjenta” (w:) J. Filipek (red.), „Jednostka w demokratycznym państwie prawa”, Bielsko-Biała 2003, s. 750.
- ⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2013.217 z późn. zm.

- ⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.
- ⁸ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U.2005.169.1411, z późn. zm.
- ⁹ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993.17.78 z późn. zm.
- ¹⁰ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r., Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 2014.101 z późn. zm.
- ¹¹ B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, „Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu”, *Prawo i Medycyna* nr 1, 1999, s. 121.
- ¹² D. Karkowska, „Prawa pacjenta”, Warszawa 2009, s. 21-22.
- ¹³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz.U. z 2010 r. nr 90, poz. 594 ze zm.
- ¹⁴ Opłata ta jest niezależna od wartości przedmiotu sporu.
- ¹⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Kodeks cywilny, Dz.U. 1964.16.93 z późn. zm.
- ¹⁶ Wzór ten został określony w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 stycznia 2006 r. w sprawie określenia wzoru oświadczenia o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby fizycznej ubiegającej się o zwolnienie od kosztów sądowych w postępowaniu cywilnym, Dz.U. z 2006 r. Nr 27, poz. 200, z późn. zm.). Jest dostępny na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości (www.ms.gov.pl).
- ¹⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2012. 159 z późn. zm.
- ¹⁸ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz.U. 2009.219.1708 z późn. zm.
- ¹⁹ Postępowanie wyjaśniające powinno trwać co do zasady nie dłużej niż 6 miesięcy. W szczególnie uzasadnionym przypadku Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może przedłużyć postępowanie.

Do niedawna termin uzależnienia kojarzony był jedynie z zażywaniem substancji psychoaktywnych – głównie alkoholu, a od lat 80. – także narkotyków (za: Woronowicz, 2011). Obecnie, podejmując tematykę uzależnień, nie można pominąć tzw. uzależnień behawioralnych, tj. od czynności. Do tej formy uzależnień należy zaburzenie uprawiania hazardu, ale także, choć nieformalnie, inne rodzaje zachowań wykonywanych w sposób kompulsywny (np. kompulsywne kupowanie).

NIESPECYFICZNE UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE

Magdalena Rowicka

Dr nauk humanistycznych, psycholog, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Dominujący trend klasyfikowania uzależnień jako formy zaburzeń związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych jest obecny w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV, natomiast najnowsze próby konceptualizacji uzależnień behawioralnych znalazła swoje miejsce w piątej rewizji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych – DSM-V, w której zaproponowano rozróżnienie uzależnienia od substancji i od zachowania (którego jedyną formą jest zaburzenie uprawiania hazardu¹) (APA, 2013). Lista przykładów uzależnień behawioralnych jest długa, choć do najczęściej

omawianych należą: uzależnienie od zakupów, pracy, seksu, internetu czy grania w gry komputerowe². Do nieco rzadziej opisywanych zaburzeń zachowania o charakterze kompulsywnym należą: uzależnienie od ćwiczeń (określana czasem jako bigoreksja) i od opalania się (tanoreksja). Uzależnienie od ćwiczeń (wraz z uzależnieniem od seksu, jedzenia i zakupów) było rozważane do włączenia do DSM-V (APA, 2013), jednak z braku wystarczających danych empirycznych jedynie zaburzenie uprawiania hazardu i zaburzenie grania w gry zostały zamieszczone

w piątej rewizji klasyfikacji. Kompulsywne uprawianie ćwiczeń jest opisywane w literaturze jako bigoreksja, choć termin ten odnosi się do spektrum zaburzeń dymorficznych polegających na postrzeganiu własnego ciała jako niedostatecznie umięśnionego. Natomiast zaburzenie kompulsywnego opalania się jest opisywane w kontekście uzależnień behawioralnych (Kourosh, Harrington, Adinoff, 2010), zaburzeń dymorficznych (Hunter-Yates, Dufresne, Phillips, 2007) czy zaburzeń nastroju (Hillhouse, Stapleton, Turrise, 2005). Zaburzenia związane z kompulsywnym uprawianiem ćwiczeń i opalaniem się posiadają pewną wspólną cechę – silne podłoże fizjologiczne. Uprawianie sportu i opalanie się jest w większym stopniu związane z procesami biochemicznymi (hormonami i neuroprzekaźnikami) niż zaburzenie uprawiania hazardu czy kompulsywnego kupowania. Podłoże biochemiczne uzależnień, zwłaszcza w obszarze neuroprzekaźników, jest przedmiotem badań od wielu lat – koncepcje dopaminergiczne i serotonergiczne są obecnie dominujące. Natomiast podłoże hormonalne i bardziej skomplikowane struktury biochemiczne, które mogą podtrzymywać uzależnienie od ćwiczeń i od opalania się, stanowią wyzwanie dla badaczy i terapeutów.

Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne można scharakteryzować jako zachowania nałogowe (kompulsywne), nad którymi jednostka traci kontrolę, tzn. nie jest w stanie zaprzestać ani ograniczyć ich wykonywania; dane zachowanie zaczyna dominować nad każdą inną formą aktywności, prowadząc do negatywnych konsekwencji. W języku kryteriów diagnostycznych zaczerpniętych z klasyfikacji DSM, uzależnienia behawioralne można opisać takimi kryteriami, jak (por. Griffiths, 2005):

- wzrastające zaabsorbowanie danym zachowaniem,
- wzrastająca tolerancja (zapotrzebowanie na zintensyfikowane lub dłuższe wykonywanie danego zachowania w celu uzyskania podobnego poziomu gratyfikacji),
- modyfikacja nastroju wynikająca z wykonywania danego zachowania,
- wystąpienie symptomów odstawiennych (głównie psychologicznych),
- konflikt,
- nawroty (powrót do zbliżonej intensywności wykonywania danego zachowania po okresach abstynencji

lub przystosowawczego, tj. zdrowego wykonywania danego zachowania).

Opisane kryteria diagnostyczne stanowią wspólny mianownik zaburzeń zachowania, które opisujemy jako uzależnienia behawioralne, natomiast nie nawiązują do etiologii ani do mechanizmów podtrzymujących samo uzależnienie. Te dwa zagadnienia stają się bardzo istotne w próbie taksonomii nowych zjawisk, takich jak uzależnienie od ćwiczeń czy od opalania się. Obecnie zaburzenia te są często traktowane jako niespecyficzne – po części związane z zaburzoną percepcją własnego ciała, po części ze skłonnością do zachowań kompulsywnych, ale i po części – z mechanizmami biochemicznymi. Skromny dorobek empiryczny nie pozwala obecnie na jednoznaczną klasyfikację tych zaburzeń, ale wskazuje obszary dalszych badań i sugeruje pewne zbieżności z uzależnieniami behawioralnymi.

Uzależnienie od ćwiczeń

Uprawianie sportu w sposób rekreacyjny jest wskazane dla osób w każdym wieku. Specjaliści z wielu dziedzin (od psychologii po medycynę) są zgodni co do korzyści, jakie niesie ze sobą regularne uprawianie sportu (Warburton, Nicol, Bredin, 2006). Badacze zwracają jednak uwagę na negatywne konsekwencje uprawiania sportu, które wykraczają poza nadwyżę mięśni czy skręcone kostki, a są zbieżne z konsekwencjami uzależnienia (Berczik i in., 2012). Do takich konsekwencji należy:

- zaabsorbowanie ćwiczeniami przejawiające się ciągłym planowaniem czasu, miejsca i rodzaju wykonywanych ćwiczeń (aerobowe, takie jak bieganie czy jazda na rowerze),
- subiektywna potrzeba uprawiania ćwiczeń i złe samopoczucie, jeśli nie można ich wykonywać,
- kontynuowanie ćwiczeń mimo kontuzji,
- rezygnowanie z innych zajęć (np. hobby, które wcześniej sprawiało przyjemność) na rzecz ćwiczeń,
- brak umiejętności ograniczania ilości lub częstotliwości uprawianych ćwiczeń (mimo prób).

Ponadto pogłębiającemu się zaabsorbowaniu może towarzyszyć zmiana diety (na wysokobiałkową i niskowęglowodanową), jak i przyjmowanie używek stymulujących przyrost masy mięśniowej (np. karnityny, ale także sterydów). W związku z częstym współwystępowaniem zaburzeń odżywiania się z intensywnym uprawianiem sportu, badacze sugerują, aby dokonać podziału na

pierwotne i wtórne uzależnienie od ćwiczeń, gdzie tej samej lub podobnej manifestacji zachowania będzie towarzyszyła odmienna etiologia. W przypadku zaburzenia o charakterze wtórnym uprawianie ćwiczeń wynika z innego zaburzenia (np. odżywiania lub zaburzenia dysmorficznego) i staje się środkiem do uzyskania celu (np. schudnięcia), natomiast w przypadku pierwotnego zaburzenia, ćwiczenie jest celem samym w sobie (de Coverley Veale, 1987). Mimo iż w obu przypadkach jednostka przejawia rosnące zaabsorbowanie uprawianiem ćwiczeń, wprowadza modyfikacje w diecie, zmienia się jej masa ciała (redukcja tkanki tłuszczowej, przyrost tkanki mięśniowej), ale to motywacja jest decydującym czynnikiem pozwalającym na rozróżnienie pomiędzy pierwotną a wtórną formą zaburzenia. Zaburzenie wtórne może wynikać z zaburzonej percepcji własnego ciała – zaburzenie dysmorficzne, które jest opisywane jako bigoreksja; natomiast forma pierwotna zaburzenia jest najbardziej zbieżna z definicją uzależnienia behawioralnego.

