



# Serwis Informacyjny **UZALEŻNIENIA**

ISSN 2543-8816

NR 4 (88) 2019

NR 4

2019

# SPIS TREŚCI

## Profilaktyka

### DLACZEGO I JAK BADAĆ KLIMAT SZKOŁY?

Jakub Kołodziejczyk ..... 1

### SKUTECZNA PROFILAKTYKA E-UZALEŻNIEŃ. DONIESIENIA Z BADAŃ

Magdalena Rowicka ..... 6

## Leczenie, redukcja szkód

### NAKŁADY NFZ NA LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL

Jacek Charmast ..... 10

### CHARAKTERYSTYKA PACJENTÓW Z „PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ”

Marta Struzik-Zajęc, Jacek Chałubiński ..... 18

## Uzależnienia behawioralne

### POKOLENIE SIECI. OBRAZ WSPÓŁCZESNYCH POLSKICH NASTOLATKÓW I JEGO IMPLIKACJE DLA PROFILAKTYKI

Anna Borkowska ..... 24

## Badania, raporty

### BADANIE JAKOŚCIOWE MŁODZIEŻY, KTÓRA UŻYWA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH: TŁO, METODA I WYBRANE WYNIKI

Krzysztof Ostaszewski, Jakub Greń ..... 31

### PODEJMOWANIE RYZYKA I OGRANICZANIE SZKÓD – GŁOS MŁODZIEŻY, KTÓRA UŻYWA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski ..... 37

### NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W EUROPIE

Artur Małczewski ..... 44

## Internet

BLOG TRZECI.ORG ..... III okładka

„SERWIS INFORMACYJNY UZALEŻNIENIA” W INTERNECIE ..... IV okładka

*Naukowcy, praktycy i urzędnicy coraz częściej wskazują na doskonalenie klimatu szkoły jako strategię poprawy jakości pracy szkoły, profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Celem artykułu w pierwszej jego części jest dokonanie przeglądu sposobu rozumienia „klimatu szkoły” i znaczenia, jakie się mu przypisuje. W drugiej części zostaną przedstawione wskazówki dotyczące tego, jak zaplanować i przeprowadzić proces badania klimatu szkoły.*

## DLACZEGO I JAK BADAĆ KLIMAT SZKOŁY?

Jakub Kołodziejczyk

Psycholog, Uniwersytet Jagielloński

H.J. Freiberg określa klimat szkoły jako „jej serce i duszę”. Autor wskazuje na to, że istotą szkoły, w której przebywa dziecko, nauczyciel, dyrektor, pracownik, jest to, aby była lubiana i oczekiwana każdego dnia. Klimat szkoły świadczy o jej jakości, pozytywna atmosfera pomaga każdemu członkowi społeczności szkolnej czuć swoją wartość, godność i znaczenie, jednocześnie pomagając stworzyć poczucie przynależności do grupy. Klimat szkoły może sprzyjać odporności lub stać się czynnikiem ryzyka w życiu ludzi, którzy uczą się i pracują w tym miejscu. Pozytywny klimat szkoły tworzy zdrowe miejsca uczenia się, zwiększa aspiracje dzieci i rodziców, stymuluje kreatywność i entuzjazm nauczycieli<sup>1</sup>.

Na znaczenie klimatu szkoły dla rozwoju uczniów pedagogzy wskazują od ponad 100 lat. Amerykańscy reformatorzy edukacji Perry i Dewey na początku dwudziestego wieku twierdzili, że charakterystyczna kultura szkoły wpływa na życie i naukę uczniów. Jednak dopiero w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku nauczyciele i naukowcy zaczęli badać atmosferę szkoły i stworzyli narzędzia pozwalające na ocenę klimatu szkoły.

Pierwsze skojarzenia z terminem „klimat” nawiążą do zjawisk pogodowych w określonym miejscu na ziemi, opisujących występujące tam zjawiska, stany pogodowe i procesy powtarzające się cyklicznie. Wiemy, że panujący w określonym miejscu klimat wpływa na rozmieszczenie organizmów i ich życie. Choć użycie terminu klimat do opisu zjawisk społecznych ma już długą tradycję, to wśród badaczy nie ma zgody co do sposobu definiowania terminu „klimat szkoły” (czy organizacji). Część definicji ma charakter intuicyjny<sup>2</sup>, co zapewne związane jest z metaforycznym sposobem traktowania tego pojęcia<sup>3</sup>. Klimat szkoły traktowany jest jako subiektywny sposób postrzegania życia szkolnego

przez członków jej społeczności (uczeń, nauczyciel, rodzic, dyrektor, pracownik)<sup>4</sup>. Perspektywa ta znajduje odzwierciedlenie w definicji klimatu zaproponowanej przez Krzysztofa Ostaszewskiego, która wskazuje na percepcyjny (psychologiczny) charakter tego zjawiska: *Klimatem szkoły nazywany jest sposób spostrzegania przez nauczycieli i uczniów środowiska swojej pracy lub nauki oraz wpływ tej percepcji na ich zachowania*<sup>5</sup>. Inne sposoby opisu tego, czym jest klimat szkoły, zwracają uwagę na te aspekty, które go opisują, np. normy, wartości, relacje interpersonalne: *Klimat szkoły odnosi się do jakości i charakteru życia szkoły. Klimat szkoły opiera się na wzorcach doświadczeń uczniów, rodziców i doświadczeniach personelu szkolnego płynących z życia szkolnego i odzwierciedlających normy, cele, wartości, relacje interpersonalne, praktyki nauczania i uczenia się oraz struktury organizacyjne*<sup>6</sup>.

### Wymiary klimatu szkoły

Nie wchodząc w zawiłości definicyjne klimatu szkoły, ważne wydają się dwie kwestie. Pierwsza to uznanie, że klimat szkoły to sposób percepcji środowiska szkolnego, a więc cecha psychologiczna. Druga dotyczy uznania, że klimat szkoły to konstrukt wielowymiarowy, który wypełniany jest różnymi treścią<sup>7</sup>. W literaturze przedmiotu można zebrać wiele podejść, które biorą pod uwagę różne wymiary (treści) klimatu szkoły<sup>8</sup>. Do tych najważniejszych wymiarów należą m.in.:

- **jakość relacji społecznych** (między uczniami, nauczycielami, kierownictwem szkoły, rodzicami, innymi pracownikami szkoły, a także relacje między tymi grupami), na którą wskazywać mogą m.in. wzajemny szacunek, przyjaźnie, równe i sprawiedliwe traktowanie, spójność grup, uzyskiwane wsparcie,

stopień, w jakim poszczególne grupy społeczności szkolnej mają wpływ na podejmowane decyzje,

- **środowisko kształcenia i wychowania**, m.in. indywidualne podejście do uczniów i ich problemów w nauce, nastawienie na osiągnięcia szkolne (rywalizacja, lepsze traktowanie uczniów z dobrymi ocenami), tworzenie warunków dla rozwijania zainteresowań, jakość nauczania, zasady oceniania i monitorowania postępów uczniów, kwalifikacje i kompetencje nauczycieli, etykietowanie, egzekwowanie dyscypliny,

- **bezpieczeństwo**, m.in. zasady i normy oraz konsekwencje ich nieprzestrzegania, poczucie bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego, poszanowanie odmienności np. religijnych,

- **środowisko fizyczne**, m.in. wygląd budynku szkoły i klas, liczba uczniów w szkole i klasach, poziom hałasu, czystość pomieszczeń, warunki pracy nauczycieli, dostęp do zasobów i pomocy dydaktycznych.

Wymienione wymiary klimatu szkoły nie wyczerpują różnorodności podejść do opisu elementów, z których może się on składać.

W literaturze można znaleźć wiele innych specyficznych treści klimatu szkoły wskazywanych przez badaczy, np. postawy uczniów wobec nauki, więź ze szkołą, zaangażowanie i wsparcie rodziców, zajęcia pozalekcyjne, przywództwo.

## Dlaczego klimat jest ważny?

Właściwie od początku prowadzenia badań nad klimatem szkoły dostrzegano jego wpływ na różne aspekty dobrostanu uczniów (np. zadowolenia z siebie i poczucia własnej wartości). Wiele badań wskazuje, że pozytywny klimat szkoły sprzyja adaptowaniu się uczniów do obowiązków i wymagań, jakie stawia nauka w szkole, przekłada się na lepsze wyniki w nauce. Wiąże się także z większym zaangażowaniem uczniów w pracę

na lekcjach, wyższą motywacją do nauki i zmniejsza absencję uczniów na lekcjach. Wyniki badań wskazują także, że pozytywny klimat szkoły wpływa na postawy uczniów wobec szkoły, zwiększa ich zaangażowanie w działalność prospołeczną w szkole.

Klimatem szkoły interesują się specjalisci zajmujący się profilaktyką zachowań ryzykownych i promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Pozytywny klimat szkoły wiąże się z rzadszym używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież, mniejszym nasileniem zachowań agresywnych i przemocy

oraz mniejszą liczbą problemów z dyscypliną. Klimat szkoły odgrywa ważną rolę w promowaniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, przykładem mogą tu być wyniki ostatnich badań HBSC przeprowadzonych w Polsce, które wskazują na związek klimatu szkoły z przebywaniem przez uczniów nadmiernego stresu i depresją<sup>9</sup>.

Dostrzeżenie przez badaczy pozytywnego wpływu, jaki wywiera klimat szkoły na zachowania uczniów, spowodowało wzrost zainteresowania zarówno praktyków, jak i urzędników wykorzystaniem tego elementu w procesie jej doskonalenia i zapobiegania przemocy oraz innym zachowaniami ryzykownym w szkole.

## Badanie klimatu szkoły

Przystąpienie do badania klimatu szkoły wymaga wcześniejszej odpowiedzi na wiele pytań i podjęcia decyzji, które będą pomocne w przeprowadzeniu nas przez cały proces badawczy. Pierwszym wstępnym krokiem jest odpowiedź na pytanie: *po co chcemy badać klimat szkoły?* Niestety zbyt często badania prowadzone w szkołach służą sprawozdawczości lub wypełnieniu wymogu ich przeprowadzenia, co zwykle nie prowadzi do podjęcia działań na podstawie wniosków z nich płynących. Prowadzenie badań bez względu na ich treść jest praktyką, która wpływa na klimat szkoły,

pokazując, co jest dla nas ważne, na co chcemy zwracać uwagę, co zmieniać.

Kolejną ważną kwestią jest odpowiedź na pytanie: *jakie wymiary klimatu szkoły nas interesują?* Pragmatyczne podejście do poprawy działania szkoły pokazuje, że nie jesteśmy w stanie wprowadzić w krótkim czasie zmian w wielu obszarach. Ograniczenie badania do aspektów, które uznajemy za najważniejsze w danym momencie, może być pomocne w skoncentrowaniu na nich naszego wysiłku. W wyborze przedmiotu badania pomocne mogą być wymienione wcześniej wymiary klimatu szkoły. Dokonanie wyboru dwóch lub trzech wymiarów pozwoli ograniczyć zakres badania, ale tworzy też możliwość głębszego ich poznania.

Następny problem, nad który powinniśmy się pochylić, jest związany z pytaniem: *od kogo będziemy pozyskiwać dane?* Odpowiedź na to pytanie po części będzie konsekwencją wybranych wymiarów klimatu szkoły, które w bezpośredni sposób kierują uwagę na określone grupy społeczności szkolnej (uczniów, nauczycieli,

innych pracowników, rodziców). Badanie tylko jednej grupy (np. uczniów) dostarcza nam informacji z jej perspektywy (w niektórych przypadkach może być wystarczające, np. jeśli interesują nas wyłącznie relacje między uczniami), niemniej uwzględnienie drugiej, np. nauczycieli, pozwoli spojrzeć na problem z szerszej perspektywy. Należy podkreślić, że na samopoczucie uczniów w szkole oddziaływało może klimat szkoły postrzegany przez nauczycieli. Ich dobre lub złe samopoczucie w miejscu pracy może się przekładać na klimat szkoły postrzegany przez uczniów.

Kolejne pytanie dotyczy tego: *w jaki sposób będziemy pozyskiwać dane?* Decydując między metodami ilościowymi i jakościowymi, powinniśmy uwzględnić cel badania oraz ich zalety i wady (w kontekście realizacji tego celu). Najczęściej stosowaną metodą badania klimatu szkoły jest gromadzenie danych ilościowych za pomocą kwestionariuszy ankiet. Zgromadzenie danych ilościowych pozwala na poznanie rozkładów częstości występowania badanego zjawiska, można je

Dostępnym w zasobach internetu przewodnikiem i narzędziem badania klimatu szkoły jest publikacja powstała pod redakcją Barbary Woynarowskiej „Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia”<sup>10</sup>.

W poradniku klimat szkoły traktowany jest jako ważny element wpływający na zdrowie i dobre samopoczucie uczniów, nauczycieli, innych pracowników szkoły i rodziców. Co warte podkreślenia, projekt badania uwzględnia wszystkie najważniejsze grupy społeczności szkolnej (uczniów, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców), dla których przygotowane są odpowiednio dostosowane do specyfiki tych grup narzędzia badawcze.

Dodatkową zaletą badania klimatu szkoły zawartą w tym poradniku jest uwzględnienie w badaniu różnych grup wiekowych uczniów: od najmłodszych uczniów szkół podstawowych (II-III klasa), dla których opracowano odrębne narzędzia „Narysu i napisz”, przez prace pisemne uczniów klas IV/V „Jak czuję się w mojej klasie”, po tradycyjne ankietę dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i szkół ponadpodstawowych. W zaproponowanej formie badania klimatu szkoły skoncentrowano się przede wszystkim na wybranych dwóch jego aspektach: możliwości uczestnictwa w życiu szkoły i relacjach między różnymi grupami społeczności szkolnej. Przykładowo w narzędziach badawczych skierowanych do uczniów uwzględniono trzy wymiary klimatu szkoły:

- stworzenie uczniom możliwości uczestnictwa w życiu szkoły, którego wskaźnikami są: wpływ na reguły (zasady) pracy na lekcjach; pytanie uczniów o zdanie w sprawach, które ich dotyczą; branie pod uwagę przez nauczycieli opinii uczniów,
- relacje i wsparcie ze strony nauczycieli, którego wskaźnikami są: nauczyciele są sprawiedliwi, życzliwi, dostrzegają mocne strony ucznia, pomagają, kiedy uczeń ma kłopoty lub trudności,
- relacje między uczniami, którego wskaźnikami są: życzliwość uczniów wobec siebie nawzajem; akceptowanie innych takimi, jakimi są; pomaganie sobie nawzajem; uczniowie nie dokuczają sobie; dbanie, aby nikt nie był pozostawiony na uboczu.

Podręcznik zawiera instrukcje sposobu, w jaki należy przeprowadzać badania oraz sposobu analizy zgromadzonych wyników.

też zgromadzić w stosunkowo krótkim czasie, przy niewielkich kosztach. Dane ilościowe pozwalają na opis badanego zjawiska, jednak zwykle nie prowadzą do zrozumienia procesów, które nim kierują. Ta słabość metod ilościowych jest zaletą metod jakościowych, które choć zwykle wymagają dłuższego czasu realizacji, dają możliwość wglądu w naturę badanego zjawiska. Dane jakościowe są często niezbędne do właściwej interpretacji danych ilościowych. Dla przykładu, badanie ilościowe może dostarczyć dane wskazujące, że zdecydowana większość uczniów darzy nauczycieli zaufaniem, ale badanie ujawnia także, że jest mniej liczna grupa, która nie darzy nauczycieli zaufaniem. Dane ilościowe pozwalają na opis zjawiska zaufania między uczniami a nauczycielami, jednak nie mówi właściwie nic o powodach czy czynnikach, które wpływają na zaufanie uczniów do nauczycieli lub jego brak. Z tego powodu coraz częściej rekomenduje się podejmowanie badań, które pozwalają gromadzić zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe.

Warto również rozważyć wykorzystanie do gromadzenia danych technik, które czasami określane są jako alternatywne (wobec najczęściej wykorzystywanych w badaniach ankiet). Techniki alternatywne pomagają zebrać dane jakościowe, które mogą być bardzo pomocne w określeniu nie tylko, jaki jest klimat szkoły, ale także, co na niego wpływa. W badaniu klimatu szkoły z powodzeniem można wykorzystać propozycje technik używanych do ewaluacji pracy szkoły np. „profil

szkoły”<sup>11</sup>, „informacja dla przybysza”, „sortowanie” i inne<sup>12</sup>. W szczególnych wypadkach wykorzystanie alternatywnych technik może być konieczne, np. w przypadku uczniów klas młodszych, dla których wypełnienie ankiety jest niemożliwe lub trudne. Inną sytuacją, w której warto rozważyć zastosowanie technik alternatywnych, jest niewielka liczba uczniów w szkole lub klasie.

Kolejne pytanie dotyczy tego: *w jaki sposób analizować zgromadzone dane?* W pewnym uproszczeniu możemy powiedzieć, że uzyskane w badaniu dane możemy analizować i interpretować na trzy sposoby. Możemy oceniać<sup>13</sup>:

- klimat indywidualny – odnoszący się do subiektywnych odczuć jednostki,
- klimat agregowany – wyrażający średni poziom postrzegania klimatu organizacji przez grupę osób w organizacji (w przypadku szkoły mogą to być np. uczniowie lub nauczyciele),
- klimat zbiorowy (kolektywny) – wyrażający postrzeganie klimatu organizacyjnego przez grupę osób powiązanych ze sobą procesami interakcyjnymi (w przypadku szkoły mogą to być wszyscy członkowie społeczności szkolnej).

Konsekwencja występowania różnych sposobów opisu klimatu szkoły powoduje konieczność podjęcia decyzji, który z nich zostanie zastosowany w projektowanym badaniu. Wydaje się, że z perspektywy celu badania (podjęcia działań służących poprawie klimatu szkoły)

Przykładem alternatywnej formy prowadzenia badania klimatu szkoły może być wykorzystanie metody „Ruchomej tarczy”, którą można wykorzystać w pracy z uczniami na każdym etapie edukacji, a szczególnie przydatna może się ona okazać w pierwszych klas szkoły podstawowej ze względu na brak potrzeby dużej sprawności uczniów w czytaniu i pisaniu.

Metoda polega na umieszczeniu na środku (pustej) klasy krzesła lub stolika, na którym kładziemy kartę z twierdzeniem np. „Lubię chodzić do szkoły”. Odczytujemy treść kartki, a następnie prosimy uczniów o zajęcie miejsca w klasie – jeśli się zgadzają, to stają blisko krzesła, jeśli się trochę nie zgadzają, oddalają się od krzesła, a jeśli zupełnie się nie zgadzają, to stają blisko ściany. Każdy uczeń wybiera miejsce sam, tak, jak chce odpowiedzieć na pytanie, nie patrząc, gdzie stają inni. Następnie pytamy uczniów (przynajmniej 4-5): „Z jakiego powodu wybrałeś to miejsce?”. Ważne, aby zapytać o to uczniów, którzy zajęli miejsca w różnych odległościach od środka tarczy. W ten sposób tworzymy okazję do poznania powodów, jakie stoją za ich decyzjami. Jeśli prowadzący ma wątpliwości, czy uczniowie dobrze zrozumieli zasady, można je wyjaśnić i/lub zadać dodatkowe pytania.

Zgromadzone w ten sposób dane pozwalają ocenić, jak uczniowie czują się w klasie, ale także „Ruchoma tarcza” została wykorzystana do badania klimatu szkoły uczniów najmłodszych klas w projekcie „System oddziaływań profilaktycznych w Polsce – projekt zwiększenia skuteczności i efektywności działań profilaktycznych w Polsce”, na stronie projektu można znaleźć szczegółową instrukcję<sup>14</sup>.

uzasadnione jest przyjęcie modelu agregacyjnego, który pozwoli na uchwycenie charakterystycznych dla konkretnej szkoły cech klimatu, uwzględniającego perspektywę różnych grup społeczności szkolnej (uczeń, nauczyciel, dyrektor, rodzic). Z perspektywy konkretnej szkoły bardziej użyteczne będzie rozpatrywanie uzyskanych wyników przez analizę rozkładu odpowiedzi na konkretne pytania niż tworzenie pewnych uogólnień przez obliczanie np. średnich z odpowiedzi.

Przyglądając się zgromadzonym danym (rozkładowi odpowiedzi na poszczególne pytania), warto posłużyć się procedurą analizy, która składa się z trzech kroków pozwalających spojrzeć z różnych perspektyw na uzyskane wyniki<sup>15</sup>: analiza braków danych (co mogą znaczyć braki danych), dominanta (jakie odpowiedzi dominują), marginesy (jakie odpowiedzi są najrzadsze).

Wystąpienie w wypełnionych ankietach pojedynczych braków odpowiedzi na poszczególne pytania zwykle możemy traktować jako wynik przeoczenia przez respondenta pytania. Brak większej liczby odpowiedzi może dostarczać nam ważnej informacji: być może wystąpił problem z procedurą badawczą, pytanie było zbyt trudne lub niezrozumiałe dla respondentów albo dotknęliśmy jakiejś kontrowersyjnej kwestii. W takiej sytuacji warto dokonać głębszej analizy, aby ustalić najbardziej prawdopodobny powód braku danych.

Następnie przystępujemy do analizy dominujących odpowiedzi. Pozwala to dostrzec, które odpowiedzi występują najczęściej, a co z tym związane, jaki sposób postrzegania badanej kwestii dominuje w odpowiedziach osób badanych. Czasami bardziej pomocne może być spojrzenie, w jaki sposób grupowały się dane np. pozytywne i negatywne (na przykład, jeśli w badaniu wykorzystana była kafeteria: ‘zdecydowanie nie’, ‘raczej nie’, ‘raczej tak’, ‘zdecydowanie tak’, można zsumować oddzielnie odpowiedzi negatywne ‘zdecydowanie nie’, ‘raczej nie’ oraz odpowiedzi pozytywne ‘raczej tak’, ‘zdecydowanie tak’).

Ostatnim krokiem analizy jest przyjrzenie się marginesom – najrzadszym odpowiedziom. Znaczenie tej analizy zależy od badanego za pomocą pytania problemu. Jeśli 15% badanych uczniów nie odpowiada wygląda budynku lub klasy, to pewnie nie będzie to powodem do rekommendowania do podjęcia działań korygujących (zapewne uznamy, że zdecydowanej większości uczniów odpowiada wygląd budynku lub klasy), jeśli natomiast ten sam odsetek uczniów (15%) odpowiada, że nie ma

poczucia bezpieczeństwa fizycznego w szkole lub klasie, to nie możemy tego zaakceptować (i stwierdzić, że większość uczniów czuje się bezpiecznie).

Przeprowadzona w ten sposób analiza zgromadzonych danych pozwoli na uchwycenie dominujących cech klimatu szkoły, a także pomoże określić grupy (np. uczniów), które nie postrzegają w pozytywny sposób klimatu szkoły.

## Działania służące poprawie klimatu szkoły

W planowaniu działań służących poprawie klimatu szkoły warto wykorzystać wyniki badań, które mogą być pomocne w określeniu kierunków i celów interwencji (a systematyczne ich prowadzenie może też posłużyć do monitorowania skutków podejmowanych działań). Poprawa klimatu szkoły wymaga zaangażowania wszystkich grup społeczności szkolnej, ponieważ klimat szkoły kształtuje praktyki, które są w niej stosowane.

## Przypisy

- <sup>1</sup> H.J. Freiberg, „School climate: Measuring, improving and sustaining healthy learning environments”, Routledge 2005.
- <sup>2</sup> K. Ostaszewski, „Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży”, Edukacja, 2012, 120(4), 23-38.
- <sup>3</sup> H.J. Freiberg, op. cit.
- <sup>4</sup> Oxford Research Encyclopedia of Education, <http://education.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190264093.001.0001/acrefore-9780190264093-e-89>
- <sup>5</sup> K. Ostaszewski, op. cit.
- <sup>6</sup> National School Climate Center, <https://www.schoolclimate.org/school-climate>
- <sup>7</sup> M. Kulesza, M. Kulesza, „Klimat szkoły jako kategoria opisowa środowiska szkolnego”, Pedagogika Społeczna, 2015, 3, 113-125.
- <sup>8</sup> J. Przewocka, „Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań”, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015.
- <sup>9</sup> Na podstawie referatu dr hab. Joanny Mazur „Zdrowie psychiczne młodzieży szkolnej na tle wyników badań HBSC” wygłoszonego podczas konferencji „Zdrowie psychiczne i dobrostan uczniów – ważne zadanie szkoły” zorganizowanej przez Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 29.05.2019.
- <sup>10</sup> B. Woynarowska (red.), „Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia”, Ośrodek Rozwoju Edukacji: Warszawa 2016. <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/884/Szkoła+Promującą+Zdrowie.+Poradnik+dla+szkół+i+osób+wspierających+ich+działania+w+zakresie+promocji+zdrowia.pdf>
- <sup>11</sup> J. MacBeath, M. Schratz, D. Meuret, L. Jakobsen, „Czy nasza szkoła jest dobra?”, WSiP, Warszawa 2003.
- <sup>12</sup> A. Borek, E. Kowalczyk-Rumak, „Różne drogi ewaluacji – poradnik dla dyrektorów szkół i placówek”, Wydawnictwo Era Ewaluacji, Warszawa 2015.
- <sup>13</sup> [https://profilaktycy.pl/images/zasoby\\_pliki/narzedzia/1\\_anketa\\_i\\_iii\\_instrukcja\\_ruchoma\\_tarcza.pdf](https://profilaktycy.pl/images/zasoby_pliki/narzedzia/1_anketa_i_iii_instrukcja_ruchoma_tarcza.pdf)
- <sup>14</sup> M. Kulesza, „Klimat szkoły a zachowania agresywne i przemocowe uczniów”, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- <sup>15</sup> B. Walczak, „Dane systemu ewaluacji oświaty: analiza ilościowa i jakościowa” (w:) Mazurkiewicz G. (red.), „Jak być jeszcze lepszym? Ewaluacja w edukacji”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

*W ciągu ostatnich kilku lat coraz częściej podejmowana jest tematyka uzależnień behawioralnych – zarówno przez badaczy, klinicystów, jak i osoby zajmujące się profilaktyką. Uzależnienia behawioralne, obok uzależnień od substancji psychoaktywnych, stają się także przedmiotem polityki społecznej. Jest to bardzo dobry kierunek, biorąc pod uwagę skalę ich rozpowszechnienia.*

# SKUTECZNA PROFILAKTYKA E-UZALEŻNIEŃ. DONIESIENIA Z BADAŃ

*Magdalena Rowicka*

*Instytut Psychologii*

*Akademii Pedagogiki Specjalnej*

Badania prowadzone w Polsce w 2019 roku pokazały, że całkiem spora część społeczeństwa może cierpieć z powodu zaburzenia związanego z kompulsywnym wykonywaniem pracy czy zakupów (CBOS, 2019). Dane z 2017 roku pokazują natomiast, że średni wiek rozpoczęcia grania w gry hazardowe online na pieniądze – to 16 lat, a bez pieniędzy – 14 lat (CBOS, 2017). Badania pokazują także, że co trzecie dziecko w wieku od roku do dwóch lat korzysta z technologii cyfrowych, a w wieku od dwóch do pięciu lat – już dwoje na troje dzieci (CBOS, 2019). Nastolatki spędzają online średnio nieco ponad cztery godziny dziennie, a co ósmy – osiem lub więcej (Bochenek, Lange, 2019). Wprawdzie najnowsze badania pokazują, że zaledwie 1% nastolatków w Polsce może być uzależniony od internetu, jednak już kolejne 12% może być zagrożone uzależnieniem (Pyżalski i in., 2019).

Z perspektywy psychologa można uznać, że uzależnienia behawioralne (zwłaszcza te związane z internetem) są nawet bardziej niebezpieczne niż uzależnienia tradycyjne. Dlaczego? Ponieważ są to czynności akceptowane społecznie (nawet hazard) i pozornie bezpieczne. Badania jakościowe prowadzone w 2017 roku pokazały, że rodzice dzieci i młodzież grającej w gry hazardowe online albo nie wiedzieli o tym, albo się tym nie interesowali (CBOS, 2017). Zatem przyzwolenie na wykonywanie tych czynności i niekontrolowana inicjacja mogą sprzyjać późniejszemu uzależnieniu.

## Czym są e-uzależnienia?

Termin e-uzależnienia odnosi się do grupy uzależnień (zwanych zaburzeniami) związanych z mediani cyfrowymi. W języku angielskim stosowane jest określenie

„uzależnienia od internetu” (w liczbie mnogiej), które obejmują wszelkie zaburzenia związane z internetem: (1) cyberseks, (2) socjomania internetowa, (3) e-hazard czy zakupy online, (4) niespecyficzne używanie internetu, (5) gry komputerowe (Young, 1998). Zarówno cyberseks, jak i e-hazard stanowią niejako przeniesienie zachowania wykonywanego w realnej rzeczywistości do świata wirtualnego, w związku z czym bezpieczniej byłoby mówić o nich w kontekście ich „realnych” odpowiedników, to jest mechanizmów leżących u podłoża kompulsywnych zachowań seksualnych/hiperseksualnych czy zaburzenia grania w gry hazardowe. Z drugiej strony dostępność treści erotycznych czy pornograficznych przez internet sprawiła, że korzystają z nich coraz młodsze osoby. Podobnie jest w przypadku hazardu – dzięki zmniejszonej kontroli i większej dostępności w gry hazardowe online nie grają jedynie osoby powyżej 18. roku życia.

Uważam jednak, że terminem e-uzależnienie być może powinniśmy nazwać jedynie te rodzaje uzależnień (czy zachowań), które są związane tylko z cyfrowymi technologiami, tj. z internetem, sieciami społecznościowymi (m.in. Facebookiem, ale nie tylko) czy grami komputerowymi online czy offline. Dlaczego? Ponieważ uznanie grania w gry hazardowe jako przykładu e-uzależnień, a grania w gry hazardowe w realnej rzeczywistości jako przykładu zaburzenia z nieco innej kategorii sugeruje, że hazard i e-hazard są czymś innym. A nie są. Bardzo często jest tak, że te same osoby grają w gry hazardowe i online, i w kasynie czy zakładach bukmacherskich. Internet daje pewne poczucie większej anonimowości i dostępności, ale jest tylko środkiem a nie celem; a cel ten można by osiągnąć także bez korzystania z internetu (w realnej rzeczywistości).

Dlaczego rozdzielenie uzależnień od mediów cyfrowych od e-hazardu jest ważne? Zgodnie z modelami teoretycznymi, które starają się tłumaczyć, dlaczego się uzależniajemy, istnieje pewna specyfika grania w gry hazardowe – zgodnie z modelem Blaszczyńskiego jednym z powodów, dla którego można się uzależnić od hazardu, jest brak wiedzy o mechanizmach w grach hazardowych i skłonność do zniekształceń poznawczych związanych z losowością w grach.

## Skuteczna profilaktyka e-uzależnień

Na podstawie przeglądu badań w obszarze profilaktyki e-uzależnień (Rowicka, 2019) można zarekomendować prowadzenie działań w kilku obszarach. Niezmiernie ważne jest to, do kogo programy powinny być kierowane, jak i to, co powinny zawierać. Drogą na skróty jest uznanie, że można w łatwy sposób zaadaptować programy stosowane w profilaktyce zachowań ryzykownych (w tym uzależnień od substancji) do profilaktyki e-uzależnień. Dlaczego? Przynajmniej z dwóch powodów: po pierwsze, zachowania wchodzące w skład e-uzależnień są legalnymi zachowaniami, których wykonywanie jest wręcz promowane (przez rodziców); po drugie, zachowania te są dostępne już od bardzo młodego wieku. Różnica pomiędzy sięganiem przez młodzież po substancje psychoaktywne i po tablet jest ogromna – to pierwsze – jest zachowaniem ryzykownym, to drugie – normą. Uzależnienie się od jednego i drugiego jest związane często z brakiem umiejętności radzenia sobie np. ze stresem czy z emocjami. Warto jednak zaznaczyć, że w przypadku substancji psychoaktywnych badania pokazują, że dużą rolę mogą odgrywać traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa czy młodości, jak również brak konsekwencji w wychowaniu lub brak wypełniania przez dorosłych roli rodzica. Natomiast w przypadku e-uzależnień zdecydowanie rzadziej obserwujemy równie traumatyczne wydarzenia, a częściej brak spełniania emocjonalnych potrzeb dziecka (co też można uznać za rodzaj traumy).

Zatem, na czym powinna polegać skuteczna profilaktyka e-uzależnień?

Zgodnie z przeglądem literatury światowej można przyjąć, że oddziaływanie profilaktyczne w obszarze e-uzależnień można podzielić na dwie grupy strategii: (1) **generyczne**, czyli takie, które mają zastosowanie w odniesieniu do każdego zachowania ryzykownego,

w tym do uzależnień od substancji, i (2) **specyficzne dla e-uzależnień**.