Zgodnie z psychospołecznym modelem uzależnień (w tym uzależnień behawioralnych), jednostka angażuje się w sposób nieprzystosowawczy w dane zachowania w związku z brakiem umiejętności realizowania swoich potrzeb, np. brakiem umiejętności rozwiązywania problemów, niską tolerancją negatywnego afektu, innymi słowy brakiem umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami i problemami (Szabo, 2000). Zgodnie z dominującą obecnie koncepcją biopsychospołeczną, która łączy czynniki biologiczne z psychospołecznymi, badacze zwracają uwagę na biologiczne a wręcz fizjologiczne mechanizmy leżące u podłoża angażowania się w uprawianie ćwiczeń. Do koncepcji mających na celu próbę wyjaśnienia mechanizmów uzależniania się od ćwiczeń należy koncepcja beta-endorfinowa, zgodnie z którą to podwyższony poziom beta-endorfin, obecny po wysiłku fizycznym, może być czynnikiem uzależniającym. Mimo iż beta-endorfiny, nie są w stanie przekroczyć bariery krew-mózg, mogą one stanowić moderator bardziej skomplikowanej reakcji, która oddziałuje na centralny układ nerwowy (np. w której bierze udział dynorfina) (Sforzo, 1988). Hipoteza ta pozostaje jednak niezwyfikowana. Kolejną fizjologiczną koncepcją uzależnienia od ćwiczeń jest hipoteza termoregulacyjna, zgodnie z którą podwyższona temperatura ciała (obecna podczas i po zakończeniu uprawiania ćwiczeń) obniża poziom stresu i lęku, prowadząc do odprężenia (De Vries, 1981). Osoby

przeżywające negatywne stany emocjonalne, mogą dążyć do ich obniżenia poprzez coraz częstsze ćwiczenia, co prowadzi do wzrostu tolerancji (potrzeby zwiększania długości lub intensywności ćwiczeń w celu uzyskania podobnego poziomu gratyfikacji). Do podobnego mechanizmu odwołuje się hipoteza katecholaminowa (Cousineau i in., 1977) – katecholamina reguluje nastrój i emocje, jak również uczestniczy w procesach związanych z nagradzaniem (układ nagrody), stąd jej potencjalny udział w procesach uzależniania się jest dość wysoki, choć badania empiryczne poziomu stężenia katecholaminy we krwi i w strukturach mózgu są bardzo skomplikowane. Mimo że hipotezy fizjologiczne nie zostały zweryfikowane, odgrywają ważną rolę w próbie konceptualizacji etiologii uzależnienia od ćwiczeń. Badacze rozwinęli psychologiczno-behawioralne koncepcje uzależnienia od ćwiczeń, które są ściśle związane z mechanizmami regulacji nastroju poprzez nagradzanie i karanie. Przykład stanowi hipoteza regulacji afektu (Hamer, Karageorghis, 2007), zgodnie z którą angażowanie się w ćwiczenia prowadzi do wzrostu odczuwania pozytywnych emocji (i obniżenia negatywnych), co wpływa na zmianę nastroju, natomiast tymczasowość tego efektu prowadzi do powtarzania zachowania związanego z uprawianiem ćwiczeń w celu uzyskania opisanej gratyfikacji. Opisa- ne koncepcje odnoszą się jednak do pierwotnej formy zaburzenia i nie biorą pod uwagę zaburzeń odżywiania się czy zaburzenia dysmorficznego, co utrudnia pracę zarówno badaczy, jak i terapeutów.

Stopień rozpowszechnienia uzależnienia od ćwiczeń jest szacowany na poziomie nieprzekraczającym 5% w populacji, choć poszczególne badania wskazują na wysokie zróżnicowanie, np. badania brytyjskie wskazują, że mniej niż 1 na 10 studentów nauk o sporcie przejawia symptomy uzależnienia od ćwiczeń (Szabo, Griffiths, 2007), ale w grupie trenującej triathlon to już 5 na 10 osób, natomiast w grupie klientów klubów fitness w Paryżu – 4 na 10 (Lejoyeux i in., 2008). Rozbieżności w oszacowaniu stopnia rozpowszechnienia tego zjawiska wynikają po części z braku formalnej definicji (pierwotna i wtórna forma zaburzenia), po części ze stosowania różnych narzędzi diagnostycznych. W Polsce nie dysponujemy narzędziami diagnostycznymi do pomiaru stopnia uzależnienia od ćwiczeń, choć istnieje kilka takich kwestionariuszy w języku angielskim, np. Skala Uzależnienia od Ćwiczeń (Hausenblas, Symons Downs, 2002) czy Kwestionariusz Uzależnienia od Ćwiczeń (Ogden, Veale, Summers,

1997). Pierwsze z narzędzi zostało oparte na kryteriach diagnostycznych uzależnień zaczerpniętych z klasyfikacji DSM, drugie natomiast skupia się na kompulsywnym charakterze zachowania (także na podstawie DSM).

Uzależnienie od opalania

Tanoreksja (ang. *tanning addiction*), najogólniej ujmując, polega na kompulsywnym opalaniu się. Podobnie jak w przypadku potrzeby uprawiania ćwiczeń, można rozróżnić potrzebę wykonywania czynności (opalania się) od potrzeby uzyskania efektu (bycia opalonym), jednak podział na pierwotne i wtórne zaburzenie jest w tym przypadku zdecydowanie trudniejszy – choć potrzeba bycia opalonym wydaje się być wtórna do potrzeby opalania się, to potrzeba wykonywania danej czynności może mieć bardzo rozległe podłoże etiologiczne. Potrzeba bycia opalonym (związana z efektem) może wynikać z zaburzenia percepcji własnego ciała, w tym z zaburzenia dysmorficznego, zwłaszcza jeśli jednostka stara się ukryć postrzegane przez siebie niedoskonałości w swoim wyglądzie (Phillips i in., 2006). Na poziomie zachowania obie formy zaburzenia (od opalania się i od bycia opalonym) manifestują się w sposób bardzo podobny, tj. poprzez zaabsorbowanie opalaniem, które prowadzi do negatywnych konsekwencji dla jednostki, jej funkcjonowania społecznego, zawodowego i emocjonalnego (APA, 2013). Osoba kompulsywnie opalająca się najczęściej robi to od kilku do kilkunastu razy w miesiącu, zdecydowanie częściej korzysta z promieniowania naturalnego lub sztucznego (lampy w solarium) niż z samoopalaczy w kremie czy sprayu. Ze względu na zaabsorbowanie opalaniem rezygnuje stopniowo z innych aktywności (zarówno zawodowych, jak i rekreacyjnych) i podporządkowuje swoje funkcjonowanie tej czynności. Taka potrzeba opalania się może mieć złożone podłoże – zgodnie z koncepcją biopsychospołeczną zarówno czynniki biologiczne, jak i psychospołeczne leżą u podłoża zaburzenia. Zgodnie z koncepcją psychospołeczną, jednostki mogą angażować się w nadmierne opalanie na skutek deficytów umiejętności radzenia sobie ze stresem, negatywnym afektem czy problemami; w takiej sytuacji, i przy obecności symptomów opisanych w DSM, możemy zaklasyfikować to zaburzenie jako formę uzależnienia behawioralnego. Badacze wskazują, że wśród osób często opalających się 7 na 10 wykazuje symptomy uzależnienia (zgodnie ze

zmodyfikowanymi kryteriami uzależnień wg DSM), tj. wzrost tolerancji, symptomy odstawienne, utratę kontroli, zaabsorbowanie, kontynuowanie pomimo świadomości negatywnych konsekwencji (Warthan, Uchida, Wagner, 2005). Część badań sugeruje jednak inny kierunek diagnozy – kliniczne lub subkliniczne zaburzenia nastroju (w tym depresję sezonową), gdzie opalanie się stanowi formę samoleczenia. Hipoteza ta została częściowo potwierdzona w badaniach, w których osoby badane deklarowały, że preferują łóżka samoopalające z promieniowaniem UV nad łóżkami bez promieniowania UV (badanie miało charakter oślepionego, tj. osoby badane nie wiedziały, czy dane łóżko emituje promieniowanie UV czy nie) (Feldman i in., 2004).

Niezależnie od przyjętego paradygmatu, u podłoża kompulsywnego opalania się leżą zarówno czynniki psychologiczne, jak i biologiczne (fizjologiczne). Czynniki fizjologiczne – związane z promieniowaniem UV, odpowiadają za pewne procesy, natomiast to najprawdopodobniej indywidualne biologiczne uwarunkowania (większa lub mniejsza odporność) i korelaty psychologiczne (np. zwiększona potrzeba pozytywnych wzmocnień) współtworzą warunki sprzyjające uzależnieniu się. Z fizjologicznego punktu widzenia promieniowanie UV stymuluje produkcję hormonów (np. ACTH) i beta-endorfin, które regulują poziom stresu, potrzebę snu, mają działanie przeciwzapalne (Kaur i in., 2005). Można zatem postawić hipotezę, że uzależnienie od opalania się jest formą uzależnienia od substancji – promieniowania UV (analogicznie jak w przypadku substancji psychoaktywnych), lub chociaż, że w przypadku uzależnienia od opalania się bardzo dużą rolę odgrywa podłoże biochemiczne.

Stopień rozpowszechnienia tanoreksji jest trudny do oszacowania ze względu na brak formalnej definicji zaburzenia, jak i narzędzi diagnostycznych służących do jego pomiaru. Część badań sugeruje, że formę patologiczną przejawia ok. 70% osób, które często się opalają, ale dane te pochodzą głównie ze Stanów Zjednoczonych (Warthan, Uchida, Wagner, 2005).

Badacze wykorzystują zmodyfikowany kwestionariusz CAGE (kwestionariusz składający się z czterech pytań dotyczących braku umiejętności ograniczenia opalania się, odczuwania poczucia winy, zdenerwowania i zaabsorbowania), jak i zmodyfikowane kryteria diagnostyczne zaczerpnięte z DSM, ale w związku z dość skomplikowa-

nym obrazem tego zaburzenia nie dysponujemy obecnie żadnym narzędziem w znaczeniu psychometrycznym (nawet anglojęzycznym).

Kierunki badań

Kierunki badań nad niespecyficznymi zaburzeniami behawioralnymi, którymi są uzależnienie od ćwiczeń i od opalania się, skupiają się z jednej strony wokół prób konceptualizacji każdego z nich, z drugiej strony na analizie podejść terapeutycznych. Badania nad uzależnieniem od ćwiczeń pozwalają na próbę samej konceptualizacji zaburzenia i niezależnie od przyjętej definicji (uzależnienia behawioralnego lub zaburzenia wtórnego) badacze sugerują wykorzystanie dwóch podejść – poznawczo-behawioralnego i motywującego. Natomiast w przypadku uzależnienia od opalania się – mechanizmy podtrzymujące te formy zaburzeń nie zostały dostatecznie poznane. W związku z tym, propozycje podejść terapeutycznych opierają się na próbie implementacji dobrych praktyk zaczerpniętych z badań ewaluacyjnych terapii innych zaburzeń. Podejście poznawczo-behawioralne stanowi jedno z najczęściej rekomendowanych podejść terapeutycznych, chociaż istnieją przesłanki do włączenia farmakoterapii w przypadku tanoreksji. W szczególnych przypadkach osoby nadmiernie opalające się cierpią na depresję (kliniczną lub subkliniczną), a opalanie się stanowi przykład samoleczenia. Ta hipoteza może okazać się adekwatna w przypadku osób, które opalają się na plaży lub korzystają z lamp o podwójnym promieniowaniu (UVA i UVB), podczas gdy standardowe lampy w solarjach zawierają tylko jedno promieniowanie (UV), które nie jest odpowiedzialne za poprawę nastroju. W związku ze skomplikowanym obrazem omawianych zaburzeń, trzy równoległe nurty badań wydają się niezbędne: pierwszy – analizujący biochemiczne mechanizmy zaburzeń; drugi – analizujący psychospołeczne korelaty uzależniania się w celu budowy programów profilaktycznych i trzeci – weryfikujący podejścia terapeutyczne.

Przypisy

- ¹ Termin *zaburzenie uprawiania hazardu* został wprowadzany w DSM-V i zastąpił termin *hazard patologiczny* obecny w DSM IV.
- ² W klasyfikacji DSM-V do kategorii uzależnień behawioralnych należy jedynie zaburzenie uprawiania hazardu, natomiast *zaburzenie grania w gry komputerowe* (ang. *gaming addiction*) zostało włączone do sekcji III – załącznika, w której znalazły się propozycje zaburzeń wymagających dalszych badań. Pozostałe przykłady uzależnień behawioralnych są nieformalne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, „Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)” Washington, DC, 2013.
- Berczik K., Szabo A., Griffiths M.D., Kurimay T., Kun B., Urban R., „Exercise addiction: Symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology”, *Substance Use and Misuse*, 47(4), 403–417, 2012.
- Cousineau D., Ferguson R.J., de Champlain J., Gauthier P., Cote P., Bourassa M., „Catecholamines in coronary sinus during exercise in man before and after training”, *Journal of Applied Physiology*, 43(5), 801–806, 1977.
- De Coverley Veale D.M., „Exercise dependence”, *British Journal of Addiction*, 82(7), 735–740, 1987.
- De Vries H.A., „Tranquilizer effect of exercise: A critical review”, *The Physician and Sportsmedicine*, 9(11), 47–53, 1981.
- Feldman S.R., Liguori A., Kucenic M., Rapp S.R., Fleischer A.B., Lang W., Kaur M., „Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent indoor tanners”, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51(1), 45–51, 2004.
- Griffiths M.D., „A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework”, *Journal of Substance Use*, 10, 191–197, 2005.
- Hamer M., Karageorghis C.I., „Psychobiological mechanisms of exercise dependence”, *Sports Medicine*, 37(6), 477–484, 2007.
- Hausenblas H.A., Symons Downs D., „How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale”, *Psychology & Health*, 17, 387–404, 2002.
- Hillhouse J., Stapleton J., Turrissi R., „Association of frequent indoor UV tanning with seasonal affective disorder”, *Archives of Dermatology*, 141(11), 1465, 2005.
- Hunter-Yates J., Dufresne R.G. Jr., Phillips K.A., „Tanning in body dysmorphic disorder”, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 56, 107–109, 2007.
- Kaur M., Feldman S.R., Liguori A., Fleischer A.B., „Indoor tanning relieves pain”, *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 21(5), 278, 2005.
- Kourosh A., Harrington C., Adinoff B., „Tanning as a Behavioral Addiction”, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 284–290, 2010.
- Lejoyeux M., Avril M., Richoux C., Embouazza H., Nivoli F., „Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room”, *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 353–358, 2008.
- Ogden J., Veale D.M., Summers Z., „The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire”, *Addiction Research*, 5(4), 343–355, 1997.
- Phillips K.A., Conroy M., Dufresne R.G., Menard W., Didie E.R., Hunter-Yates J., Fay C., Pagano M., „Tanning in body dysmorphic disorder”, *Psychiatric Quarterly*, 77(2), 129–138, 2006.
- Sforzo G.A., „Opioids and exercise: An update”, *Sports Medicine*, 7, 109–124, 1988.
- Szabo A., „Physical activity as a source of psychological dysfunction” (w:) S.J. Biddle, K.R. Fox, S.H. Boutcher (red.), *Physical activity and psychological well-being*, Routledge, London 2000.
- Szabo A., Griffiths M.D., „Exercise addiction in British sport science students”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(1), 25–28, 2007.
- Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S., „Health benefits of physical activity: The evidence”, *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809, 2006.
- Warthan M.M., Uchida T., Wagner R.F., Jr., „UV light tanning as a type of substance-related disorder”, *Archives of Dermatology*, 141(8), 963–966, 2000.
- Woronowicz B., „Hazard – nowe wyzwanie”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4(56), 12–16, 2011.

O ile jeszcze w drugiej połowie lat 90. w świadomości ludzi młodych istniało wyraźne rozgraniczenie na tzw. narkotyki miękkie (nieszkodliwe) i twarde (niebezpieczne), o tyle w kolejnych latach doszło do wyraźnej zmiany postaw. Kultura klubowa oswoiła ludzi z przekonaniem, że twarde narkotyki i substancje halucynogenne wpisują się we współczesną rzeczywistość, a ich zażywanie nie wyklucza nikogo z tzw. normalnej społeczności.

NARKOTYKI WE WSPÓŁCZESNEJ KULTURZE MŁODZIEŻOWEJ

Beata Hoffmann

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych
Uniwersytet Warszawski

Wielowiekowa historia używek pokazuje, że ludzie od stuleci dążyli do osiągania odmiennych stanów świadomości, same zaś substancje spełniały różne funkcje, wpisane były zarówno w religijne, jak i świeckie elementy życia człowieka.

Również dziś substancje psychoaktywne stanowią przedmiot zainteresowania różnych obszarów nauki i instytucji. Pomimo istnienia wielu zróżnicowanych podejść i licznych definicji, można zaobserwować, jak wiele trudności powoduje zdefiniowanie terminu „narkoman”. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy jest nim człowiek uzależniony od narkotyków, ten, który sięga po nie okresowo, a może ktoś, kto zażył tylko raz. Nie mniej problemów nastrocza zdefiniowanie terminu „narkotyk”. Pod pojęciem substancji psychoaktywnych mieści się wiele różnych środków o zróżnicowanym działaniu. Spotykają się one z różnym stopniem aprobaty społecznej, która w istotnym stopniu podyktowana jest okresem historycznym, uwarunkowaniami ekonomicznymi, prawnymi czy społeczno-kulturowymi. Wśród substancji psychoaktywnych wymieniane są zarówno nikotyna, alkohol, kofeina i teina, niektóre leki, narkotyki, sterydy, tzw. dopalacze czy nawet napoje energetyzujące¹. Coraz trudniej też wskazać granicę między tzw. twardymi i miękkimi narkotykami, między tym, co zdaniem

niektórych osób „powinno” być legalne, a tym, co nieakceptowane i budzące niechęć.