Do strategii generycznych należy **rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjami** i stresem oraz **rozwijanie umiejętności społecznych**. Kompetencje psychospołeczne stanowią jeden z najważniejszych czynników chroniących. Co ważne, oddziaływanie w ramach profilaktyki uniwersalnej e-uzależnień, ukierunkowane na rozwijanie właśnie tych kompetencji, powinny być kierowane **głównie do dzieci i młodszej młodzieży, a także ich rodziców** (Lan i Lee, 2013). Jest to związane z charakterystyką wieku rozwojowego, ale również z rozpowszechnieniem internetu i nowych technologii. Dla przykładu, w Korei Południowej wprowadzono działania prewencyjne już na poziomie przedszkolnym (Romano, 2014). W Polsce programy skierowane do tak młodej grupy odbiorców są programami promocji zdrowia psychicznego (np. *Przyjaciele Zippiego* czy *Apteczka pierwszej pomocy emocjonalnej*) i są ukierunkowane na rozwój kompetencji psychospołecznych (w tym rozumienie i radzenie sobie z emocjami czy stresem).

Do strategii **specyficznych dla e-uzależnień** należą: (1) **rozwijanie umiejętności związanych z internetem** – obniżenie pozytywnych oczekiwani, zwiększenie samokontroli, umiejętności identyfikowania nieadaptacyjnych myśli i (2) rozwijanie umiejętności **zarządzania czasem (planowanie) i czasem wolnym** (zajęcia: kreatywne, eksploracyjne, ciekawe).

Rozwijanie kompetencji psychospołecznych jest niezwykle ważne, ale w związku z bardzo wcześnie inicjatą technologiczną nie są wystarczające w prewencji. Oddziaływanie ukierunkowane na profilaktykę w obszarze e-uzależnień powinny być poszerzone o treści specyficzne dla internetu i nowych technologii. Odpowiedzią to zapotrzebowanie są dwa programy w Polsce: *Wspólne kroki w cyberświecie* Fundacji Poza Schematami i *Stawiam na siebie* Fundacji Praesterno.

Bardzo ważnym czynnikiem, który może sprzyjać uzależnieniu, są pozytywne oczekiwania związane z internetem – dzieci i młodzież uciekają do internetu, ponieważ nie radzą sobie z emocjami, stresem czy relacjami z rówieśnikami lub rodziną, albo oczekują, że znajdą tam coś ciekawego czy przyjemnego. Dla porównania, w przypadku alkoholu dominuje motywacja ucieczkowa, podczas gdy w internecie motywacja ucieczkowa jest wzmacniana pozytywnymi oczekiwani

niami (związanymi z internetem). Sprzyjać temu może traktowanie internetu jako nagrody samej w sobie (jak zjesz cały obiad, możesz sobie pograć). Kolejnym ważnym czynnikiem jest samokontrola w internecie – ustalanie zasad korzystania (dla siebie samego) i ich przestrzeganie. Jest to niezwykle trudne, zwłaszcza w czasach, kiedy dzięki technologii możemy dużo więcej i dużo szybciej (łącznie z oglądaniem filmów w tzw. streamingu czy oglądaniem całych sezonów seriali, a nie raz w tygodniu po jednym odcinku). Postęp technologiczny nie sprzyja umiejętności odraczania przyjemności, co oznacza, że tym ważniejsze jest wspieranie samokontroli już u małych dzieci. Większa kontrola nad czasem spędzanym w sieci jest możliwa także wtedy, kiedy dziecko czy nastolatek posiada inne zainteresowania. I odwrotnie, kiedy nie miał nawet możliwości wypróbować czegoś innego i kiedy nie za dobrze radzi sobie z nudą, to może częściej sięgać po internet jako cel, a nie jako środek, tzn. porobić coś w sieci (pooglądać filmiki na YouTubie, posurfować po różnych stronach). Takie niespecyficzne surfowanie po internecie może prowadzić do uzależnienia (do zgeneralizowanego problemowego używania internetu). Ale jeśli dziecko nie ma, co robić i sięga po internet, żeby poczytać o statkach, to zupełnie co innego.

Nuda jest opisywana jako czynnik ryzyka, podczas gdy nie jest to prawda – nie nuda, a brak kompetencji radzenia sobie z nudą jest czynnikiem ryzyka. Jeśli dziecko czy nastolatek nie zna innego sposobu spędzania wolnego czasu niż bycie w sieci, to nie możemy oczekwać, że samo odstawi komputer i pójdziesz na podwórko się bawić. Po pierwsze, bardzo często na tym podwórku nikogo nie ma, po drugie, często rówieśnicy także są online, i po trzecie, niezmiernie trudno jest porzucić coś, co się zna (komputer, świat wirtualny), na rzecz czegoś, czego się nie zna (wyjście na dwór). Bardzo ważne jest zatem, aby od wczesnych lat stwarzać dziecku możliwości poznawania różnych aktywności – to nie muszą być płatne zajęcia dodatkowe, to może być zwiedzanie (jest bardzo dużo atrakcji turystycznych w Polsce), to może być robienie domowych eksperymentów (a szukanie inspiracji w sieci), to może być wspólne gotowanie czy planowanie ciekawych posiłków, to może być harcerstwo czy wolontariat. Wyposażenie dziecka w wachlarz różnych aktywności przyczyni się do tego, że gdy będzie musiał poradzić sobie ze stresującą sytuacją i negatywnymi emocjami,

to zanim sięgnie po alkohol bądź zatraci się w świecie wirtualnym, podejmie kilka innych czynności (i może one będą wystarczające). Zajęcia, które mogą konkurrować z internetem, powinny być kreatywne i ciekawe. Poza samymi osobami narażonymi na zachowania problemowe badacze podkreślają, że działania profilaktyczne powinny być skierowane do najbliższego otoczenia w celu jego modyfikacji – **do rodziny czy środowiska szkolnego** (Park, Kim i Cho, 2008). Uświadomienie rodzicom tego, jak wprowadzać dziecko w świat cyfrowych technologii, jest niezmiernie ważne. Dlaczego? Między innymi dlatego, że bez tej wiedzy jedno na troje dzieci w wieku od jednego roku do dwóch lat używa telefonów lub tabletów do zabawy. Niesie to ze sobą szereg negatywnych konsekwencji dla rozwoju poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego. Warto wspomnieć w tym miejscu kampanię społeczną „Mama, tata, tablet”<sup>1</sup>, która podjęła właśnie tę tematykę. Poza kampanią potrzebujemy warsztatów i materiałów, dzięki którym nie tylko można pokazać, czego nie należy robić, ale przede wszystkim – co można robić (w jaki sposób bezpiecznie wprowadzić dziecko w świat cyfrowych technologii).

Można zatem uznać, że rozwijanie kompetencji rodziców także można podzielić na **generyczne i specyficzne dla profilaktyki e-uzależnień**. Do generycznych zaliczymy rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji z dzieckiem, ustalania zasad i ich przestrzegania, rozumienia potrzeb rozwojowych dziecka. Do kompetencji specyficznych – zrozumienie potrzeb dziecka związanych z internetem i spędzanie czasu z dzieckiem niejako w internecie. Internet stał się częścią codziennego funkcjonowania, zwłaszcza dla młodszego pokolenia i tego nie zmienimy. Rodzice i opiekunowie powinni wiedzieć, co dziecko robi w sieci, ale nie przez kontrolę stron, ale przez rozmowę, przez towarzyszenie. Nie wyobrażamy sobie, aby kilkuletnie dziecko bawiło się w piaskownicy bez obecności rodzica, to dlaczego pozwalamy dzieciom spędzać czas w sieci? Poszerzenie wiedzy na temat tego, co dziecko czy nastolatek robi w sieci, pozwoli nam lepiej zrozumieć nasze dziecko – jego zainteresowania, ale również jego otoczenie.

## Co nie działa?

Czy możemy zrobić coś źle w oddziaływaniach profilaktycznych? Oczywiście, że tak. Analiza programów

(wiele lat temu) pokazała, że mogą one nie działać, a nawet okazać się szkodliwe. Konsekwencje w obu przypadkach są dość poważne – w pierwszym, wydano środki (najprawdopodobniej publiczne) bez efektu, w drugim – zamiast przeciwdziałać, program zachęcał do angażowania się w zachowania ryzykowne. Właśnie dlatego tak ważne są badania ewaluacyjne, które pokazują mocne i słabe strony oddziaływań. W obszarze profilaktyki uzależnień (od substancji) wiemy, że strategie informacyjne (jeśli są jedyne) nie będą skuteczne – informowanie dzieci i młodzieży o tym, że od narkotyków można się uzależnić, nie działa. Dlaczego? Ponieważ to nie brak wiedzy o negatywnych konsekwencjach jest przyczyną uzależnień. Poza tym informowanie, że od substancji można się uzależnić, oznacza także, że można się nie uzależnić. Komunikacja oparta na strachu, może prowadzić do dysonansu poznawczego, czyli do zaprzeczenia. Podobnie jest w przypadku e-uzależnień – strategie informacyjne (pogadanki czy wykłady) dotyczące potencjału uzależniającego internetu nie działają profilaktycznie. Mówienie młodzieży, że od gier można się uzależnić – także nie działa, ponieważ gry są odpowiedzialne za uzależnienie w mniejszym stopniu, w znacznie większym stopniu odpowiada za to nasza psychika. Ale strategie informacyjne mówiące o tym, jak powinno się bezpiecznie korzystać z internetu, są skuteczne. Przykładem takiej strategii są filmy z serii *Owce w sieci*. Wykorzystywanie strategii informacyjnych w taki sposób można nazwać „BHP obsługi internetu”. Karanie brakiem internetu też nie działa. Dlaczego? W obecnych czasach dostęp do internetu dla młodszej pokolenia jest czymś więcej niż rozrywką. Czy tego chcemy, czy nie, jest to także przestrzeń do komunikacji, obszar rozwijania zainteresowań czy poszukiwania nowych. 20 lat temu karą mogło być nieobejrzenie dobranocki przez trzy dni, obecnie dostęp do internetu jest czymś więcej dla dzieci niż dla nas była dobranocka, i zabierając im go, zabieramy dużo więcej. Poza tym, dlaczego mielibyśmy blokować dostęp do internetu? Bo pogorszyły się oceny, bo nasze dziecko bardzo dużo czasu spędza w domu? Zastanówmy się, jak do tego doszło? Czy nie jest tak, że to my do tego namawialiśmy, a teraz chcemy, żeby szybko się to zmieniło? To jest proces, który będzie musiał potrwać i będziemy musieli włożyć w niego dużo więcej wysiłku niż wyłączenie internetu czy zabranie klawiatury. Najpierw powinniśmy zrozumieć, co takiego dzieje się w internecie,

co jest w nim tak interesujące. Następnie powinniśmy rozmawiać (bez oskarżeń, bez umniejszania tego, co jest w internecie, bez porównań między prawdziwym światem a światem fikcji). I dopiero powinniśmy ustalać wspólne zasady korzystania z internetu. Ale najważniejsze – powinniśmy spędzać czas razem z dzieckiem. Nie powinniśmy także nagradzać internetem. Internet powinien być instrument do osiągnięcia czegoś – do poszukania, a nie nagrodą samą w sobie. I na koniec – nie powinniśmy demonizować internetu, a zwłaszcza gier komputerowych, ponieważ spełniają one wiele prorozwojowych funkcji – nie są jedynie formą ucieczki od rzeczywistości, ale odpowiadają na potrzeby związane z: kreatywnym myśleniem, strategicznym myśleniem, zapotrzebowaniem na akcję, z społecznianiem się, z poczuciem kompetencji, z rozwojem umiejętności itp.

## Podsumowanie

Profilaktyka e-uzależnień powinna odwoływać się do najnowszej wiedzy i standardów. Zgodnie z przeglądem literatury wspólnym czynnikiem ryzyka rozwoju zachowań problemowych, uzależnień od substancji i uzależnień behawioralnych, są deficyty w obszarze umiejętności psychospołecznych. Specyficznymi czynnikami ryzyka są natomiast zniekształcenia poznawcze związane z internetem, wcześnie i niekontrolowana inicjacja technologiczna. Oznacza to, że programy profilaktyki e-uzależnień powinny się składać z części generycznej dla ogółu zachowań ryzykownych (rozwój umiejętności psychospołecznych) i części specyficznej dla internetu.

Oddziaływanie profilaktyczne w obszarze e-uzależnień powinny być wdrażane na wczesnym etapie rozwoju dziecka, a to oznacza, że powinny być prowadzone także dla rodziców.

Strategie informacyjne nie powinny stanowić strategii pierwszego wyboru w tworzeniu programów profilaktycznych. Przy czym w e-uzależnieniach strategie informacyjne nie powinny się ograniczać do informowania o zagrożeniu wynikającym z używania i nadużywania nowych technologii. Powinny mieć charakter psychoedukacji na temat tego, jak i kiedy używać internetu. Dla przykładu: nie powinno się traktować nowych technologii jako nagrody (jak posprzątasz, to możesz się pobawić tabletem).

Warto byłoby opracować i rozpowszechnić krótkie poradniki dla rodziców i nauczycieli, co robić, a czego nie robić i czemu to ma służyć – w odniesieniu do używania nowych technologii (np. do czego wykorzystać internet wspólnie z dzieckiem, jak spędzać czas wspólnie z dzieckiem itp.). Pierwsze takie publikacje już powstały – można je znaleźć na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakładce hazard – publikacje. Innym przykładem

jest poradnik dla rodziców, opracowany przez Mistrzów Kodowania<sup>2</sup> czy poradniki opracowane przez NASK<sup>3</sup>.

### Przypisy

<sup>1</sup> [www.mamatatatablet.pl](http://www.mamatatatablet.pl)

<sup>2</sup> <http://news.mistrzowiekodowania.samsung.pl/44274-rodzinny-przewodnik-po-cyfrowym-swicie?fbclid=IwAR-2tLo2k9R1PZLIDKkcqQ4ww7F90OviTAS8vaV6BonoCB-Gc9XZu7qAp5kt4>

<sup>3</sup> [www.nask.pl](http://www.nask.pl)

Bibliografia dostępna w redakcji.

*Wśród licznych kosztów, które ponosimy jako społeczeństwo w związku z przeciwdziałaniem negatywnym zjawiskom towarzyszącym narkomanii, koszty dotyczące pomocy i leczenia nie są najwyższe. Znacznie przewyższają je koszty redukcji podaży, ścigania, osądzenia, karania. Istotne zatem jest, by nowoczesne społeczeństwo, które powinno dążyć do zachowania racjonalnych proporcji pomiędzy karaniem a leczeniem, miało świadomość, w jaki sposób te koszty się rozkładają.*

## NAKŁADY NFZ NA LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

### Wstęp

Leczenie i pomoc użytkownikom narkotyków w stosunku do różnych kategorii wydatków związanych z ochroną zdrowia nie kosztuje wiele, bo często jeden duży szpital posiada budżet większy niż wszystkie „narkotykowe” poradnie i stacjonarne ośrodki rehabilitacji razem wzięte. Ubytek w jakimś miejscu „narkotykowego” budżetu kwoty choćby jednego miliona złotych, może spowodować bardzo poważne konsekwencje dla całego systemu pomocy uzależnionym.

Koszty narkomanii w roku 2015 przedstawiały się następująco:

- wydatki na ochronę zdrowia: 190,57 mln zł (32%),
- wydatki wymiaru sprawiedliwości: 318,39 mln zł (54,6%),
- wydatki na realizację KPPN: 70 mln zł (12,73%),
- wydatki opieki społecznej: 3,88 mln zł (0,67%),
- Razem: 582,84 mln zł (100%)<sup>1</sup>.

Ostatnim przykładem takich negatywnych konsekwencji jest zatrzymanie przez Ministerstwo Zdrowia zasilania przez Fundusz Hazardowy wydatków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przeznaczonych na wsparcie programów pomocowych. Ta decyzja ministerstwa stawia dziś pod znakiem zapytania przyszłość wielu istotnych działań, w tym całego obszaru redukcji szkód, który udało się odbudować po latach regresji. Wszystkie wydatki na redukcję szkód to dzisiaj tylko kilka milionów złotych, więc odbieranie tych niezwykle skromnych kwot powinno być powodem do wstydu dla Polski, wstydu przed całą Europą. Mimo wszystko wydatki ponoszone na leczenie uzależnień narkotykowych to może najbardziej racjonalnie wydawane pieniądze w całym obszarze ochrony zdrowia. Niemniej jednak przypisany do leczenia w tym sektorze stosunkowo skromny budżet, wymusza

przyglądarki się każdej złotówce, wymusza głęboką analizę kosztów i szukanie sposobów większej racjonalizacji wydatków. Wymusza podnoszenie efektywności świadczeń i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów (np. można zadać pytanie: Dlaczego większość poradni leczenia uzależnień jest zamknięta w weekendy, skoro grupy AN często miewają problemy ze znalezieniem miejsca na swoje spotkania?).