Początki kultury odurzania

Popularność substancji zmieniających świadomość w czasach zamierzchłych związana była przede wszystkim z ich religijno-obrzędowym zastosowaniem. Ważnym okresem w rozwoju „kultury odurzenia” okazała się druga połowa XIX wieku, kiedy to odkrycia naukowe i techniczne umożliwiły otrzymywanie niektórych alkaloidów zawartych w krzewie koki i maku w postaci wyjątkowo silnie działających substancji narkotyzujących: kokainy, morfiny i heroiny. Pewną popularność zyskała też marihuana. Coraz częściej dochodziło do poza-medycznego spopularyzowania substancji narkotycznych, szczególnie w środowiskach bohemy literacko-artystycznej².

Uczestnicy badania „Narkotyki w kulturze współczesnej i postawach młodzieży” utożsamiają większość substancji psychoaktywnych z rozrywką, zabawą, relaksem, życiem codziennym, a nie, jak dawniej, z chorobą czy śmiercią. Utrwaleniu uległo przekonanie, że branie narkotyków nie przesądza o byciu narkomanem.

Stworzona w 1914 roku amerykańska Ustawa Harrisona dostarczyła wzorca dla prawodawstwa zakazującego narkotyków w całym zachodnim świecie. Dezaprobata społeczna w stosunku do osób uzależnionych była zjawiskiem nowym i zdecydowanie wpłynęła na postrzeganie środków odurzających. Wprowadzenie restrykcji prawnych w USA spowodowało pojawienie się nielegalnych źródeł dostaw.

W 1912 roku, w niemieckich zakładach farmaceutycznych Merck KGaA, po raz pierwszy otrzymano MDMA. W latach 60. XX wieku dzięki badaniom farmakologa Alexandra Shulgina³ odkryto nie tylko pobudzające, ale i „prospołeczne” właściwości tej substancji. Na początku lat 60. badacze ze szwajcarskiego laboratorium Sandoz wyizolowali psylocybinę i psylocynę. Wraz z tym wydarzeniem nastąpiła swoista demistyfikacja świętych grzybów. W wyniku intensywnych badań, w 1938 roku, Albert Hofmann ze szwajcarskiego laboratorium Sandora wyprodukował dwudziestą piątą substancję pochodnych kwasu lizerginowego – LSD-25 (dwuetyloamid kwasu lizerginowego), który znalazł zastosowanie nie tylko w badaniach laboratoryjnych, ale stał się czołowym narkotykiem hipisów.

Nowa kategoria społeczna i zmiany na scenie narkotykowej

Od połowy lat 50. w Stanach Zjednoczonych i w niektórych krajach Europy Zachodniej zaczęły zachodzić przemiany społeczne i obyczajowe, które doprowadziły do ukształtowania się młodzieży jako odrębnej kategorii społecznej. Wśród atrybutów młodzieżowego stylu życia znalazły się nie tylko ubiór, muzyka, język, sposób spędzania wolnego czasu, ale także różnego rodzaju używki.

Można stwierdzić, że niemal⁴ każda rozwijająca się subkultura młodzieżowa miała „swoje” narkotyki. Bitnicy (choć trudno nazwać ich jednoznacznie subkulturą) – marihuanę i substancje halucynogenne, brytyjscy mods⁵ – siarczan amfetaminy (Bennies), deksamfetaminę (Dexies), metylfenidat (Rit), metyloamfetaminę (Meths, crystal) i Durophet (black bombers)⁶, a także Drinamyl (Purple hearts) – bardzo niebezpieczną mieszankę amfetaminy i barbituranów. O ile jednak narkotyki służyły bitnikom do poszerzania świadomości ukierunkowanej na twórczość, o tyle w przypadku modsów miały przyczynić się do dobrej zabawy.

Zasadnicza zmiana nastąpiła wraz z rozwojem ruchu hipisowskiego. Zgodnie z filozofią nowego modelu życia, opartego na idei rozszerzania świadomości, środkiem najczęściej stosowanym stało się LSD. Pewną popularnością cieszyły się grzybki psychoaktywne⁷ i marihuana. Ideologia hipisów „kłóciła”

się z przyjmowaniem środków pobudzających⁸, zaś hamujące działanie na układ nerwowy i usypiające właściwości heroiny uniemożliwiały intensywne przeżywanie „świata” i wnikanie w głąb siebie.

Z czasem „scena narkotykowa” i jej „aktorzy” zaczęli się zmieniać. Miejsce LSD coraz częściej zajmowały środki o nasennym i przeciwlękowym działaniu – benzodiazepiny.

Również w Polsce, ze względu na utrudniony dostęp do tzw. prawdziwych narkotyków, wśród młodzieży hipisującej panowała moda na eksperymentowanie z różnymi preparatami: rozpuszczalnikami chemicznymi, niektórymi gatunkami roślin, a nawet proszkiem do prania. Powodzeniem cieszyły się też leki psychostymulujące, jak psychedryna lub fermetrazyna, a także środki wywołujące zaburzenia świadomości, jak parkopan lub astmosan⁹.

Za sprawą powstałej w 1976 roku w Wielkiej Brytanii subkultury punk, popularność zyskały chemiczne substancje wziewne¹⁰. Łatwy dostęp do tych tanich i niebezpiecznych środków doskonale wpisywał się w punkową antyestetykę, która odrzucała zarówno hipisowską ideologię, jak i narkotyki: haszysz i LSD. Z kolei część młodzieży sympatyzująca z ruchem rasta, „sympatyzowała” również z marihuaną.

W tym samym roku, w którym narodziła się subkultura punk, w Polsce dwaj studenci chemii z Gdańska wynaleźli „kompot”, czyli „polską heroinę”, zapoczątkowując w kraju nowy okres narkomanii młodzieżowej. Ówczesni narkomani tworzyli, nawiązując do koncepcji Clowarda i Ohlina, specyficzną „podkulturę wycofania”¹¹, zaś „społeczny świat” ówczesnego narkomana był bardzo zubożały. Granica pomiędzy „światem narkotyków” a „światem abstynencji narkotykowej” była bardzo wyraźna.

Po uchwaleniu w 1985 roku ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w wyniku której zdobywanie słomy makowej stało się znacznie utrudnione, rozpowszechnieniu uległy substancje lotne i praktyka mieszania leków uspokajających z alkoholem i marihuaną. Odkryto też właściwości halucynogenne łasiczki lancetowatej (*Psilocybe semilanceata*). Coraz częściej spotykało się uzależnienia mieszane, które polegały na łączeniu opiatów z lekami psychotropowymi¹².

Wśród ludzi zaczęła pojawiać się świadomość własnego uzależnienia, której często towarzyszyło

poczucie wstydu. Było ono w istotnym stopniu powiązane z odbiorem społecznym ówczesnych narkomanów.

Po okresie transformacji ustrojowej, wraz ze wzrostem dostępności różnych środków psychoaktywnych, ich zażywanie przestało dotyczyć marginalnej części społeczeństwa¹³. Od tego czasu można było mówić nie tylko o nowym okresie w polskiej narkomanii, ale i o kulturowych przeobrażeniach, które spowodowały zmianę miejsca używek w otaczającej rzeczywistości. Pojawiały się nowe środki, zmienił się model zażywania substancji psychoaktywnych. Były one obecne w różnych grupach i środowiskach młodzieży.

Przemiany lat 80.

Po latach fascynacji środkami halucynogennymi, wzrosło w świecie zainteresowanie heroiną, jednak substancją cieszącą się szczególną popularnością stała się kokaina. Jej szczyt spożycia przypadł na rok 1979. W tym samym czasie dokonały się wyraźne przemiany na amerykańskim rynku narkotykowym. W połowie lat 80. w Stanach Zjednoczonych i Europie pojawiła się kokaina przeznaczona do palenia (*crack*), szczególnie rozpowszechniona w środowisku nowojorskich raperów. Po 1986 roku stała się ona popularna wśród gangsta raperów zachodniego wybrzeża, a niedługo potem także w Europie. Popularnością zaczęła ponownie cieszyć się marihuana, która stała się nieodłącznym elementem hip-hopowego stylu życia.

W drugiej połowie lat 80. niezwykle intensywnie zaczęła rozwijać się kultura *rave* (techno), w której narkotyki odegrały rolę pierwszoplanową. Mimo iż nurt ten narodził się w Detroit, to szybko rozprzestrzenił się na inne stany Ameryki, Europę i Australię. W filozofię *rave*, opartą na trzech podstawowych wartościach: tolerancji, zabawie, wolności i otwartości na innych, doskonale wpisały się substancje psychoaktywne. Mimo iż historia MDMA (znanego jako *ecstasy*) sięga 1912 roku, to jednak dopiero kultura *rave* spowodowała wielką popularyzację tego środka. Innymi, ale jednak znacznie rzadziej stosowanymi narkotykami były: amfetamina, marihuana, ketamina, kokaina, grzyby halucynogenne i LSD¹⁴, środki stosowane też w sposób kombinowany¹⁵ (*polydrug use*)¹⁶.