Przedstawione (s. 10) zestawienie „kosztów narkomanii” pokazuje, że najniższy w nich udział ma kategoria wydatków nazwana „opieką społeczną”. Jest to niezwykle istotny deficyt systemu, który wymaga analiz w świetle postępującego szybko starzenia się populacji osób uzależnionych. Jest istotny szczególnie dla grup pomijanych przez programy readaptacji społecznej, które skupią się na problemach osób młodych i „rokujących”.

Przyjrzymy się strukturze kosztów i udziałowi poszczególnych produktów kontraktowania w całej głównej kategorii wydatków. Jako kontekst dla tej dość powierzchownej analizy zostaje wybrany problem nowych substancji psychoaktywnych, dla których rok 2010 był czasem eksplozji popytu związanego z pojawiением się sklepów z „dopalaczami”. Przeszedzimy zmianę w strukturze nakładów, zestawiając rok 2010 i 2018 (kwoty dotyczące roku 2019, choć tu przedstawione, czeka jeszcze korekta związana z niewykonaniami czy nadwykonaniami kontraktów). W tym opracowaniu spróbujemy poszukać odpowiedzi na pytanie, czy problem „dopalaczy” ma znaczenie w „priorytetyzacji” dostępu do świadczeń. Czy tak istotne tu świadczenie jak działalność hosteli readadaptacyjnych ma odpowiednie kontraktowanie.

Informacje zawarte w tabelach 1 i 2 pokazują, że wszystkie produkty kontraktowania na przestrzeni ośmiu lat wydają się sporo zyskiwać, ale biorąc pod uwagę udział procentowy kwot przeznaczonych na poszczególny produkt w całości nakładów NFZ, to udział w nich kosztów rehabilitacji stacjonarnej spadł z 47% do 41%. Jednak nie jest to koniecznie zła wiadomość dla beneficjentów systemu – przynajmniej z szerszej perspektywy – ponieważ może to oznaczać dalsze odejście od monokultury leczniczej, charakterystycznej dla poprzednich dekad, gdy leczenie stacjonarne monopolizowało pomoc. Idąc dalej, widzimy, że świadczenia wykonywane w placówkach ambulatoryjnych zyskują bardzo niewiele, bo mamy wzrost z 8,8% do 9%, traci nieznacznie leczenie substytucyjne z 17,3% do 16%

udziału w ogólnej kwocie nakładów. Traci detoksylacja, ponieważ jej udział spada dość dramatycznie z 11% do 7%. Traci terapia krótkoterminowa, zaliczając nieznaczny spadek z 12% do 11%.

To wszystko są złe wiadomości. Kto zatem zyskuje? Zyskują nieznacznie hostele readadaptacyjne, gdzie widać wzrost udziałów z 2,4% do 2,6%. Największy wzrost odnotowują oddziały dzienne, ale ich sukces jest wzrostem prawie z niebytu, bo z 0,5% do 3,4%. Niemniej widzimy, że NFZ przynajmniej dostrzega problem deficytu form pośrednich, form wsparcia znajdujących się w systemie pomiędzy poradnią a stacjonarnym ośrodkiem rehabilitacji. Oddziały dzienne pozostają jednak nadal bardzo słabo dostępnym świadczeniem. Największy skok dokonał się w leczeniu podwójnej diagnozy (PD), z 3,9% do 8% udziału w całości nakładów NFZ. Leczenie PD to główny front przeciwdziałania najgroźniejszym skutkom epidemii „dopalaczowej”. Wyraźne zwiększenie nakładów w tym zakresie jest zatem bardzo dobrą wiadomością. Warunki konkursów NFZ w 2018 i 2019 roku bardzo mocno wzmacniły element diagnostyczny w poradniach narkotykowych i zwiększyły liczbę godzin pracy psychiatrów. Te zmiany, jak należy przypuszczać, spowodują, że poradnie śmieją zajmą się leczeniem lżejszych przypadków zaburzeń psychicznych, a lepsza diagnostyka skutkować będzie większą liczbą rozpoznań PD i skierowań do placówek specjalistycznych. Rok 2019 nie przyniesie jednak istotnych zmian w nakładach. Nakłady przypadające na całą kategorię (przed korektą umów) są prawie takie same, jak w poprzednim roku. Przyglądając się bliżej strukturze nakładów, niektóre świadczenia zyskują nieznacznie, inne tracą. Najwięcej traci leczenie substytucyjne, ale ono z kolei może jeszcze zyskać po otrzymaniu zwrotu pieniędzy za przekroczenia liczby zakontraktowanych usług. Tak się zdarzało dość często w poprzednich latach.

W dalszych częściach niniejszego opracowania skupimy się na wydatkach ponoszonych przez NFZ na readaptację społeczną, leczenie substytucyjne i leczenie podwójnej diagnozy, ale przede wszystkim przyjrzymy się problemom tych obszarów. Spróbujmy wskazać miejsca, gdzie koszty można racjonalizować, poprawiać efektywność działań w ramach tych samych, skromnych najczęściej budżetów. Trzy wymienione wyżej obszary wydają się być kluczowymi jako narzędzia przeciwdziałania skutkom epidemii „dopalaczowej” w grupie osób wyklu-

**Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2010–2019 (wydatki z podziałem na oddziały wojewódzkie w mln.)**

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dojlidoński	6 386 823	6 724 987	7 742 677	8 867 691	9 284 820	9 584 852	9 111 982	10 094 817	10 916 811	9 697 710
Kujawsko-Pomorski	4 806 649	5 068 651	5 613 987	5 160 352	5 538 220	5 726 994	6 021 480	6 709 362	6 924 660	6 783 744
Lubelski	3 917 638	3 842 438	4 370 369	4 359 662	4 587 858	4 998 516	4 820 814	5 588 589	5 550 903	6 019 930
Lubuski	13 530 849	13 384 801	13 709 663	13 983 976	14 950 944	15 252 207	14 850 943	14 821 018	15 363 227	14 149 872
Łódzki	8 368 343	8 441 972	8 696 239	8 722 787	8 763 108	9 250 307	9 758 124	10 383 300	10 907 474	11 226 187
Małopolski	4 504 892	4 430 039	5 026 623	5 359 817	5 377 506	5 380 303	8 099 066	8 293 647	8 929 785	9 459 023
Mazowiecki	26 159 973	24 527 500	25 632 625	26 749 641	28 167 276	29 417 123	27 095 243	26 971 047	27 764 715	28 578 502
Opolski	2 401 110	2 468 649	2 555 162	2 874 760	2 884 487	2 953 331	2 910 396	2 958 440	3 286 975	3 312 530
Podkarpacki	886 406	955 162	1 082 637	939 421	1 167 491	1 134 036	908 018	757 680	783 307	741 406
Podlaski	2 676 844	2 485 750	2 525 834	2 659 252	2 579 485	2 682 663	2 472 451	2 498 073	2 670 614	2 553 454
Pomorski	9 389 589	8 641 033	9 146 254	9 957 950	10 159 499	10 464 300	9 757 578	10 068 169	10 746 488	11 757 789
Śląski	13 428 502	13 257 653	13 766 533	14 215 752	14 320 561	14 952 927	14 511 016	15 067 304	15 544 363	14 769 868
Świętokrzyski	1 443 777	1 768 074	2 232 504	2 433 704	2 972 976	3 154 752	2 925 400	3 001 346	2 977 957	3 466 064
Warmińsko-Mazurski	3 468 490	3 485 597	3 618 004	3 785 985	3 874 337	4 029 914	4 050 957	3 925 304	3 907 432	4 106 720
Wielkopolski	6 003 684	7 216 465	7 527 894	7 272 049	7 290 830	7 670 871	7 689 369	7 939 404	8 423 492	8 639 749
Zachodniopomorski	6 585 057	6 968 658	8 821 238	9 072 940	9 523 689	9 376 477	8 852 149	9 142 501	9 534 209	9 068 351
<b>Suma końcowa</b>	<b>113 958 625</b>	<b>113 667 429</b>	<b>122 068 242</b>	<b>126 415 740</b>	<b>131 443 086</b>	<b>136 029 573</b>	<b>133 834 985</b>	<b>138 220 002</b>	<b>144 232 413</b>	<b>144 330 899</b>

Źródło: NFZ.

czonych społecznie. Grupa ta interesuje Stowarzyszenie JUMP '93 najbardziej, bo dla jej wsparcia organizacja ta została powołana. Obecnie to właśnie osoby wykluczone społecznie doznają najwięcej szkód z powodu konsumpcji nowych narkotyków. Obserwacje Stowarzyszenia to obserwacje z perspektywy pracy środowiskowej w programach redukcji szkód, obejmujących pomocą setki osób w Warszawie.

### Readaptacja społeczna – co to jest?

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii programy reintegracji (readaptacji) społecznej dla osób używających narkotyków służą integrowaniu beneficjentów tych programów ze społeczeństwem. Zdaniem Centrum należy je udostępniać nie tylko byłym, ale też aktualnym użytkownikom narkotyków<sup>2</sup>.

W przypadku reintegracji osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych czy starszych, niemających wsparcia rodziny czy bliskich, celem programów jest zapewnienie beneficjentom potrzebnej im opieki oraz przyswojenie przez nich zachowań i umiejętności umożliwiających stabilne korzystanie z tej opieki. Zakres wsparcia powinien być adekwatny do stopnia niepełnosprawności, od opieki domowej, aż po zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Reintegracja osób długotrwałe marginalizowanych społecznie oraz osób mających duże trudności z utrzymaniem abstynencji służy zapewnieniu podstawowej opieki (bezpieczeństwa, noclegu, pożywienia, dostępu do urządzeń sanitarnych), a następnie poprzez różne oddziaływanie poprawiające funkcjonowanie społeczne klienta – służy ustabilizowaniu jego sytuacji. Ważnym działaniem jest tu wspieranie beneficjentów

**Tabela 2. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w latach 2010–2019 (wydatki z podziałem na kontraktowany produkt w mln).**

Nazwa świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
świadczenie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	8 850 343	9 402 372	9 841 890	10 570 987	11 607 282	12 590 625	11 836 709	12 611 721	13 227 054	13 428 454
świadczenie rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	14 087 338	12 860 538	13 922 260	14 266 922	14 877 397	15 427 684	15 382 124	15 338 246	16 343 812	17 307 925
program leczenia substycyjnego leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	54 197 501	54 583 139	58 238 014	59 431 117	60 781 322	61 623 844	58 408 508	58 626 802	60 485 773	60 870 683
świadczenie dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	17 319 559	17 217 717	18 579 371	19 142 743	19 541 464	20 582 992	20 537 216	22 304 306	23 297 442	21 419 657
świadczenie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	10 950 885	9 695 009	9 765 683	10 208 675	11 253 836	11 290 020	11 008 046	11 056 027	11 006 290	11 402 440
świadczenie terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącym zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza)	521 401	2 222 703	2 490 189	2 383 510	2 531 150	2 780 459	2 703 809	3 456 491	3 461 069	3 676 535
<b>Razem</b>	<b>112 811 220</b>	<b>113 700 347</b>	<b>122 144 174</b>	<b>126 499 673</b>	<b>131 545 420</b>	<b>136 130 868</b>	<b>133 948 441</b>	<b>138 353 858</b>	<b>144 349 975</b>	<b>144 579 478</b>

źródło: NFZ.

w efektywnym korzystaniu z leczenia uzależnienia i chorób współtarzyszących. Działania zorientowane na poprawę stanu zdrowia i jakości życia klienta nie tracą jednak z pola widzenia abstynencji jako celu optymalnego.

## Programy reintegracji społecznej dla użytkowników narkotyków

Od kiedy w latach 80. zaczęto w naszym kraju szeroko udostępniać i rozwijać programy pomocy uzależnionym i użytkownikom narkotyków, pojawiła się kwestia, co dalej z pacjentami ośrodków stacjonarnych kończącymi rehabilitację, osobami z ogromnymi najczęściej deficytami w zakresie wykształcenia, kwalifikacji zawodowych, osobami niekiedy bez wsparcia rodzin i bezdomnymi. Ośrodki stacjonarne, społeczności terapeutyczne organizowane na wzór pierwszych placówek Monaru powstawały jako długoterminowe i w znacznej mierze półizolacyjne programy leczenia. Początkowo ich podopiecznymi byli najczęściej użytkownicy opiatów, tzw. kompotu, czy w latach 90. heroiny. Głód opiatowy to najbardziej klasyczna postać głodu narkotyковego, jedyny, którego siłę porównuje się z głodem łaknięcia. Dotkliwy zespół odstawienia i wysoka cena substancji powodują, że narkomania opiatowa ma ogromną moc w spychaniu konsumentów narkotyków na margines społeczeństwa. Około czterogodzinne działanie klasycznych substancji opiatowych zmusza osoby uzależnione do przyjmowania wielu dawek dziennie, a nałożone na te cykle wysokie ceny narkotyków ulicznych, wymuszają działania przestępzcze. Codzienne doświadczanie podobnych skutków uzależnienia, wraz z życiem na marginesie społeczeństwa, powoduje, że osoby szukające sposobu na całkowite uwolnienie się od opiatów, potrzebowały bardzo mocnych narzędzi wsparcia, długiego pobytu w odizolowanym ośrodku,

profesjonalnej terapii, ale też skutecznych programów readaptacji społecznej w postaci hosteli i mieszkań postrehabilitacyjnych. W większości największych polskich miast od wielu lat dostępna jest alternatywa dla ośrodków stacjonarnych w postaci terapii substytucyjnej. Ale i ta terapia potrzebuje wsparcia w postaci programów readaptacyjnych. Obecnie hostele readaptacyjne działają w bardzo wielu miejscowościach kraju, ale najczęściej nie mają do nich dostępu osoby leczone substytucyjnie. Ponadto w przypadku znacznej ich części nietrafiona lokalizacja czyni je mało przydatnymi dla pacjentów substytucyjnych, a spore oddalenie od miast, szkół i rynku pracy czyni je też mało przydatnymi dla postrehabilitacji. Z kolei praktyka niektórych hosteli położonych w większych aglomeracjach pokazuje, że bardzo skutecznie przyczyniają się one do skrócenia czasu terapii w ośrodku rehabilitacji i podniesienia jej efektywności. Przykładem jest działający od około dwudziestu lat hostel Monaru w Krakowie i drugi trochę młodszy, w Łodzi. Praktyka wielu wielkomiejskich hosteli udowodniła, że readaptacyjny etap leczenia powinien przebiegać w warunkach zbliżonych do takich, w jakich pacjentowi przyjdzie żyć po zakończeniu terapii. Ponadto miasta posiadają wiele zasobów istotnych z punktu widzenia readaptacji społecznej – np. z zakresu kultury, sportu i rekreacji – i wiele z nich udostępniają nieodpłatnie. Problemy z readaptacją zaczęto też dodatkowo rozwiązywać poprzez niewielkie programy realizowane w placówkach ambulatoryjnych. Zrozumienie tych uwarunkowań i prawidłowości zajęło organizacjom pozarządowym, organizatorom 90% usług pomocowych i leczniczych, dość dużo czasu. Nadal w kwestii standardów dla readaptacji społecznej jest wiele do zrobienia.

Skoncentrowanie przez ponad trzy dziesięciolecia uwagi specjalistów na problemach osób kończących terapię w ośrodkach rehabilitacji spowodowało, że dzisiaj dominującymi działaniami z zakresu reintegracji społecznej są programy postrehabilitacyjne. Proponowana w tym zakresie pomoc to hostele i mieszkania readaptacyjne oraz programy wsparcia abstynencji prowadzone przy placówkach ambulatoryjnych (niekiedy też przy ośrodkach stacjonarnych). Wiele poradni oferuje grupy wsparcia, grupy samopomocowe, warsztaty zapobiegania nawrotom, warsztaty zarządzania czasem, rzadziej pomoc w znalezieniu pracy czy podniesieniu kwalifikacji zawodowych. Bardzo popularne są mityngi grup Ano-

nimowych Narkomanów, z których korzysta wiele setek uczestników. Mieszkania readaptacyjne (treningowe) to forma bardziej ekskluzywna, na ogół znacznie słabiej dostępna niż hostele. Istotnym elementem programów reintegracyjnych jest pomoc w sprawach, które z różnych powodów nie mogły być załatwione w czasie pobytu w ośrodku stacjonarnym, jak np. trudne sprawy prawne czy uzyskanie leczenia przewlekłych chorób (np. HCV). W przypadku innych grup niż osoby po ukończonym leczeniu w ośrodkach rehabilitacji mamy do czynienia z już znacznym deficytem skierowanych do nich programów readaptacyjnych. Ten deficyt mocno odbija się np. na jakości leczenia substytucyjnego, które z racji zajmowania się głównie osobami długotrwałe wykluczonymi społecznie, bardzo potrzebuje współpracy z placówkami oferującymi przedmiotowe wsparcie. Co do osób utrzymujących abstynencję narkotykową, osób samotnych i niepełnosprawnych celem wsparcia powinno być przede wszystkim zabezpieczenie ich podstawowych potrzeb, codziennej obsługi i stabilnej opieki zdrowotnej. Pomoc powinna być dopasowana do stopnia niepełnosprawności, np. świadczona przez pracownika środowiskowego w domu lub stacjonarnie przez personel placówek opiekuńczych. Co do pacjentów bezdomnych, niepełnosprawnych, ale samoobsługujących się należy im zapewnić miejsce w całodobowych placówkach opiekuńczych, a docelowo mieszkania socjalne. Miejsc w placówkach opiekuńczych poza największymi miastami jest wiele, ale placówki otwarte na klienta uzależnionego od narkotyków są rzadkością, korzystają z nich w praktyce tylko pojedyncze osoby, często ukrywające swój „narkotykowy” status, nawet wtedy, gdy z powodzeniem uczestniczą w terapii. Program terapii substytucyjnej oferuje na ogół również pewne wsparcie w zakresie readaptacji społecznej (doradztwo i działania asystenckie), jednak poziom tego wsparcia jest bardzo zróżnicowany, a działania uznaniowe. W przypadku osób długotrwałe wykluczonych społecznie i bezdomnych działania asystenckie osłabia lub niweczy ogromny deficyt mieszkań socjalnych, programów opiekuńczych, programów hostelowych. Nie sprzyja readaptacji społecznej duże obłożenie wielu programów substytucyjnych, które podtrzymuje uzależnienie środowiskowe pacjenta. Wśród leczonych substytucyjnie bezdomnych są osoby, które realizują poprzez ośrodki pomocy społecznej indywidualne programy wychodzenia z bezdomności. Osoby te uzyskują prawo do mieszkań socjalnych, jednak czas oczekiwania

na przydział, to najczęściej wiele lat. Głównie dla tej grupy brakuje mieszkań treningowych, które pozwalałyby im opuścić schroniska i inne podobne placówki.

Najliczniejszą grupę potencjalnych odbiorców programów reintegracyjnych stanowią osoby, które czynnie używają narkotyków. Pomoc tej grupie zaliczana jest jednak najczęściej do kategorii „redukacja szkód”, rzadko zaś przypisywana jest do „reintegracji społecznej”.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cele pomocy i leczenia nie mogą ograniczać się do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako jedynego celu może utrudniać osiąganie innych ważnych celów<sup>3</sup>.

### Nakłady NFZ na opiekę hostelową

Wśród wszelkich możliwych form wsparcia i opieki zdrowotnej związanych z readaptacją społeczną NFZ finansuje tylko jedną – hostele postrehabilitacyjne.

Postrehabilitacja jest najlepiej rozwiniętym nurtem readaptacji społecznej, głównie z powodu selektywnego charakteru polskiego modelu pomocy, stawiającego na osoby młodsze i „rokujące”. Readaptacja społeczna jest niekiedy nazywana „najsłabszym ogniwem systemu”. Jak widzimy, tylko niewielka część województw posiada hostele zakontraktowane przez NFZ. Mazowsze, mimo że NFZ nie kontraktuje tam żadnej działalności hostelowej, udostępnia najwięcej miejsc hostelowych, podobnie Śląsk, gdzie NFZ finansuje tylko jeden spośród sześciu hosteli.

Brak kontraktowania przez NFZ hosteli nie oznacza, że płatnik nie partycypuje w kosztach ich działania i utrzymania. Często robi to nie wprost. Hostele działają niekiedy dzięki zakontraktowanym przez ośrodki stacjonarne świadczeniom rehabilitacyjnym. Pobyt w ośrodku podzielony jest wtedy na dwa etapy: rehabilitacyjny i postrehabilitacyjny, czyli hostelowy. Obydwa etapy finansowane są z tego samego kontraktu NFZ. Nie znamy skali tego zjawiska ani zaangażowania samorządu w działania hosteli.

**Tabela 3. Nakłady NFZ na hostele readaptacyjne w latach 2010–2019 (świadczenie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w tys.).**

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dolnośląski	348 928	325 576	358 320	408 968	413 440	450 936	427 336	447 104	498 848	428 944
Kujawsko-Pomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuski	1 047 425	1 007 404	1 021 644	995 221	925 189	1 003 392	1 048 055	929 378	991 341	1 117 046
Łódzki	986 272	936 028	939 304	1 009 797	1 009 797	1 289 156	1 125 868	1 335 425	1 324 193	1 325 718
Małopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mazowiecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolski	87 546	83 038	77 896	94 569	94 829	98 970	100 381	145 793	182 003	98 610
Podkarpacki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorski	-	-	-	-	-	-	49 028	308 179	298 340	448 104
Śląski	-	-	-	-	-	-	-	12 114	157 226	124 459
Świętokrzyski	-	261 128	436 168	452 208	430 152	537 792	492 080	448 084	423 377	474 393
Warmińsko-Mazurski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachodniopomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Suma końcowa</b>	<b>2 470 170</b>	<b>2 613 173</b>	<b>2 833 332</b>	<b>2 960 762</b>	<b>2 873 407</b>	<b>3 380 246</b>	<b>3 242 748</b>	<b>3 626 076</b>	<b>3 875 327</b>	<b>4 017 277</b>

Źródło: NFZ.

W sprawozdaniu KBPN z 2015 roku znajdujemy komentarz do problemu niskiego zaangażowania środków finansowych NFZ w świadczenia hostelowe, wskazujący na obowiązek zabezpieczenia równego dostępu do tego świadczenia: „świadczenie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelach znajduje się w katalogu świadczeń gwarantowanych, a obowiązek ogłoszania konkursu na te świadczenia wynika z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności z art. 6 określającego zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz art. 65 wskazującego, że ubezpieczenie zdrowotne oparte jest na zasadzie zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”.

Niewielkie zaangażowanie środków finansowych NFZ w działalność hosteli to nie jedyny problem postrehabilitacji. Każdy, kto przyjrzy się adresom hosteli w informatorach KBPN (informator „Gdzie szukać pomocy?”), zobaczy, że ok. 1/3 hosteli readaptacyjnych położona jest nie tylko w mniejszych miejscowościach (poniżej 50 tys. mieszkańców), ale też w miejscowościach znacznie oddalonych od większych miast i rynku pracy.

Jak już wspomniano, pozamiejskie położenie hostelu to poważna wada dla programu postrehabilitacyjnego, z którego korzystają przecież ludzie młodzi lub bardzo młodzi. Osoby przed 30. rokiem życia stanowią więcej niż 2/3 pacjentów ośrodków rehabilitacji. Wada ta jest natomiast mniej istotna w przypadku działań opiekuńczych nad osobami niepracującymi, niepełnosprawnymi czy starszymi. Problemem też bywa – nie tak rzadko – ekskluzywność opieki hostelowej. Polega ona na tym, że placówka obsługuje tylko jedną organizację pozarządową czy wybrany ośrodek rehabilitacji. Taka ekskluzywność skutkuje niewykorzystaniem pełnego potencjału danego miejsca i generuje wysokie koszty działalności.

## **Wnioski**

Tempo wzrostu nakładów NFZ na readaptację społeczną i jej wsparcie tylko dla jednego fragmentu działań to zjawisko mocno osłabiające skuteczność systemu pomocy. Nadzieja jednak jest i kierowana bywa do samorządów największych metropolii. Rekomendacje przekazywane miastu st. Warszawa przez stołeczne organizacje społeczne bardzo często dotyczą deficytów

**Tabela 4. Liczba hosteli readaptacyjnych i miejsc w tych hostelach.**

Hostele readaptacyjne (postrehabilitacyjne)	Liczba hosteli w 2015 roku	Liczba miejsc w hostelach w 2015 roku	Liczba hosteli w 2017 roku	Liczba miejsc w hostelach w 2017 roku
woj. dolnośląskie	4	36	4	36
woj. kujawsko-pomorskie	1	8	1	7
woj. lubelskie	0	0	0	0
woj. lubuskie	3	52	4	52
woj. łódzkie	1	36	1	60
woj. małopolskie	1	30	1	30
woj. mazowieckie	4	115	7	114
woj. opolskie	0	0	0	0
woj. podkarpackie	1	8	0	0
woj. podlaskie	0	0	0	0
woj. pomorskie	2	30	2	33
woj. śląskie	6	62	6	77
woj. świętokrzyskie	3	33	2	23
woj. warmińsko-mazurskie	1	3	1	3
woj. wielkopolskie	2	20	2	12
woj. zachodniopomorskie	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>403</b>	<b>31</b>	<b>447</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informatorów KBPN „Gdzie szukać pomocy?” 2015 i 2017 rok.

przedmiotowego obszaru. W 2015 roku zostały przedstawione np. wnioski dotyczące organizacji placówek opiekuńczych i interwencyjnych. „Organizująca się miejska placówka opiekuńcza, powinna z góry zakładać dość ograniczoną liczbę miejsc noclegowych (do najwyżej kilkunastu łóżek). Należy wziąć pod uwagę, że zwykle z tych miejsc będzie korzystać klient trudny, należący do grupy pozostającej przez dłuższy czas w sytuacji wykluczenia, osoba usuwana karnie z innych programów pomocowych, wymagająca intensywniejszego wsparcia niż przeciętny pacjent systemu. Praca z niewielką grupą będzie znacznie efektywniejsza i dla wszystkich bardziej komfortowa.

Niewielka liczba miejsc (...) redukuje niebezpieczeństwo powstawania konfliktów z otoczeniem placówki (...), małe hostele mogą prawdopodobnie funkcjonować w obrębie gęsto zaludnionych dzielnic mieszkaniowych, nie zakłócając porządku ani niczyjego bezpieczeństwa. Najdalej idące sankcje za wykroczenia przeciw regulaminowi i kontraktowi, głównie dotyczące (...) łamania zasad abstynencji, nie powinny wykraczać poza czasowe skreślenie z listy podopiecznych. Warunkiem ponownego przyjęcia powinno być przejście przez klienta detoksycacji czy ukończenie krótkoterminowego programu korekcyjnego. Takich programów brakuje, ale być może jest to kolejna duża przestrzeń do zagospodarowania przez bardziej elastyczne ośrodki rehabilitacji czy programy wychodzenia z bezdomności. Kontrolę nad placówką opiekuńczą powinien sprawować personel blisko położonej placówki leczniczej, najlepiej ambulatoryjnej. Poradnia zabezpieczyłaby też zaplecze terapeutyczne, pomoc lekarza i pracownika socjalnego. Istotne jest, by proponowana forma pomocy była finansowana przez samorząd, ponieważ klient może wtedy korzystać dodatkowo z programów leczniczych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, np. z programu leczenia substytucyjnego czy oddziału dziennego”<sup>4</sup>.

Od 2012 roku efektem corocznych ogólnopolskich konferencji narkotykowych są dyskusje, gdzie formułowane są postulaty wzmacniania niektórych fragmentów systemu leczenia, w tym wzmacnienia lecznictwa ambulatoryjnego. Pojawia się też postulat poprawy dostępności programów reintegracji społecznej. Postulaty te dotyczą nie tylko postrehabilitacji, ale też zabezpieczenia wsparcia osobom zmarginalizowanym społecznie. Poradnie wydają się być dobrze przygo-

towane do realizacji zadania prowadzenia hosteli przeznaczonych dla różnych grup beneficjentów, od grup „nisko funkcjonujących klientów” po grupy osób, które skończyły terapię w ośrodkach i utrzymują abstynencję. Należy zwrócić tu uwagę, że obszar działań opiekuńczych jest obecnie polem działania programów redukcji szkód. Realizatorzy tych programów wydają się w zakresie działań opiekuńczych najlepiej przygotowani do obsługi ogrzewalni, punktów dziennego pobytu czy hosteli interwencyjnych.

Na kolejnych poziomach struktury serwisów integracji społecznej powinny pojawić się hostele i mieszkania readaptacyjne dla osób leczonych substytucyjnie i utrzymujących abstynencję (od nieprzepisanych przez lekarza substancji), oraz hostele i mieszkania readaptacyjne o charakterze postrehabilitacyjnym.

W przypadku osób objętych leczeniem uzależnienia i uczestniczących efektywnie w programach wychodzenia z bezdomności, zarazem osób oczekujących na przydział mieszkań socjalnych, dobrym rozwiązaniem wydaje się niewielkie, comiesięczne wsparcie finansowe, pozwalające na korzystanie z komercyjnych miejsc lokatorskich (mieszkania prywatne, hotele robotnicze, w przypadku kobiet hotele dla pielęgniarek itp.). „Słabość działań sprzyjających reintegracji społecznej ma związek z ogólną słabością systemu opieki społecznej w Polsce. Od wielu lat Krajowe Biuro postuluje większe zaangażowanie tego sektora w pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzin – jak do tej pory z miernym rezultatem. Wydaje się, że jest to obszar, w którego rozwój powinien w większym zakresie włączyć się także samorząd lokalny. Mieszkania readaptacyjne, hostele, noclegownie mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty. Warto pamiętać, że brak troski o zwiększenie dostępu do interwencji sprzyjających reintegracji społecznej, to często zaprzepaszczenie wysokich nakładów na leczenie i spychanie osób uzależnionych na margines życia społecznego”<sup>5</sup>.

## Przypisy

<sup>1</sup> Z. Mielecka-Kubień, „Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

<sup>2</sup> Sumnall H., Brotherhood A., „Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment”, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2012.

- <sup>3</sup> Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS, 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004.
- <sup>4</sup> Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014-2015. Warszawa 2015.
- <sup>5</sup> B. Bukowska, „Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ognisko”, Świat Problemów, 1/2015.

## Bibliografia

- Charmast J., „Reintegracja społeczna osób używających narkotyków. Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii. Praca zbiorowa”, KBPN, Fundacja Praesterno. Warszawa 2018.
- Charmast J., „Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012–2013”, [www.jump93.pl](http://www.jump93.pl).
- Jabłoński P., Malczewski A., „Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie”, KBPN, Warszawa 2014.

Malczewski A., „Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 roku”, Serwis Informacyjny Narkomania 2/2013.

Rachowska E., „Społeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów”, KBPN, Warszawa 2012.

Sierosławski J., „Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniecyjnych użytkowników narkotyków”, Serwis Informacyjny Uzależnienia 3/2017.

Zygadło M., „Osoby starsze uzależnione od narkotyków i struktura opieki”, [www.narkomania.org.pl/czytelnia](http://www.narkomania.org.pl/czytelnia).

Materiały pokonferencyjne Fundacji Res Humanae, II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki-Narkomania – Konstancin 2014.

---

*W literaturze dostępne są różne statystyki dotyczące rozpoznania występowania problemów związanych z używaniem narkotyków i/lub alkoholu wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności wśród chorych na schizofrenię. Zgodnie z niektórymi źródłami rozpoznanie występowania uzależnienia w populacji ogólnej wynosi 17%, natomiast w wybranych grupach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zjawisko to może sięgać do 65%.*

# CHARAKTERYSTYKA PACJENTÓW Z „PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ”<sup>1</sup>

*Marta Struzik-Zając, Jacek Chałubiński*

*Centrum Leczenia Uzależnień*

*Górnośląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach*

## Wprowadzenie

Współzachorowalność to termin definiowany jako występowanie dwóch lub więcej stanów chorobowych pojawiających się w tym samym czasie albo mających ścisły związek z tą samą jednostką (ECCAS 2006). Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ten termin jako „współwystępujące u tej samej osoby zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych i inne zaburzenia psychiczne” (EMCDDA, 2004). Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępcości (UNODC) określa osobę z „podwójną diagnozą” jako „osobę ze zdiagnozowanym problemem związanym z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków w połączeniu z inną diagnozą, zwykle psychiatryczną, np. zaburzeniami nastroju, schizofrenią” (EMCDDA, 2004). Najczęściej pojęcie to dotyczy obecności problemów psychologicznych/psychiatrycznych w połączeniu

z używaniem lub nadużywaniem różnych substancji psychoaktywnych (ECCAS, 2006). Od lat 80. temat ten w coraz większym stopniu stawał się przedmiotem zainteresowania naukowców zajmujących się sprawami zdrowia oraz praktyków i decydentów (ECCAS, 2006). Postępująca deinstrytucjalizacja i rozwój psychiatrii środowiskowej, pomimo niezaprzeczalnych korzyści i wzrostu poziomu życia u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, skutkowała nowymi okolicznościami, takimi jak np. bezrobocie (Lauber i in., 2004 ; Couture i in., 2006). Dodatkowo duża dostępność napojów alkoholowych i narkotyków doprowadziła do tego, że zaburzenia związane z nadużywaniem substancji okazały się być jednym z największych wyzwań współczesnej psychiatrii (Dixon, 1999).