Wraz z rozwojem kultury *rave* można było obserwować zmianę w sferze obyczajowości związanej z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Były one już nie tylko łatwo dostępne, ale przede wszystkim nie były utożsamiane z patologią. Kultura *rave* pokazała, że ludzie zażywający narkotyki „weekendowo”, w tygodniu uczą się, pracują, pełnią na co dzień wiele ról społecznych nieosiągalnych dla tzw. ćpunów.

Substancje psychoaktywne stopniowo stawały się trwałym elementem kultury popularnej. W filmach z wcześniejszych okresów pokazywano przede wszystkim negatywne strony nałogu narkotykowego, w późniejszych latach sytuacja wyglądała już odmiennie. Podobne zmiany zachodziły w twórczości literackiej. Narkotyki i ich zażywanie zaczęło być traktowane jako naturalny element życia młodych (a czasami i nieco starszych) ludzi. Twórcy filmowi coraz częściej odchodzili od propagowania wzorca „staczającego się” narkomana, przedstawiając ogromną rolę, jaką środki psychoaktywne odgrywają w show-biznesie, świecie artystycznym czy tworzonych przez nastolatków różnego rodzaju grupach rówieśniczych. Narkotyki zaczęły być przedstawiane jako środki niegroźne, element stylu życia, gwarantujący relaks, dobre kontakty z otoczeniem i komfort psychiczny.

Substancje zmieniające świadomość zaczęły być obecne w internecie. Na wielu stronach można znaleźć informacje o historii używania narkotyków, ich działaniu oraz o sposobie produkcji.

Warto też wspomnieć o turystyce narkotykowej¹⁷. Mimo że została ona zapoczątkowana w latach 60. XX wieku przez północnoamerykańskich i zachodnioeuropejskich uczestników ruchów kontrkulturowych, a szczególnie hipisów, to właśnie w ostatnim czasie nastąpiła intensyfikacja zjawiska. Do głównych kierunków narkoturystyki należą kraje Azji Południowo-Wschodniej, Ameryki Południowej i niektóre państwa europejskie. Nie oznacza to oczywiście, że wymienione obszary są jedynymi, w których rozwija się turystyka narkotykowa, jednak to one właśnie zajmują czołowe miejsca w rankingach i rejestrach¹⁸.

Badania własne

Z przeprowadzonych przeze mnie w latach 2005–2007 prac badawczych w ramach badań statutowych – *Nar-*

*kotyki w kulturze współczesnej i postawach młodzieży*¹⁹, wyłaniają się ciekawe spostrzeżenia.

O ile jeszcze w drugiej połowie lat 90. w świadomości ludzi młodych istniało wyraźne rozgraniczenie na tzw. narkotyki miękkie (nieszkodliwe) i twarde (niebezpieczne), o tyle w kolejnych doszło do wyraźnej zmiany postaw.

Kultura klubowa oswoiła ludzi z przekonaniem, że twarde narkotyki (amfetamina, MDMA, a czasem i kokaina) i substancje halucynogenne (LSD) wpisują się we współczesną rzeczywistość, a ich zażywanie nie wyklucza nikogo z tzw. normalnej społeczności. Sytuację taką potwierdziły też wypowiedzi wielu moich respondentów, którzy otwarcie mówili o nowym miejscu psychostymulantów i empatogenów²⁰ na narkotykowej „mapie”. Wiele wypowiedzi wskazywało na brak jasności co do definiowania takich pojęć, jak narkotyk „miękki” czy „twardy”, sytuując twarde psychostymulanty czy empatogeny wśród narkotyków miękkich. Niektórzy badani świadomie wręcz podkreślali, że psychostymulanty i empatogeny nie są narkotykami twardymi. Inni zanegowali sens wszelkich podziałów i charakterystyk substancji psychoaktywnych.

Wyraźnie zarysowały się zmiany modelu zażywania narkotyków. Fakt, o którym mówi przeważająca liczba moich respondentów, dotyczy powszechności występowania substancji psychoaktywnych. Warto dodać, że powszechność ta obejmuje nie tylko ułatwiony dostęp, ale i jawność narkotyków, które stają się częścią dyskursu politycznego, obecne są w świadomości społecznej, nie wywołując już tak silnej dezaprobaty, jak miało to miejsce w przeszłości. Zmianie uległy środowiska zainteresowane narkotykami: przyjmowanie substancji psychoaktywnych nie ogranicza się, jak dawniej, do wąskich kręgów młodzieży, uznanych za grupy patologiczne, lecz obejmuje uczących się bądź już wykształconych i pracujących młodych ludzi, dla których pewne środki stają się elementem równie powszechnym jak alkohol. Przeobrażenia zaszły również w modelu funkcjonowania społecznego osób biorących narkotyki. O ile dawniej przyjmowanie narkotyków nie miało charakteru okazjonalnego i wiązało się z trwałą przynależnością do narkomańskiej, zamkniętej społeczności, o tyle już w drugiej połowie lat 90. zażywanie przez młodzież narkotyków w sposób

spontaniczny, doraźny i niemal przypadkowy, bez powiązania z konkretnym bardziej lub mniej marginalnym środowiskiem, stało się powszechne. Jak wskazują liczne wypowiedzi moich respondentów, tendencje takie utrzymywały się również w latach późniejszych.

Jak stwierdzają ankietowani, narkotyki są dla nich elementem rozrywki, ubarwieniem życia. Spełniają w życiu moich respondentów w pewnym stopniu funkcję „ludyczną”: często służą wspomnianej zabawie, integracji czy kreowaniu wspólnoty.

Badani uważają marihuanę za istotny i przy tym stale obecny środek poprawy samopoczucia, przyjmowany zależnie od własnych chęci, także w sytuacjach codziennych. Ich zdaniem substancja ta nie stoi w konflikcie ani z wykonywaną pracą, ani też z nauką. Podobne miejsce zaczynają zajmować też niektóre psychostymulanty. Z większości narkotyków zdjęte zostało „brzemie” czegoś złego, wrogiego człowiekowi. Dla większości respondentów zażywanie narkotyków nie jest jednoznaczne z uzależnieniem. Uwagę zwraca wręcz brak świadomości istnienia związku pomiędzy przyjmowaniem narkotyku a możliwością uzależnienia się. O uzależnieniu można, zdaniem badanych osób, mówić dopiero wtedy, gdy dochodzi do konieczności leczenia się.

Kolejnym dość zaskakującym wnioskiem wyłaniającym się z wypowiedzi jest fakt, że badani, mówiąc o negatywnych aspektach zażywania substancji psychoaktywnych, wspominają przede wszystkim o zagrożeniach prawnych, nieco rzadziej – zdrowotnych, choć i te wydają się istotne, natomiast dezaprobata otoczenia społecznego jawi się z kolei jako najmniej istotny element lęku przed nałogiem. Często można spotkać się z opinią, że narkotyki spowszedniały. Zdaniem Billa Sandersa, w wielu młodzieżowych grupach osoby, które nigdy nie zażyły narkotyku, stanowią zdecydowaną mniejszość²¹. Zażywanie narkotyków przestało być wyróżnikiem ludzi wyalienowanych, a dla stosunkowo dużej części młodych ludzi stało się czynnością, jeśli nie niemal codzienną, to znacznie powszechniejszą, niż miało to miejsce choćby dwie dekady temu.

Nie bez znaczenia jest zmiana wizerunku narkomana. Trudno dziś zgodzić się ze stwierdzeniem Petrovića, że styl życia narkomanów od kilkudziesięciu lat nie uległ większym zmianom²²; trudno w ogóle mówić o czymś

takim jak środowisko narkomańskie. Większość użytkowników substancji psychoaktywnych mieści się dziś w granicach tzw. zdrowego społeczeństwa, a tzw. narkoman bardziej przypomina współczesnego konsumenta niż przysłowiowego degenerata.

Jedynym narkotykiem „źle kojarzącym się” jest heroina. Najprawdopodobniej takie właśnie jej postrzeganie zostało ukształtowane dzięki zakorzenieniu w świadomości społecznej wizerunkowi narkomana – „kompociarza”.

Branie narkotyków wcale nie jest jednoznaczne z uzależnieniem, a jedyną w zasadzie zagrażającą substancją jest heroina. Inne narkotyki – konopie i ecstazy, czasami też amfetamina, nie budzą u badanych skojarzeń z uzależnieniem. Groźba uzależnienia się jest bardzo odległa i w zasadzie dotyczy przede wszystkim wspomnianej heroiny.

Dominuje myślenie przyzwalające na stosowanie używek, zwłaszcza tych „miękkich”, ale jak widać, nie tylko. Pojawiające się coraz częściej dyskusje na temat ich legalizacji, jak i same dowody zalegalizowania w różnych częściach świata, pokazują, że brak jest jaskrawo rysującego się zagrożenia. Ani kryteria owej szkodliwości, ani perspektywa czasu, w którym negatywne następstwa mogłyby się pojawić, nie zawsze są określone, nie ma więc obaw przed ich stosowaniem.