Współistnienie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń psychicznych, zwane także „podwójną diagnozą”, to pojęcie

odwołujące się zatem do współwystępowania uzależnienia od substancji i innych zaburzeń psychicznych lub współistnienia więcej niż jednego zaburzenia psychicznego u tego samego pacjenta (EMCDDA, 2004). Osoby z „podwójną diagnozą” doświadczają poważniejszych objawów zaburzeń psychicznych, są częściej hospitalizowane i w większym stopniu ujawniają trudności psychospołeczne (EMCDDA, 2015). Prowadzi to finalnie do większych kosztów społecznych w zakresie opieki zdrowotnej, socjalnej czy też konsekwencji prawnych. Podkreśla się również, że pacjenci z „podwójną diagnozą” mogą mieć bardziej niekorzystne rokowania (ECCAS, 2006).

Istnieją różne koncepcje dotyczące etiologii współzachorowalności. Krausz (EMCDDA, 2004) proponuje cztery kategorie „podwójnej diagnozy”:

- pierwotne zaburzenie psychiczne z późniejszym nadużywaniem substancji psychoaktywnych mającym szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne,
- pierwotne uzależnienie od substancji prowadzące do zaburzeń psychicznych,
- jednocześnie występujące zaburzenia psychiczne i zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych,
- nadużywanie substancji i zaburzenia nastroju wynikające z doświadczenia traumy, np. zespół stresu pourazowego.

Teoria Morela (EMCDDA, 2004) odróżnia niespecyficzne zaburzenia psychiczne u osób uzależnionych od narkotyków od konsekwencji zdrowotnych ściśle związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Narodowy Instytut ds. Uzależnienia od Narkotyków w Stanach Zjednoczonych (NIDA) przedstawia trzy scenariusze współzachorowalności:

- nadużywanie narkotyków może wywołać objawy choroby psychicznej,
- choroba psychiczna może prowadzić do nadużywania substancji psychoaktywnych, np. jako forma samoleczenia się chorego,
- zarówno zaburzenia związane z używaniem narkotyków, jak też zaburzenia zdrowia psychicznego mogą być spowodowane innymi czynnikami, takimi jak np. zespoły organiczne, obciążenia genetyczne, przebyta trauma.

Kathleen Sciacca dokonała podziału pacjentów z „podwójną diagnozą”, wyróżniając cztery ich typy (Szlapa-Zalewska i in., 2005):

- pacjenci z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniem od substancji,
- osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych z zaburzeniami osobowości,
- osoby uzależnione z objawami psychicznymi wywołanymi przez narkotyki, np. halucynacje, depresja,
- uzależnienie od substancji, choroba psychiczna i zespoły organiczne w różnych kombinacjach.

W literaturze dostępne są różne statystyki dotyczące rozpowszechnienia występowania problemów związanych z używaniem narkotyków i/lub alkoholu wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności wśród chorych na schizofrenię. Zgodnie z niektórymi źródłami rozpowszechnienie występowania uzależnień w populacji ogólnej wynosi 17%, natomiast w wybranych grupach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zjawisko to może sięgać do 65% (Meder i in., 2006). W badaniach w populacji Duńczyków „podwójną diagnozę” odnotowano wśród: 46,4% pacjentów z zaburzeniami osobowości, 36,6% osób chorujących na schizofrenię, 34,9% pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegowymi i 31,9% osób z rozpoznaną depresją. Zaburzenie psychiczne współistniało najczęściej z problemami wynikającymi z używania alkoholu (Toftdahl i in., 2016).

W innych źródłach rozpowszechnienie występowania „podwójnej diagnozy” wśród pacjentów chorujących na schizofrenię wynosi od 10% do nawet 70% (Mueser i in., 1990). Tak duże różbieżności w wynikach badań mogą być związane ze zróżnicowanymi populacjami badawczymi, różnymi podejściami i praktykami klinicznymi w zakresie diagnozowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz socio-demograficznym profilem badanych grup.

Fragmentaryczne i rozłączne podejście do leczenia zaburzeń psychicznych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych może prowadzić do licznych trudności w terapii i diagnostyce (Dixon, 1999). Wielu autorów jest zgodnych, że niesatisfakcyjne rezultaty leczenia uzależnienia od narkotyków są zwykle spowodowane zbyt dużym koncentrowaniem się na jednej diagnozie, podczas gdy zaniedbuje się drugą (Meder i in., 2006). Pacjenci z „podwójną diagnozą” powinni być leczeni w specjalistycznych ośrodkach terapeutycznych, przez wykwalifikowany personel, będący w stanie zająć się jednocześnie dwoma problemami (Błachut, 2013). Jednymi z takich placówek są zmodyfikowane społecz-

ności terapeutyczne dla osób z „podwójną diagnozą” (de Leon, 1993).

Nie istnieje zbyt wiele danych w literaturze dotyczących profilu socjodemograficznego pacjentów z „podwójną diagnozą”. Większość doniesień naukowych koncentruje się na rozpowszechnieniu „podwójnej diagnozy” (Wright i in., 2000; Carra i in., 2012; Toftdahl i in., 2016), skuteczności różnych metod leczenia (Drake and Brunette, 1998; Drake i in., 1998, Meder i in., 2006; Beer and McMurrey, 2013; McGovern i in., 2014) oraz na wpływie drugiej diagnozy na stan pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (Yakovenko i in., 2016). Analizy te jednakże rzadko dostarczają bardziej pogłębionych informacji na temat badanych pacjentów i często dotyczą bardzo wąskich grup (Miles i in., 2003, Walsh i in., 2014). W związku z powyższym głównym celem naszego badania było uzyskanie danych na temat profilu socjodemograficznego pacjentów z „podwójną diagnozą”. Informacje z tego zakresu mogą być w naszej opinii użyteczne do prowadzenia dalszych badań, a tym samym do jak najtrafniejszego dostosowywania interwencji terapeutycznych do potrzeb pacjenta.

## Materiały i metody

Projekt został zrealizowany przez Centrum Leczenia Uzależnień Górnouśląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach we współpracy ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach (Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej). Badanie przeprowadzono wśród pacjentów leczonych w Centrum Leczenia Uzależnień Górnouśląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach. Program Centrum oparty jest na zmodyfikowanej społeczności terapeutycznej, a rehabilitacja trwa maksymalnie rok. Grupa badawcza składała się z 9 kobiet i 91 mężczyzn (n=100), średni wiek pacjentów wyniósł 29,7 lat (95% CI: 28,5-31 lat, min/max wartość: 20/48 lat), wszyscy pacjenci mieli zdiagnozowane podwójne rozpoznanie. Większość badanych (81%) leczona była z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych (F19.2). 12% badanych z tej grupy (10% całej grupy badawczej) miało dodatkowo diagnozę zaburzeń nawyków i popędów (F63). Do „Familii” pacjenci kierowani są zwykle z oddziałów szpitali psychiatrycznych, poradni zdrowia psychicznego i/lub poradni leczenia uzależnień, a ich stan psychiczny jest względnie stabilny. Wszyscy

uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu i zostali poinformowani o możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania, które będą dla nich nie do zaakceptowania.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 75 pytań podzielonych na następujące obszary: dane socjodemograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, status zamieszkania, aktywność zawodowa), używanie substancji psychoaktywnych (rodzaj substancji, częstotliwość używania, sposób używania, wiek rozpoczęcia używania, wiek rozpoczęcia regularnego używania substancji), historia leczenia odwykowego, historia leczenia psychiatrycznego, nałogi behawioralne, sytuacja prawna, rodzinna i zdrowotna oraz motywacja do leczenia.

Uczestników badania kwalifikowano podczas zebrania klinicznego zespołu terapeutycznego Centrum po dokonaniu analizy stanu psychicznego i stopnia dostosowania w społeczności terapeutycznej. Zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego. Kwestionariusz był wypełniany przez terapeutę prowadzącego w trakcie spotkania/wywiadu z pacjentem. Badanie prowadzone było od maja 2016 roku do marca 2017 roku, z pilotażem prowadzonym w marcu 2016 roku.

## Wyniki

Kwestionariusz badawczy zawierał cztery podstawowe pytania dotyczące statusu socjodemograficznego:

- stan cywilny z sześcioma możliwościami odpowiedzi (kawaler/panna, żonaty/zamężna, rozwiedziony/na, wdowiec/wdowa, w związku nieformalnym, inne),
- status zamieszkania z pięcioma możliwymi odpowiedziami (stałe miejsce zamieszkania, niestałe miejsce zamieszkania, bezdomny, zamieszkuje w instytucji, inne),
- z kim mieszka – osiem odpowiedzi (sam, rodzina pochodzenia, mąż/żona, partner/partnerka, znajomi, instytucja, bezdomny, inne),
- miejsce zamieszkania z trzema możliwymi odpowiedziami (miasto, wieś, inne).

Biorąc pod uwagę powyższe zmienne możliwych było ponad 720 kombinacji odpowiedzi. Pomimo to wyniki wskazały, że 66% badanych stanowiło dość jednolitą grupę, tj. było kawalerami/pannami ze stałym miejscem zamieszkania, żyjącymi w rodzinie pochodzenia, w mieście lub na wsi. Pozostałe 34% prezentowało

bardziej różnorodne profile (1-4%), z najwyższym odsetkiem jako „kawaler/panna ze stałym miejscem zamieszkania, mieszkający sam w mieście” (4%). 45% wszystkich badanych miało wykształcenie średnie, a 9% wykształcenie wyższe (magisterium lub licencjat) (tabela 1).

Łącznie ponad 60% badanych potwierdziło, że podstawowym źródłem dochodu jest dla nich renta (37%) lub pozostają oni na utrzymaniu rodziny (30%). W kolejności pacjenci wskazywali świadczenia pomocy społecznej (12%) i pracę etatową (10%).

W badanej grupie średnia liczba miejsc pracy przed przyjęciem do „Familii” wyniosła 6,65 (95%CI: 5,18-8,12)<sup>2</sup> wśród mężczyzn i 7,77 (95%CI: 0,78-14,76) wśród kobiet. Średni okres najdłuższego zatrudnienia w jednej pracy wynosił odpowiednio 27,97 miesięcy (95%CI: 20,2-35,6) dla badanych mężczyzn i 28 miesięcy (95%CI: 5,67-50,32) dla kobiet. Oznaczono statystycznie istotną korelację (słaby związek) między średnią liczbą miejsc pracy i okresem najdłuższego zatrudnienia ( $r=-0,2$ ;  $p<0,05$ ). Liczba miejsc pracy badanych korelowała również z najdłuższym okresem (w miesiącach) ambulatoryjnego i stacjonarnego leczenia uzależnienia ( $r=0,21$  i  $r=0,32$   $p<0,05$ ), jak również z liczbą używanych substancji ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ). Nie zaobserwowano związku pomiędzy liczbą miejsc pracy i podejmowaniem leczenia w poradni zdrowia psychicznego.

Badani pacjenci używali średnio 6,91 różnych substancji psychoaktywnych (95%CI: 6,45-7,36). 91-98% przynajmniej raz próbowało marihuanę, amfetaminy i alkohol. 86% badanych przyjmowało haszysz, 78% nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”), 62% ecstasy, 45% metamfetaminę i 42% grzyby halucynogenne. Kokaina była używana przez 39% pacjentów (wykres 2).

Średni wiek pierwszego użycia narkotyków i alkoholu wyniósł 20,4 lat (95%CI: 14,9-25,8). Najniższy wiek dotyczył spożycia alkoholu (wykres 3). W przypadku piwa było to 13,98 lat (95%CI: 13,3-14,6), wina 14,78 lat (95%CI: 14,1-15,5) i wódki 14,88 lat (95%CI: 14,1-15,5). Najwyższy średni wiek rozpoczęcia używania nowych substancji psychoaktywnych, 25,2 lat (95%CI: 19,7-25,9). W przypadku marihuany wiek rozpoczęcia używania to średnio 15,8 lat (95%CI: 15,1-16,4), a amfetaminy 18,7 lat (95%CI: 17,7-19,7).

55% badanych pacjentów było karanych, w większości w związku z kradzieżami (21%). Wyroki dotyczyły

ponadto takich przestępstw, jak napady, pobicia, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, posiadanie nielegalnych substancji, vandalizm czy krzywoprzysięstwo. 57% badanych było zadłużonych. Długi zwykle wynikały z zaciągniętych kredytów (63%; n=36) i nieplaconych grzywien (33%; n=19).

Analizując sytuację rodzinną badanych, 63% pacjentów pochodziło z rodzin, w których występował problem uzależnienia od alkoholu (zwykle dotyczył ojca – 40% przypadków). Fakt ten jednak nie wpływał na substancje używane przez tych pacjentów (U Mann-Whitney test;  $p=0,33$ ) w porównaniu do reszty badanej grupy. W rodzinach 18% pacjentów występowało uzależnienie od narkotyków i ta grupa przyjmowała statystycznie więcej różnych rodzajów substancji (7,27 [95%CI: 6,37-8,17] vs 6,82 [95%CI: 6,3-7,35] – U Mann-Whitney test;  $p=0,02$ ). 31% badanych potwierdzało zaburzenia psychiczne u członków rodziny.

Głównym powodem podjęcia leczenia dla 69% badanych było postępujące pogarszanie się zdrowia psychicznego. Na drugim miejscu odnotowano nacisk rodziny (64%), następnie sytuację socjalną (11%), sytuację prawną (9%), problemy ze zdrowiem somatycznym (8%) oraz motywowanie przez przyjaciół (7%).

95% badanych planuje po zakończeniu leczenia podjąć pracę, a 70% deklaruje chęć podwyższenia kwalifikacji zawodowych poprzez szkolenia lub kontynuację edukacji. 83% pacjentów oczekuje poprawy stanu zdrowia psychicznego, 63% stanu zdrowia somatycznego, 75% planuje poprawę relacji z członkami rodziny, a 50% zamierza założyć swoją rodzinę.

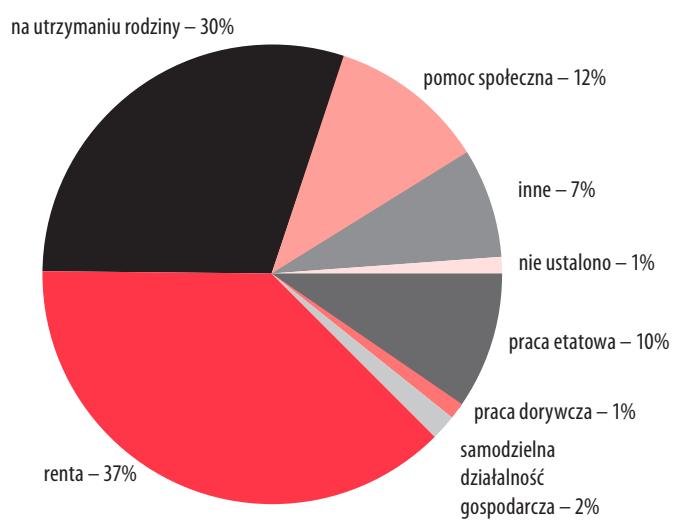
**Tabela 1. Wykształcenie badanych (liczba pacjentów).**

Poziom wykształcenia	Liczba
Podstawowe	7
Gimnazjalne	17
Zawodowe	18
Średnie zawodowe	5
Średnie zawodowe z maturą	9
Średnie ogólne	16
Średnie ogólne z maturą	15
Wyższe licencjackie	4
Wyższe magisterskie	5
Inne	4

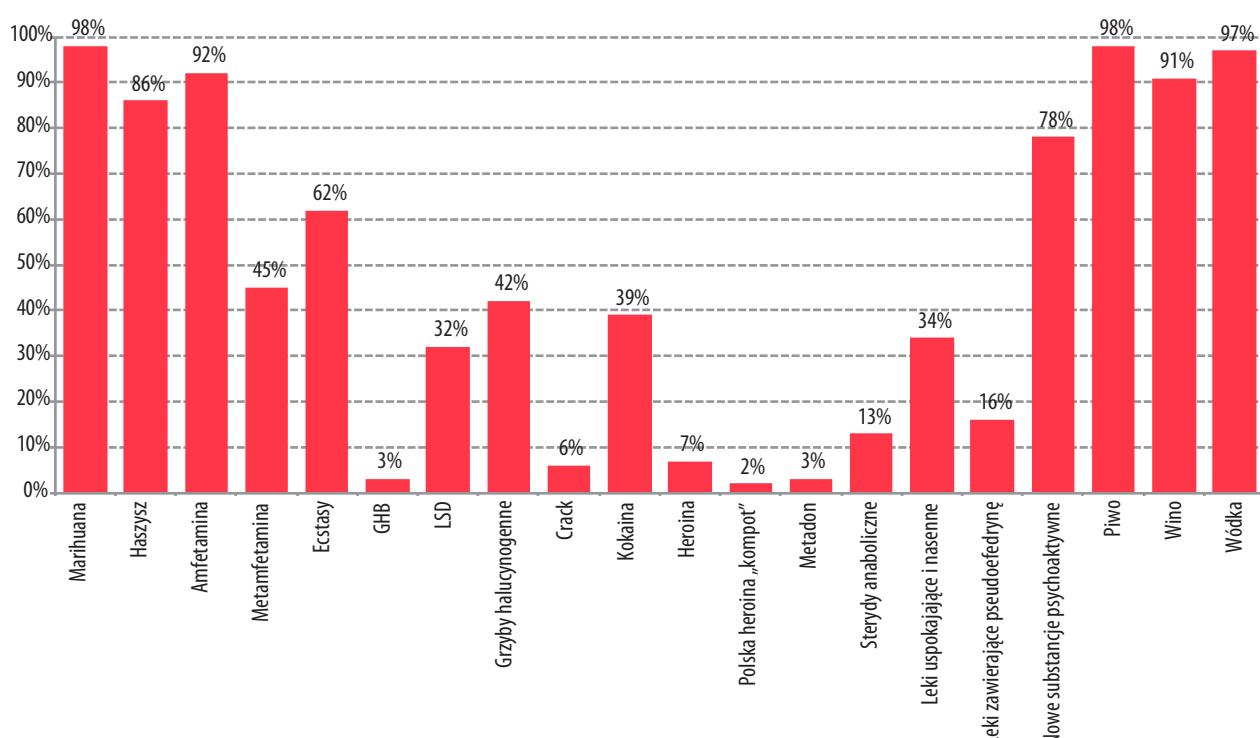
## Dyskusja i wnioski

Wyniki niniejszych badań wskazały, że większość pacjentów podejmujących terapię w Centrum „Familia” to mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych. Średni wiek

**Wykres 1. Źródło utrzymania osób badanych (odsetek pacjentów).**



**Wykres 2. Używanie substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w życiu (odsetek badanych).**



badanych był niższy niż w większości badań w literaturze dotyczących osób z „podwójną diagnozą” i wyniósł 30 lat.