O ile dawniej większość narkotyków zażywano w celu ucieczki od otaczającej rzeczywistości, o tyle obecnie, są w nią wkomponowane. Otwarcie mówi się o narkotykach, coraz rzadziej jednak o ich negatywnych skutkach. Większość rozpowszechnionych obecnie substancji jest utożsamiana z rozrywką, zabawą, relaksem, życiem codziennym, a nie, jak dawniej, z chorobą czy śmiercią.

Co istotne, można o nich mówić bez obaw o negatywną reakcję społeczną, bez wstydu czy poczucia winy. Zażywaniu narkotyków nie towarzyszy, jak dawniej, marginalizacja społeczna. Często – wręcz przeciwnie, jak twierdzą niektórzy, to dzięki pewnym środkom, jak choćby amfetamina, możliwe staje się realizowanie społecznie pożądanego celu: zdawanie egzaminów, intensywne uczenie się i „życie na obrotach”. Sytuacja ta rodzi przekonanie, że pewne narkotyki stały się elementem życia codziennego, jedną z ofert, którą świat ma dla człowieka. Co gorsza,

utrwaleniu uległo przekonanie, że branie narkotyków nie przesądza o byciu narkomanem²³.

Osobom zainteresowanym omawianą problematyką i szerszym kontekstem opisywanych zjawisk polecam książkę: Hoffmann B., „Narkotyki w kulturze młodzieżowej”, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014.

Przypisy

- ¹ Woronowicz B., „Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia”, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa 2009, część II, s. 393-449.
- ² Więcej: Milner M., „L’imagination des drogues: de Thomas de Quincey a Henri Michaux”, Gallimard, Paris 2000, s. 230.
- ³ Więcej: Eisner B. (Author), Stafford P., (Introduction), Krippner S. (Foreword), „Ecstasy: The MDMA Story”, Ronin Publishing, Richmond 1993.
- ⁴ Narkotyki nie były atrybutem subkultury metalowców (słuchaczy różnych odmian muzyki heavy, thrash, death metalowej), rzadko były używane także przez skinheadów.
- ⁵ Więcej: Hebdige D., „Subculture: The Meaning of Style”, Methuen, York 1979.
- ⁶ Robson Ph., „Narkotyki”, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 1997.
- ⁷ Stamets P., „Psilocybin Mushrooms of the Word”, Ten Speed Press, Berkeley 1996, s. 46-52.
- ⁸ Z wyjątkiem ecstazy, ze względu na „prospołeczne” funkcje tego środka (B.H.).
- ⁹ Ibid.
- ¹⁰ Marshall G., „Skinhead Nation”, AK Press, Oakland 1996, s. 43.
- ¹¹ Cloward R. A., Ohlin L. E., „Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs”, The Free Press, New York 1960.
- ¹² Na podstawie Rogala-Obłękowska J., „Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu”, Wyd. ISNS UW, Warszawa 1999, s. 17.
- ¹³ Rogala-Obłękowska J., op. cit., s. 3.
- ¹⁴ Lankenau S., Clatts M., Goldsamt L., Welle D., „Crack cocaine injection practices and HIV risk: Findings from New York and Bridgeport”, Journal of Drug Issues, 34 (2), 2004, 319-332.
- ¹⁵ Przykłady „kombinacji” podaję w mojej książce „Narkotyki w kulturze młodzieżowej”, Impuls, 2014.
- ¹⁶ Dillon P., Degenhardt L., „Ketamine and GHB: new trends in club drug use?”, Journal of Substance Use, 6, 2001, s. 11-15; Degenhardt L., Copeland J., Dillon P., „Recent trends in the use of ‘club drugs’: An Australian review”, Substance Use & Misuse 40, 2005, s. 1241-1256.
- ¹⁷ Więcej: Hoffmann B., „Drug Consumption Tourism as a Social Phenomenon”, Trakia Journal of Sciences” Scientific Serial Published by Trakia University, Series Social Sciences, Vol. 12, No. 4, 2014, Series Social Sciences, Trakia University 2014; <http://tru.uni-sz.bg/tsj/Vol.%2012,%20%20N4/B.Hofman.pdf>
- ¹⁸ Więcej na ten temat: Hoffmann B., „Drug Consumption Tourism as a Social Phenomenon...”.
- ¹⁹ Badania przeprowadzone były na studentach i osobach, które ukończyły studia nie później niż 3 lat od chwili rozpoczęcia badań.
- ²⁰ Termin „empatogeny” został stworzony i wprowadzony przez Ralpha Metznera w 1983 roku dla określenia grupy substancji psychoaktywnych indukujących uczucie empatii.
- ²¹ Sanders B., „Young People, Clubs and Drugs” [in:] B. Sanders (ed.), „Drugs, Clubs and Young People: Sociological and Public Health Perspectives”, Ashgate, London 2006, s. 7.
- ²² Petrović S.P., „Narkotyki i człowiek”, Iskry, Warszawa 1988, s. 53-54.
- ²³ Por. Świda-Ziemba H., „Młodzi w nowym świecie”, WL, Kraków 2005.

W artykule kontynuuję omawianie działań dziesięciu największych miast polskich w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Tym razem koncentruję się na profilaktyce. Przedstawione dane pochodzą ze sprawozdań miast z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

DZIAŁANIA DUŻYCH MIAST W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII W 2013 ROKU – CZĘŚĆ II

Artur Malczewski

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

Profilaktyka uniwersalna

Działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej są najczęściej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce. Także duże miasta wspierają je w największym stopniu. Według sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN), przesyłanych co roku do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), w 2013 roku 1668 gmin (75% gmin spośród wszystkich, które przesłały sprawozdania z realizacji KPPN) wspierało programy profilaktyki uniwersalnej w ramach prze-

ciwdziałania narkomanii. 1460 gmin finansowało programy profilaktyczne na wszystkich poziomach edukacji (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne), 1086 gmin wspierało oferty pozaszkolnych zajęć dla dzieci i młodzieży, 778 gmin – programy profilaktyki narkomanii adresowane do rodziców, zaś 319 gmin – inne niż wymienione działania, zgodne z zadaniami określonymi w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz w art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W finansowanie programów profilaktyki uniwersalnej w największym stopniu zaangażowane są gminy miejskie – 269 miast (co stanowiło 93% wszyst-

Tabela 1. Wspieranie profilaktyki uniwersalnej przez duże miasta w 2013 roku w ramach przeciwdziałania narkomanii – dane ze sprawozdań z realizacji KPPN.

Miasto	Liczba szkół	Liczba placówek oświaty innych niż szkoły	Liczba osób objętych programami profilaktyki w systemie oświaty	Wskaźnik - liczba szkół	Wskaźnik - liczba placówek	Wskaźnik - liczba osób	Całkowita wysokość wydatków poniesionych na realizację działania, w tym z paragrafu 85153	Wysokość wydatków poniesionych tylko z rozdz. 85153
Wrocław	110	0	18 461	17,4	0,0	2 924,8	192 204,00	0,00
Bydgoszcz	52	1	16 000	14,4	0,3	4 429,0	271 676,00	1 500,00
Lublin	30	0	2 535	8,6	0,0	729,1	20 759,00	20 759,00
Łódź	240	43	12 140	33,4	6,0	1 688,6	678 884,00	678 884,00
Kraków	41	0	9 196	5,4	0,0	1 212,5	1 189 339,00	1 189 339,00
Warszawa	234	78	43 949	13,6	4,5	2 561,9	2 043 157,08	1 000 000,00
Gdańsk	36	0	1 454	7,8	0,0	315,9	138 020,00	138 020,00
Katowice	80	0	0	26,0	0,0	0,0	866 024,00	866 024,00
Poznań	89	1	17 590	16,2	0,2	3 193,9	624 787,00	624 784,00
Szczecin	43	1	975	10,5	0,2	238,4	489 167,00	33 530,00

Źródło: Dane z ankiet sprawozdawczych KPPN.

kich gmin miejskich, które przekazały sprawozdania). Programy z tego poziomu profilaktyki finansowało także 455 gmin miejsko-wiejskich (blisko 82%) oraz 944 gminy wiejskie (68%). Dane za 2013 rok dotyczące działań największych miast w Polsce zostały przedstawione w tabeli 1. w postaci liczb bezwzględnych i wskaźników na 100 tys. mieszkańców. Najwięcej szkół objętych programami profilaktyki uniwersalnej było w Łodzi (240), a w przypadku innych placówek oświatowych w Warszawie (78). Nie jest zaskakujące, że to Warszawa miała najwięcej odbiorców działań dotyczących profilaktyki uniwersalnej, prawie 44 tys. osób, bo jest to największe miasto w Polsce.