Badania potwierdziły, że pacjenci z „podwójną diagnozą” zwykle zamieszkiwali z rodziną. Co trzeci badany pozostawał na utrzymaniu rodziny, co może wskazywać, że zaburzenie psychiczne stanowi swego rodzaju przeszkodę przed opuszczeniem domu rodzinnego czy założeniem rodziny. Z drugiej strony rodziny pacjentów były prawdopodobnie zaangażowane w leczenie bliskiego w rodzinie (dziecka, męża/zony itp.) w związku z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. Tym samym sytuacja osoby z „podwójną diagnozą” wpływa znacząco na środowisko rodzinne. Kontekst rodzinny potwierdza również deklarowana przez badanych motywacja do leczenia, albowiem zaraz po głównym powodzie podjęcia terapii, jakim jest pogarszające się zdrowie psychiczne, na drugim miejscu pozostaje presja rodziny. Warto zaznaczyć, że jednocześnie ponad połowa pacjentów pochodziła z rodzin, w których występuje problemem alkoholowy. Co piąty badany potwierdzał uzależnienie od narkotyków u członka rodziny, a co trzeci – zdiagnozowane

zaburzenie psychiczne. Mając powyższe na uwadze, istotna wydaje się rekomendacja, aby konsultacjami obejmować rodziny pacjentów, edukować je, a także włączać je, w razie potrzeby, w proces terapii pacjenta. Nabiera to szczególnego znaczenia, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że pacjenci podejmujący leczenie zgłaszają poprawę stanu zdrowia psychicznego i relacji rodzinnych jako główne cele i oczekiwania wobec terapii. Badani używali różnych substancji psychoaktywnych, ale najbardziej popularne środki to marihuana, amfetamina i napoje alkoholowe. Wzór używania substancji psychoaktywnych różnił się, a różnorodność przyjmowanych środków może wynikać z chęci poprawy stanu zdrowia psychicznego. Najwcześniej, jeśli chodzi o wiek inicjacji, badani sięgali po alkohol, a niedługo potem podejmowali pierwsze próby używania marihuany. Pierwszy kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi następował zwykle najpóźniej. Jest to najpewniej związane z pojawiением się tych środków na rynku dopiero w ostatnich latach oraz ich rosnącą popularnością w tym okresie.

Blisko połowa pacjentów była karana. Większość pacjentów posiadała wykształcenie średnie, zawodowe i gimnazjalne. Co trzeci badany pobierał świadczenia rentowe i również co trzeci pozostawał na utrzymaniu

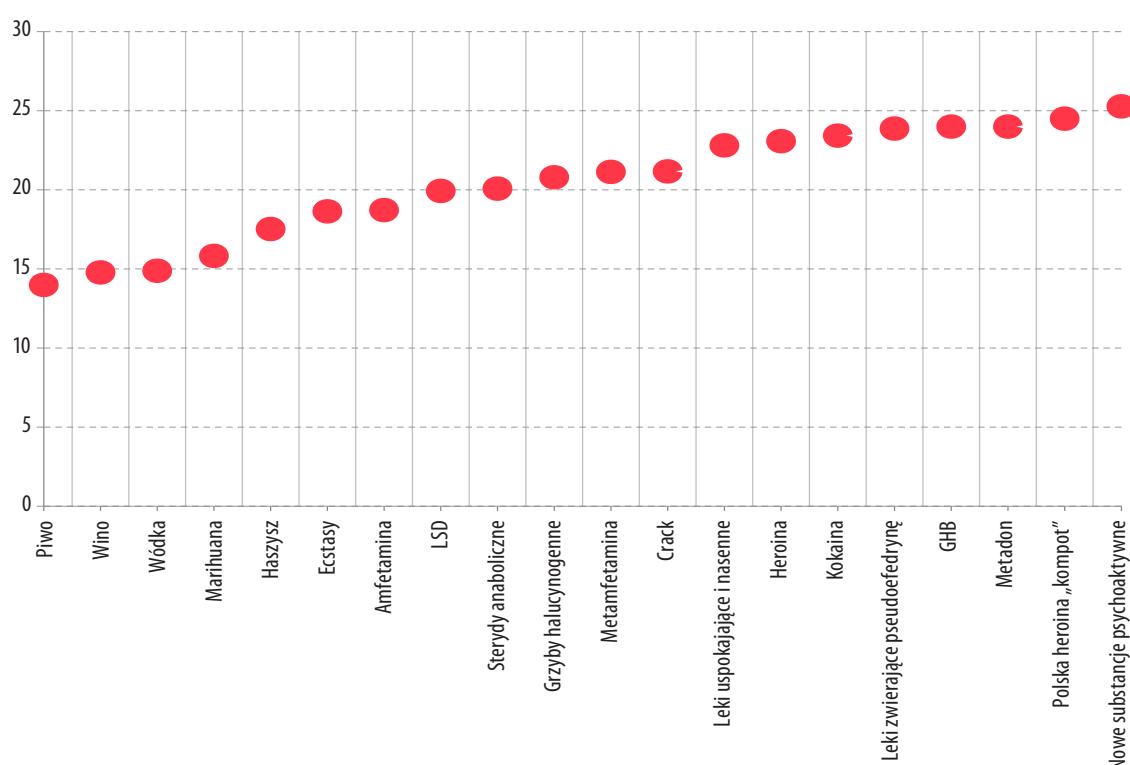
rodziny. Warto zaznaczyć, że średnia liczba miejsc pracy zaliczonych przez badanych przed rozpoczęciem leczenia wyniosła około 7. Wskazywać to może na trudności w utrzymaniu jednego, stałego miejsca zatrudnienia. Jednocześnie wyniki badania potwierdziły, że zdecydowana większość pacjentów planuje po ukończeniu terapii podjęcie pracy oraz dalsze doskształcanie się. Szansą zatem wydaje się włączanie w programy rehabilitacyjne oferty związanej z readaptacją społeczną i aktywizacją zawodową pacjentów z „podwójną diagnozą”.

### Przypisy

- 1 Analiza i tłumaczenie z: Marta Struzik, Krzysztof M. Wilczyński, Jacek Chałubiński, Elżbieta Mazgaj, Krzysztof Krysta „Comorbidity of substance use and mental disorders”, conference paper, Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, Suppl. 3, pp 623–628, Zagreb, Croatia.
- 2 Niniejszy zapis dotyczy przedziału ufności, czyli zakresu, w którym z 95-procentowym prawdopodobieństwem znajduje się faktyczna średnia z populacji ogólnej. Oznacza to tym samym, że wartość 6,65 to średni wynik uzyskany w grupie osób badanych, natomiast średnia wśród wszystkich osób z „podwójną diagnozą” w Polsce z 95-procentowym prawdopodobieństwem mieści się pomiędzy 5,18 a 8,12. Tak zapisane zakresy danych należy czytać w powyższy sposób.

*Bibliografia dostępna u autorów.*

**Wykres 3. Średni wiek rozpoczęcia używania poszczególnych substancji psychoaktywnych przez pacjentów.**



*W badaniach EU Kids Online z 2018 roku tylko 28% nastolatków zadeklarowało, że nie zetknęło się z treściami określonymi jako szkodliwe. Natomiast prawie połowa badanych miała kontakt z brutalnymi, pełnymi przemocy obrazami, hejtem i mową nienawiści, materiałami przedstawiającymi doświadczenia z używaniem narkotyków, stronami promującymi niezdrowy styl życia lub zachowania autodestrukcyjne.*

# POKOLENIE SIECI. OBRAZ WSPÓŁCZESNYCH POLSKICH NASTOLATKÓW I JEGO IMPLIKACJE DLA PROFILAKTYKI

*Anna Borkowska*

*NASK Państwowy Instytut Badawczy*

Pokolenie urodzone po 2000 roku nie zna świata bez internetu. Funkcjonuje zanurzone w cyfrowej technologii, realizując swoje aktywności równolegle w dwóch światach: online i offline, które wzajemnie się przenikają i traktowane są przez młodych ludzi jako równoważne. Podział na świat realny i wirtualny jest mocno zaznaczony tylko w świecie dorosłych. W przypadku dzieci i nastolatków tego rozróżnienia już nie ma. Korzystanie z internetu jest nieodłączną częścią ich codziennego życia. W przestrzeni cyfrowej zdobywają wiedzę, szukają rozrywki, nawiązują i podtrzymują relacje interpersonalne, tworzą wirtualne społeczności. W sieci zaspokajają potrzeby psychiczne, realizują ważne zadania rozwojowe i zdobywają kluczowe doświadczenia społeczne.

## Generacja z technologią w DNA

Dzieci zaczynają samodzielnie korzystać z internetu i urządzeń cyfrowych w coraz młodszym wieku. Obecnie wiek inicjacji internetowej przypada średnio na 6.-7. rok życia, podczas gdy jeszcze dwa lata temu dzieci zaczynały korzystać z internetu w wieku ok. 9 lat (Bochenek, Lange, 2019). Wiele badań wskazuje, że znaczna grupa dzieci rozpoczyna przygodę z nowymi technologiami jeszcze wcześniej. Według raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę ponad 60% dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6,5 lat używa urządzeń mobilnych, takich jak tablet czy smartfon, w tym 25% z nich – co

dziennie. Co czwarte dziecko w tym wieku aktywnie korzysta z internetu, przeglądając strony internetowe lub wyszukując treści, np. filmiki bądź aplikacje (Bąk, 2016). Niestety, często bez nadzoru dorosłych – rodziców, opiekunów, nauczycieli.

Szczególnie intensywną aktywność w sieci wykazują nastolatki. Dzięki rozwojowi technologii mobilnej internet towarzyszy im stale – bez względu na miejsce i czas. Zdecydowana większość młodzieży w wieku 13-17 lat (96%), uczestniczącej w badaniach przeprowadzonych przez NASK w 2018 roku, zadeklarowała, że korzysta z internetu każdego dnia, z czego prawie 20% spędza w sieci więcej niż 6 godzin dziennie (Bochenek, Lange, 2019).

Młodzi ludzie spędzają coraz więcej czasu w sieci. W stosunku do poprzedniej edycji badań „Nastolatki 3.0” średni czas korzystania z internetu, głównie za pomocą smartfona, wzrósł z ok. 3 godzin 40 minut w 2016 roku do 4 godzin i 12 minut w roku 2018. Dominującym miejscem korzystania z internetu przez nastolatki nadal pozostaje dom rodzinny (wskazuje tak 95,4% respondentów), choć coraz popularniejsze staje się korzystanie z internetu także w szkole. Prawie 60% młodzieży używa sieci podczas podróży, komunikacji i transportu, np. w drodze do szkoły (Bochenek, Lange, 2019).

Nastolatki logują się do sieci najczęściej w godzinach popołudniowych i wieczornych, a blisko 8% uczniów korzysta z internetu w nocy, pozostając online nawet

do wczesnych godzin porannych. Co ciekawe, rodzice nie mają świadomości, jak długo ich dzieci korzystają z internetu i w jakich godzinach to robią. Tylko 1,8% rodziców, poproszonych o ocenę aktywności swoich dzieci w internecie, przyznało, że wie, iż ich dziecko korzysta z internetu po godzinie 22.00. Rodzice nie doszacowują także czasu korzystania z internetu przez młodzież – według nich przeciętnie jest to ok. 2,5 godziny na dobę, podczas gdy same nastolatki wskazują, że średnia ta wynosi ponad 4 godziny dziennie (Lange, 2019).

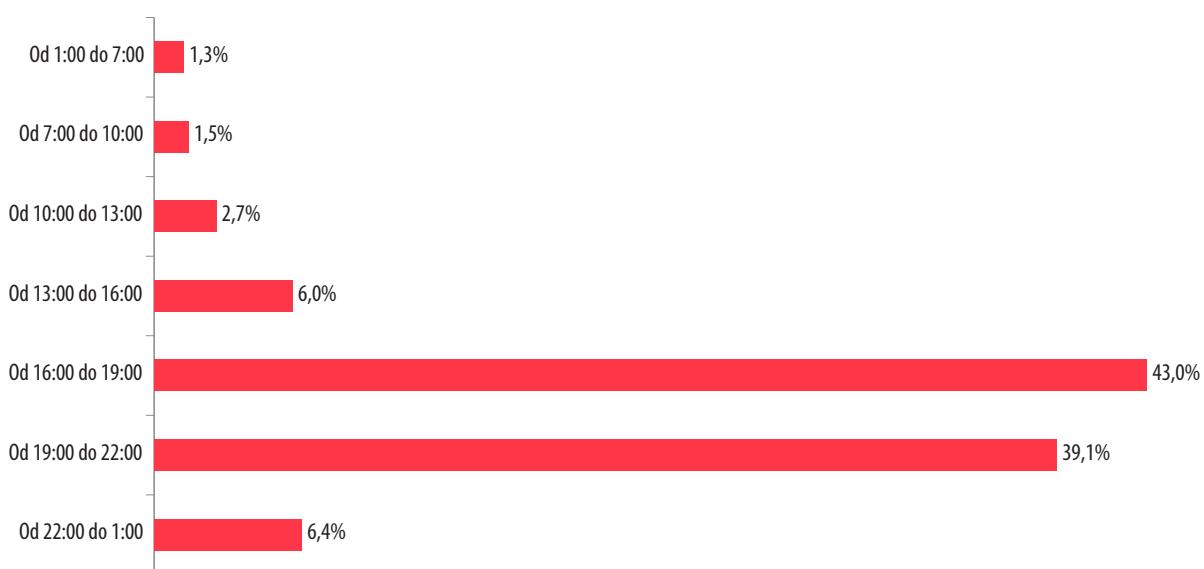
W odróżnieniu od starszego pokolenia, dla którego internet jest w głównej mierze źródłem informacji i wiedzy, dla młodzieży internet jest przede wszystkim przestrzenią rozrywki i dostępu do kultury, a także ośrodkiem życia społecznego. Jako najczęstsze formy aktywności w sieci, nastolatki wskazują korzystanie z treści rozrywkowych i kulturalnych (muzyka, filmy i seriale, gry wideo) oraz komunikację ze znajomymi. Duża grupa młodzieży wykorzystuje zasoby internetu do nauki szkolnej, odrabiania lekcji, przygotowywania się do sprawdzianów i klasówek. Badania pokazują, że nastolatki prezentują tu raczej bierną postawę, korzystając z gotowych treści, które znajdują się na portalach i stronach internetowych. Jedynie niewielki odsetek uczniów korzysta z możliwości uczenia się przez internet czy wzięcia udziału w kursach e-learningowych. Internet rzadko inspiruje młodych ludzi do

kreatywnej działalności. Większość nastolatków raczej biernie konsumuje treści zastane w sieci, niż aktywnie je tworzy. Tylko 3,5% młodych internautów prowadzi własnego bloga lub stronę internetową; muzykę lub filmy/zdjęcia tworzy niespełna 9%.