W połowie miast programami profilaktyki finansowanymi ze środków samorządu w ramach przeciwdziałania narkomanii były objęte tylko szkoły (Wrocław, Lublin, Kraków, Gdańsk, Katowice). Najwięcej środków z paragrafu 85153 dotyczącego narkomanii wydano w Krakowie – ponad milion złotych, i w Warszawie – milion złotych. Warszawa wydała również najwięcej pieniędzy (wydatki całkowite) na profilaktykę uniwersalną – ponad 2 mln złotych.

Profilaktyka selektywna i wskazująca

W 2013 roku 439 gmin (około 20%) spośród wszystkich, które przekazały sprawozdania z realizacji KPPN,

sfinansowało łącznie 2305 programów profilaktyki selektywnej i wskazującej, czyli skierowanej do osób lub grup zagrożonych problemowym używaniem narkotyków. W ramach realizacji działań w powyższym zakresie 557 gmin finansowało działalność profilaktyczno-wychowawczą świetlic socjoterapeutycznych i ognisk wychowawczych, 378 gmin – obozy profilaktyczne, 139 gmin – programy wczesnej interwencji adresowane do młodzieży używającej eksperymentalnie lub okazjonalnie środków odurzających, m.in.: „FreD goes net” oraz „Szkolną Interwencję Profilaktyczną”, 62 gminy – programy profilaktyki selektywnej w miejscach o zwiększonym narażeniu na kontakt z narkotykami (kluby, dyskoteki, imprezy masowe), natomiast 383 gminy – inne programy skierowane do dzieci i młodzieży z grup ryzyka, tj. ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją i wykluczeniem społecznym oraz dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Dodatkowo 134 gminy wspierały inne niż wymienione działania (zgodne z zadaniami określonymi w art. 2 ust. 1 pkt 1-3 oraz w art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Najczęściej były to działania edukacyjno-informacyjne. Wśród 439 gmin, które wspierały finansowo realizację programów profilaktyki selektywnej i wskazującej, 163 to były gminy miejskie (blisko 56,5% wszystkich gmin miejskich, które przesłały sprawozdania), 153 gminy miejsko-

Tabela 2. Wspieranie profilaktyki selektywnej i wskazującej przez duże miasta w 2013 roku w ramach przeciwdziałania narkomanii – dane ze sprawozdań z realizacji KPPN.

Miasto	Liczba osób objętych programami profilaktyki selektywnej i wskazującej	Wskaźnik – liczba osób	Wysokość wydatków poniesionych z rozdz. 85153
Wrocław	2295	363,6	465 000,00
Bydgoszcz	5277	1 460,7	0,00
Lublin	1972	567,2	114 870,00
Łódź	1897	263,9	72 998,00
Kraków	2892	381,3	79 559,00
Warszawa	7805	455,0	625 000,00
Gdańsk	4757	1 033,6	185 931,00
Katowice	393	127,9	1 056 606,00
Poznań	7544	1 369,8	142 930,00
Szczecin	394	96,4	83 735,00

Źródło: Dane z ankiet sprawozdawczych KPPN.

-wiejskie (27,5% wszystkich gmin miejsko-wiejskich, które przekazały sprawozdania), a 123 gminy wiejskie (około 9% wszystkich gmin wiejskich, które przekazały sprawozdania z realizacji KPPN w 2013 roku).

Duże miasta w znacznie mniejszym stopniu niż w profilaktykę uniwersalną angażują się w profilaktykę selektywną i wskazującą (tabela 2). Najwięcej osób objętych było tego typu działaniami w Warszawie i Poznaniu, a najmniej w Katowicach i Szczecinie. Z kolei według wskaźnika na 100 tys. osób, na pierwszym miejscu była Bydgoszcz, a na ostatnim Szczecin. Analizując wydatki dotyczące narkomanii z paragrafu 85153, najwięcej wydały Katowice – ponad milion złotych, a najmniej Kraków – niecałe 80 tys. złotych. Bydgoszcz nie wydała żadnych środków z tego paragrafu.

Programy rekomendowane

Od kilku lat istnieje system programów rekomendowanych, które uzyskały rekomendację¹ Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Ośrodka Rozwoju Edukacji i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Samorządy gmin i miast najczęściej finansowały realizację programu „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” (89 gmin) oraz programu „Archipelag Skarbów” (62 gminy). Ponadto 37 gmin finansowało program „Unplugged”, koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wśród programów profilaktyki selektywnej i wskazującej finansowanych w 2013 roku przez gminy znalazły się także programy rekomendowane. Najwięcej gmin (47) finansowało realizację programu „FreD goes net”. Był on realizowany m.in. w Warszawie, Krakowie, Zielonej Górze, Bydgoszczy, Lublinie, Łodzi, Elblągu, Białymstoku, Opolu, Żarach, Żaganiu, Chorzowie, Zabrzu, Gliwicach, Starachowicach, Ostrowcu Świętokrzyskim, Legnicy, Zduńskiej Woli, Suwałkach, Skarżysku Kamiennej, Tomaszowie Mazowieckim, Katowicach, Częstochowie i Gdańsku; wzięło w nim udział 2186 osób. Analizując działania dziesięciu największych miast w Polsce, widać, że poziom wdrażania programów rekomendowanych jest bardzo różny. Są miasta, które wdrażały po kilka takich programów, np. Wrocław pięć, Bydgoszcz, Lublin i Warszawa po trzy programy, jednak były też i takie, które nie finansowały żadnego programu rekomendowanego, jak Szczecin czy Poznań. Warto zwrócić uwagę, że dwa programy nie były w ogóle

Tabela 3. Programy rekomendowane wspierane przez największe miasta w 2013 roku.

Nazwa programu	Miasta realizujące program
„Archipelag Skarbów”, koordynowany przez Fundację Homo Homini	Wrocław, Warszawa
„Fantastyczne Możliwości”, koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii	0
„Program Domowych Detektywów”, koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii	Bydgoszcz, Warszawa
„Program Profilaktyczno-Wychowawczy Epsilon”, koordynowany przez Stowarzyszenie Epsilon	Warszawa
„Program Wzmacniania Rodziny 10-14”, koordynowany przez Fundację Maraton	Wrocław
„Przyjaciele Zippiego”, koordynowany przez Centrum Pozytywnej Edukacji	Łódź
„Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, koordynowany przez Ośrodek Rozwoju Edukacji	Warszawa
Program „Unplugged”, koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ośrodek Rozwoju Edukacji	Wrocław, Bydgoszcz
„FreD goes net”, koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	Katowice, Kraków, Lublin, Wrocław, Bydgoszcz, Gdańsk
„Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej” Fundacji Praesterno	Kraków, Lublin, Wrocław
„Szkolna Interwencja Profilaktyczna”, koordynowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji	0
„Środowiskowa Profilaktyka Uzależnień” Towarzystwa Nowa Kuźnia	Lublin

finansowane przez omawiane miasta: „Fantastyczne Możliwości” i „Szkolna Interwencja Profilaktyczna”.

Wnioski i rekomendacje

Poziom realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w największych miastach Polski jest zróżnicowany. Są miasta, które ze środków na przeciwdziałanie narkomanii nie finansują w ogóle programów profilaktyki uniwersalnej, jak np. Wrocław, czy selektywnej i wskazującej – jak np. Bydgoszcz. Nie oznacza to, że nie wydatkowały one środków na te działania. Prawdopodobnie finansowanie pochodziło ze środków alkoholowych. Warto zwrócić uwagę na to, że duże miasta w niewielkim stopniu włączają się w promowanie programów rekomendowanych i nadal niektóre z nich wspierają zajęcia sportowe w ramach profilaktyki, mimo iż nie jest to priorytetowy kierunek Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Zwiększenie poziomu wdrażania sprawdzonych i skutecznych rozwiązań w obszarze profilaktyki, w szczególności narkotykowej, wymaga podjęcia działań promocyjnych adresowanych do jednostek samorządu terytorialnego. Gminy powinny otrzymać jasną informację, jak mogą wdrożyć programy rekomendowane na swoim terenie. Zanim podejmą decyzję, czy finansować program, czy nie, na pewno lokalni urzędnicy będą oczekiwali odpowiedzi na następujące pytania: Czy realizatorzy przeszkolą lokalny zespół? Czy będą to osoby z zewnątrz? Jakie zasoby są potrzebne do wdrożenia programu? Ile trwa interwencja? I kluczowe pytanie: Ile kosztuje realizacja programu? Dla przykładu program Fundacji Praesterno „Przeciwdziałanie Młodzieżowej Patologii Społecznej” to na początku 10 tys. złotych, ponieważ jego uruchomienie wymaga dwóch przeszkolonych osób. Podana kwota to koszt szkolenia, a dalsze wydatki to kolejne środki na utrzymanie świetlicy i przeszkolonych osób. W obowiązującym systemie finansowania programów profilaktycznych przez miasta, opartym przede wszystkim na konkursach, tak naprawdę to sami twórcy programów powinni się zgłosić do gminy. Widać zatem, że nawet jeśli jest wola urzędnika do sfinansowania programu rekomendowanego, to i tak w większości przypadków powinien on zostać złożony na konkurs. Jeżeli porównamy liczbę programów rekomendowanych znajdujących się w bazie z liczbą gmin i miast w Polsce, to sytuacja wygląda całkiem

dobrze. W 2013 roku ponad 200 jednostek samorządu terytorialnego sfinansowało realizację programów rekomendowanych. Jedną z barier we wdrażaniu tych programów jest nie tylko brak zainteresowania gmin programami rekomendowanymi, ale również ich niewielka liczba w ogólnopolskiej bazie, a co za tym idzie także niewielka liczba ich realizatorów.

Podczas ubiegłorocznej konferencji gmin monitorujących problem narkotyków poświęconej europejskim standardom w profilaktyce uzależnień od narkotyków² odbyła się gorąca dyskusja na ten temat w trakcie sesji, którą prowadziłem. Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego wskazywali na problemy w finansowaniu programów rekomendowanych. Mówili m.in. o braku wystarczającej liczby realizatorów tych programów, niechęci szkół do długich interwencji przy ograniczonej liczbie godzin wychowawczych przeznaczonych na tego typu programy. Warto zatem podjąć starania, które będą miały na celu promocję programów rekomendowanych np. poprzez wydanie specjalnej ulotki czy przedstawienie dobrych praktyk miast, które finansują więcej niż jeden taki program (np. Płock). Trzeba zwrócić uwagę, że nadal dysponujemy niewielką liczbą programów rekomendowanych. Z drugiej strony środowiska lokalne chętnie wykorzystują do swoich działań lokalne zasoby w postaci miejscowych organizacji pozarządowych, które oferują realizację własnych programów profilaktycznych. Dlatego też potrzebne są działania mające na celu wsparcie miejscowych zasobów we wdrażaniu dobrej jakości programów profilaktycznych. Tym bardziej, że nie każdy rekomendowany program może odpowiadać na lokalne potrzeby. W celu wsparcia lokalnych społeczności realizowane są obecnie między innymi dwa programy: PROFNET³ przez Fundację Praesterno i projekt Europejskie Standardy Jakości Profilaktyki Narkotykowej przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) oraz Krajowe Biuro. W lutym 2015 roku zostało przeprowadzone pierwsze pilotażowe szkolenie dla przedstawicieli samorządów mające na celu wykorzystanie standardów w praktyce. Sposób finansowania profilaktyki przez samorządy będzie przedmiotem debat profilaktycznych, które będą organizowane w tym roku przez Fundację Praesterno, miasta i urzędy marszałkowskie oraz KBPN. Niektóre z nich odbędą się również z udziałem samorządu dużych miast, np. Gdańsk czy Wrocław. Ponadto

w połowie czerwca tego roku odbędzie się konferencja organizowana corocznie przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz MCPS dla gmin monitorujących problemy narkotykowe. Będzie ona poświęcona minimalnym standardom w redukcji popytu na narkotyki. Oprócz przedstawicieli polskich środowisk zajmujących się problematyką narkomanii, wezmą w niej udział reprezentanci Łotwy, która aktualnie sprawuje prezydencję w Unii Europejskiej, przedstawiciele EMCDDA oraz, być może, Komisji Europejskiej.

Część pierwsza artykułu została opublikowana w numerze 4/2014 Serwisu Informacyjnego Narkomania.

Przypisy

- ¹ Informacje na temat programów rekomendowanych są dostępne w bazie programów na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl/porta?id=207575.
- ² Na początku października 2014 roku w Warszawie odbyła się międzynarodowa konferencja pt. „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień”. Została ona zorganizowana przez CINN Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej dla ponad 120 osób z ponad 10 krajów; większość uczestników z Polski stanowili przedstawiciele samorządów. Podręcznik zawierający standardy znajduje się pod linkiem: www.cinn.gov.pl/porta?id=15&res_id=454227, a informacje na stronie projektu: <http://prevention-standards.eu>.
- ³ Strona projektu znajduje się pod adresem: www.profnet.org.pl

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA, IV kwartał 2014

Grupa robocza ds. narkotyków (Horizontal working group on drugs), EMCDDA	8 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie ekspertów EMCDDA dotyczące wskaźnika zgonów oraz chorób zakaźnych, EMCDDA	15-18 października	Lizbona, Portugalia
Reitox Baltic Akademia spotkanie dotyczące wskaźników redukcji podaży narkotyków, Litewski Focal Point	23-24 października	Wilno, Litwa
Spotkanie grupy ekspertów w ramach przygotowania wskaźników redukcji podaży, EMCDDA	4-5 listopada	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące nowych substancji psychoaktywnych w ramach G7, Home Office	18 listopada	Berlin, Niemcy
Spotkanie szefów Focal Pointów – Reitox Week, EMCDDA	25-28 listopada	Lizbona, Portugalia
Spotkanie ekspertów dotyczące nowych substancji psychoaktywnych oraz podjętych działań, TNI	28 listopada	Barcelona, Hiszpania
Grupa robocza ds. narkotyków (Horizontal working group on drugs), Komisja Europejska	9 grudnia	Bruksela, Belgia

SPOTKANIA KRAJOWE, IV kwartał 2014

Międzynarodowa konferencja „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień”, MCPS i CINN KBPN	2-3 października	Warszawa
II Ogólnopolska konferencja „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Wektory Zmian”, Res Humanae i KBPN	6-8 października	Konstancin-Jeziorna
Międzynarodowa konferencja „Patologiczny hazard i inne uzależnienia behawioralne”, Res Humanae i KBPN	25-26 listopada	Warszawa
XXI Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”, Res Humanae	1-2 grudnia	Warszawa
X Konferencja programów redukcji szkód, CINN KBPN	8-9 grudnia	Warszawa

WYBÓR NALEŻY DO CIEBIE – INTERAKTYWNA GRA PLANSZOWA



ZADANIE
Rozdajcie mi odzwyciężyć się do siebie od kilku dni.
Sytuacja jest napięta. Co robisz? Rozuś kłuski!
1-2 Rozuś coś głębiej, żeby przenieść na Ciebie
swój ciężar. (-3)
3-4 Spokojnie! To i zamykasz się w swoim pokoju. (0)
5-6 Mówisz rodzicom jak się czujesz w tej sytuacji. (+4)



SZANSA
Kilka osób w Twoim gronie regularnie pali marihuany.
Ciebie interesuje co innego: wolisz pobiegać, posłuchać
kanytry, czytać?
Odrzuć z pulki dodatkowy żeton przysługi.

Centrum Profilaktyki i Edukacji Społecznej Parasol zrealizowało projekt polegający na stworzeniu narzędzia edukacyjnego w postaci gry planszowej, która służy wzmocnieniu wśród dzieci i młodzieży postaw sprzyjających ograniczaniu lub nieużywaniu substancji psychoaktywnych, w szczególności narkotyków. Pisząc o „postawach sprzyjających”, realizatorzy projektu mieli na myśli m.in. świadomość wagi konsekwencji podejmowanych decyzji, odpowiedzialność za podejmowane wybory, umiejętność oceny ryzyka, określenie zasobów i słabych stron, twórcze i krytyczne myślenie. Realizacja projektu była współfinansowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Gra została rozesłana do 100 placówek profilaktycznych w Polsce. Stworzono także jej elektroniczną wersję, możliwą do pobrania przez użytkowników internetu na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl w dziale publikacje oraz CPES Parasol www.parasol.org.pl, w dziale aktualności, temat „Wybór należy do Ciebie-interaktywna gra” w wersji do wydruku.

W realizacji projektu brały udział dzieci i młodzież współdziałające z CPES Parasol w ramach Programu Rakowicka 10, Koło Naukowe Pedagogiki Resocjalizacyjnej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także młodzież z Publicznego Gimnazjum im. ks. prof. Józefa Tischnera w Szczawnicy.

Fotorelacja z testowania gry w szkole prezentowana jest na fanpage'u „Rakowicka 10”, w albumie „Wybór należy do Ciebie – interaktywna gra”.

Redakcja



**Zapraszamy organizacje pozarządowe prowadzące profilaktykę uzależnień
do udziału w programie**

PROFNET

**WSPARCIE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH
REALIZUJĄCYCH PROFILAKTYKĘ UZALEŻNIEŃ**

W ramach programu oferujemy bezpłatnie:

- pomoc w ewaluacji programów profilaktycznych prowadzonych przez Państwa organizację,
- konsultacje superwizyjne zespołu prowadzącego profilaktykę uzależnień w Państwa organizacji,
- pomoc w przeprowadzeniu audytu prawnego Państwa organizacji,
- pomoc w aplikowaniu programu realizowanego przez Państwa organizację do Bazy Rekomendowanych Programów Profilaktycznych.

Szczegółowe informacje oraz FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do programu Profnet znajdują się na stronie
www.profnet.org.pl

Zapraszamy również osoby zainteresowane uczestnictwem w bezpłatnym, 210-godzinym szkoleniu przygotowującym do zawodu profilaktyka, które rozpocznie się w połowie maja – szczegóły na stronie.

Partnerzy programu Profnet:



*Udział w programie jest bezpłatny dzięki współfinansowaniu z Funduszy EOG,
w ramach programu Obywatele dla Demokracji oraz z funduszy własnych Fundacji Praesterno.*



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

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

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

Pismo bezpłatne