### Smartfon – pompa dopaminowa w kieszeni

Współczesne nastolatki to pokolenie technologii mobilnej. Zdecydowana większość (94% respondentów w badaniu „Nastolatki 3.0”) podaje, iż najczęściej używanym przez nich urządzeniem do łączenia się z internetem pozostaje niezmiennie od lat telefon komórkowy i smartfon (Bochenek, Lange, 2019). Telefony komórkowe już dawno przestały służyć wyłącznie do komunikacji. Dzięki rozwojowi technologii mobilnej i połączeniu ich z szybkim internetem, stały się one, szczególnie dla młodzieży, najważniejszym narzędziem zapewniającym stałą łączność ze światem i możliwość porozumiewania się z innymi bez względu na czas i miejsce, a także urządzeniem umożliwiającym nieograniczony dostęp do informacji i rozrywki. Większość współczesnych nastolatków nie wyobraża sobie życia bez smartfona. Jak wskazują badania młodzież korzysta ze smartfonów powszechnie i wszędzie – w domu, w szkole podczas lekcji, w czasie przerw, podczas posiłków i rozmów (Krzyżak-Szymańska, 2018). Część badaczy

**Wykres 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jakich godzinach najczęściej korzystasz z internetu”. Badanie Nastolatki 3.0 (Bochenek, Lange, 2019).**



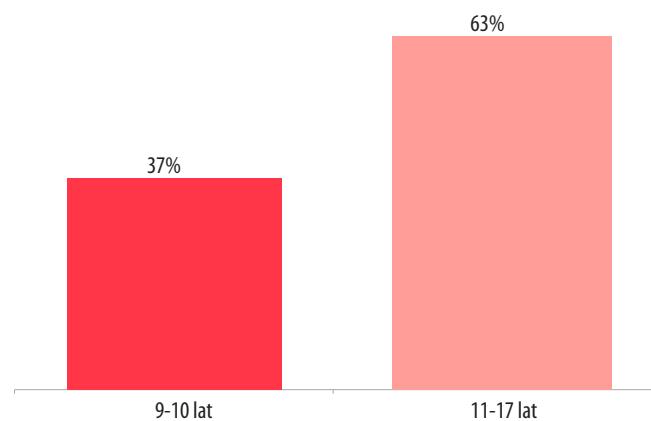
zwraca wręcz uwagę na przymus bycia podłączonym do sieci za pomocą smartfona, przy jednoczesnym poczuciu zagubienia i zaniepokojenia w sytuacji braku urządzenia przy sobie. Zjawisko FOMO (z ang. – Fear of Missing Out), czyli lęk przed odłączeniem od internetu, a co za tym idzie utratą interakcji społecznej lub innego pozytywnego doświadczenia, dotyczy ponad 90% nastolatków w wieku 15-19 lat, przy czym prawie 1/4 tej grupy charakteryzuje się wysokim nasileniem tej cechy (Jupowicz-Ginalskiego i in., 2019).

Część badaczy zwraca uwagę na uzależniający potencjał telefonów komórkowych, porównując je do pompy dopaminowej w kieszeni zapewniającej nieustanną stymulację na wyciągnięcie ręki. Doniesienia wielu ośrodków badawczych sugerują, iż częste korzystanie ze smartfona zmienia sposób, w jaki funkcjonuje nasz mózg i zmienia nasze zachowanie. Stały kontakt z urządzeniami cyfrowymi, takimi jak smartfon, może prowadzić do zaburzenia równowagi neurochemicznej mózgu oraz stan niemożności odroczenia nagrody, podobnie jak w przypadku alkoholu, narkotyków i innych uzależnień. Może też wywoływać zwiększyony poziom zapotrzebowania na stymulację oraz podwyższony stan ciągłej czujności.

## Potęga mediów społecznościowych

Nastolatki masowo korzystają z portali społecznościowych. Posiadanie profili w takich serwisach deklaruje ponad 90% młodzieży (Bochenek, Lange, 2019). Korzystają z nich coraz młodsi internauci. Mimo

**Wykres 2. Posiadanie profilu w mediach społecznościowych wg wieku. Badanie EU Kids Online 2018 (Pyżalski i in., 2018).**



iż regulaminy większości serwisów społecznościowych wprowadzają ograniczenia wiekowe dla użytkowników (konto na profilu można założyć po ukończeniu 13. r.ż.), to aż 37% dzieci w wieku 9-10 lat posiada własne profile, najczęściej w kilku serwisach jednocześnie (Pyżalski i in., 2018).

Spośród portali społecznościowych najbardziej popularne wśród młodzieży są serwisy oparte na przekazie wizualnym, prezentujące zdjęcia, filmy, obrazy, takie jak: YouTube (94%), Facebook (83,4%), Snapchat (67,9%) i Instagram (67,7%), przy czym intensywność korzystania z poszczególnych portali jest istotnie zróżnicowana ze względu na płeć. Zarówno ze Snapchata, jak i Instagrama zdecydowanie częściej korzystają dziewczęta niż chłopcy (aż 25 i 30 punktów procentowych różnic), co może się wiązać z deklarowanym przez dziewczęta częstszym robiением i publikowaniem zdjęć, a także zainteresowaniem takimi kwestiami, jak ubiór, moda czy zdrowy styl życia (Bochenek, Lange, 2019).

Media społecznościowe są dla nastolatków przede wszystkim narzędziem komunikacji, podtrzymywania kontaktów towarzyskich i rozrywki. Służą młodym ludziom także, a może przede wszystkim, do autoprezentacji, stając się tym samym jeszcze jedną ważną przestrzenią dla procesu dojrzewania, umożliwiającą adolescentom eksperymentowanie z własną tożsamością, poszukiwanie i tworzenie obrazu samego siebie. Pokolenie współczesnych nastolatków (określone niekiedy jako *Look-At-Me Generation*) ujawnia na portalach społecznościowych ogromną ilość informacji o sobie. Młodzi ludzie traktują internet jako miejsce, w którym mogą publicznie tworzyć narrację o sobie poprzez dzielenie się, często bardzo osobistymi, szczegółami ze swego życia, prezentacją zdjęć i filmów z własnym udziałem, umieszczanie linków do ulubionych materiałów (filmów i zdjęć) pochodzących z innych serwisów internetowych czy opisywanie refleksji i zdarzeń dnia bieżącego. Jednocześnie aż jedna czwarta badanych przez NASK nastolatków deklaruje, że posiada otwarty dostęp do zamieszczanych treści, świadomie rezygnując z narzędzi i działań chroniących prywatność w sieci. To wskaźnik, który może niepokoić z punktu widzenia troski o bezpieczeństwo dzieci w internecie i ochronę przed zagrożeniami (Bochenek, Lange, 2019).

Dla większości nastolatków portale społecznościowe to ciekawa i satysfakcjonująca przestrzeń aktywności. W ocenie młodych internautów korzystanie z mediów

społecznościowych może mieć korzystny wpływ na samopoczucie i zdrowie psychiczne ich samych i ich rówieśników. Jak deklarują w badaniach zrealizowanych przez instytut badawczy Pew Research Center, częsty kontakt online pozwala im na zaspokojenie wielu ważnych potrzeb psychicznych – poczucia przynależności do grupy rówieśniczej, akceptacji, możliwości poszerzania sieci kontaktów społecznych, otrzymywania wsparcia w trudnych sytuacjach. Obecność w mediach społecznościowych pomaga młodym angażować się w sprawy, na których im zależy, włączać się w ważne działania prospołeczne czy spotykać się z przyjaciółmi i dzielić podobne zainteresowania (Pew Research Center, 2018). Z drugiej strony eksperci wskazują, iż zbyt intensywne korzystanie z tego rodzaju serwisów może mieć potencjalnie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży znajdujących się w okresie krytycznym dla rozwoju społeczno-emocjonalnego. Wyniki badania przeprowadzonego w latach 2013–2015 na próbce ponad 10 tys. brytyjskich nastolatków wskazują, iż duża ilość czasu poświęcanego na media społecznościowe może się przekładać na gorszą kondycję psychiczną i poczucie dobrostanu. Badania wykazały między innymi dwukrotnie częstsze występowanie symptomów zaburzeń lękowych lub depresji, rozwijanie się negatywnego obrazu własnego ciała i niezadowolenia z własnego wyglądu (szczególnie u dziewcząt), mniejsze poczucie zadowolenia z życia, doświadczanie cyberprzemocy, występowanie zjawiska FOMO u użytkowników bardzo intensywnie korzystających z mediów społecznościowych (ponad 2 godz. dziennie). W opinii badanych nastolatków najbardziej destrukcyjny wpływ na poczucie własnej wartości mają Instagram Snapchat i Facebook, a więc te media społecznościowe, które prezentują **starańnie wyselekcjonowane i wyidealizowane obrazy przeklamiujące rzeczywistość, zmuszając młodych ludzi do nieustannego porównywania się z niedośigłymi wzorcami oraz poddawania się ciągłej ocenie.**

Coraz częściej badacze zwracają również uwagę na wysoki potencjał uzależniający mediów społecznościowych, szczególnie dla osób młodych, będących największą grupą ich użytkowników. Szacuje się, iż uzależnienie od portali społecznościowych może dotyczyć ok. 5% nastolatków (Jenner, 2015), przy czym można z dużym prawdopodobieństwem zakładać, iż nadużywanie mediów społecznościowych i kompulsywne korzystanie z nich dotyczy nawet dużo większej grupy młodych ludzi. Z punktu widzenia pra-

widliwości rozwojowych jest to zjawisko niezwykle niepokojące. Silna potrzeba bycia online i kontrolowania aktywności wirtualnych znajomych, przymus bycia na bieżąco z wszelkimi wydarzeniami, podporządkowanie codziennej aktywności budowaniu swojego wizerunku na profilu dezorganizuje codzienne życie i utrudnia zaspokajanie innych ważnych potrzeb rozwojowych. Dzieci nadmiarowo korzystające z mediów społecznościowych w coraz większym stopniu uzależniają swoją samoocenę od tego, jak odbierane są w sieci (ile otrzymają „lajków”) i przyzwyczajają się do ciągłego potwierdzania swojej wartości przez opinie innych.

## Problemowe korzystanie z internetu

Jednym z najbardziej zauważalnych i budzących największy niepokój wśród dorosłych negatywnych zjawisk związanych z używaniem internetu przez dzieci i młodzież jest nadmierne, niekontrolowane korzystanie z sieci. Prowadzone na przestrzeni ostatnich kilku lat badania wskazują, iż symptomy wysokiego zagrożenia uzależnieniem dotyczą od 10 do 15% nastolatków w Polsce (Mróz, Solecki, 2017; Styśko-Kunkowska, Wąsowicz, 2014), a pełne symptomy uzależnienia od internetu wykazuje od 1 do 3% nastolatków (Makaruk i in., 2017; Dębski, 2016, Pawłowska i in., 2015). Pamiętać przy tym należy, iż ze względu na brak jednoznacznych i ostrzych diagnostycznie wskaźników oraz różnic w przyjmowanej metodologii badań, miarodajne określenie skali zjawiska w grupie najmłodszych internautów jest niezwykle trudne.

Jako najczęstsze powody pozostawania zbyt długo w wirtualnym świecie młodzież na ogół wymienia: motyw ucieczkowy (chęć ucieczki od problemów, poczucie osamotnienia), społeczny (chęć bycia „na bieżąco”, ciekawość aktywności innych osób, chęć utrzymania kontaktu ze znajomymi, poszukiwanie nowych wrażeń) oraz nudę (Mróz, Solecki, 2017). Ten ostatni czynnik i brak alternatywnego sposobu spędzania wolnego czasu pojawiają się w badaniu EU Kids Online jako dominujące powody nadmiernego korzystania z internetu przez nastolatki. Prawie 13% młodych osób objętych badaniem zaznaczyło, że minimum raz w tygodniu używa internetu, pomimo że nie ma konkretnej potrzeby bycia online (Pyżalski i in., 2019). W konstruowaniu programów profilaktycznych nacelowanych na ograniczenie problemowego korzystania z internetu kwestie te powinny być szczególnie uwzględnione.

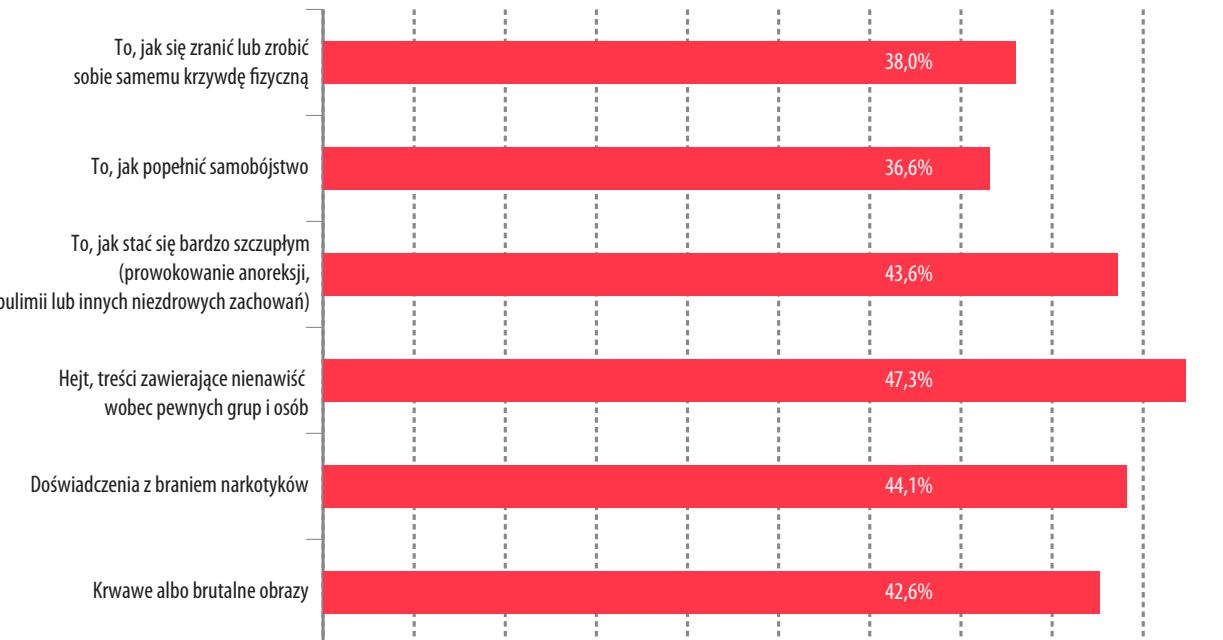
## Patotreści

Zdecydowana większość dzieci i młodzieży ma kontakt z różnego rodzaju szkodliwymi treściami w internecie. Treści te definiuje się najczęściej jako materiały, które mogą wywołać negatywne emocje u odbiorcy lub promują niebezpieczne zachowania. Zaliczamy do nich materiały prezentujące przemoc i okrucieństwo, treści pornograficzne, treści promujące zachowania autodestrukcyjne (samookaleczenia lub samobójstwa) bądź zachowania szkodliwe dla zdrowia, materiały przedstawiające zażywanie substancji psychoaktywnych, treści dyskryminacyjne nawołujące do wrogości lub nienawiści. Kontakt z tego rodzaju materiałami może być szczególnie ryzykowny w przypadku małych dzieci, które nie są psychicznie przygotowane do radzenia sobie z nimi. Wyniki wielu badań potwierdzają, iż częsta ekspozycja na pełne przemocy treści lub materiały pornograficzne może zaburzać prawidłowy rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny dziecka oraz przyczyniać się do kształtowania niewłaściwych społecznie postaw i zachowań.

W badaniach EU Kids Online z 2018 roku tylko 28% nastolatków zadeklarowało, że nie zetknęło się z treścią określonymi jako szkodliwe. Natomiast prawie połowa badanych miała kontakt z brutalnymi, pełnymi przemocy obrazami, hejtem i mową nienawiści, materiałami przedstawiającymi doświadczenia z używaniem

narkotyków, stronami promującymi niezdrowy styl życia lub zachowania autodestrukcyjne (Pyżalski i in., 2019). Patologiczne treści dostępne są we wszelkich możliwych formach – w postaci specjalnie tworzonych stron internetowych, blogów, filmów i zdjęć zamieszczanych w serwisach społecznościowych, postów i komentarzy na portalach, piosenek gloryfikujących sprzeczne z normami społecznymi postawy itp. W ostatnich latach specyfiką polskiego internetu, rozwiniętą na skalę niespotykaną w innych krajach, stał się tzw. patostreaming – nadawane na żywo, najczęściej w serwisie YouTube, transmisje filmowe, zawierające wulgarny, pełen przemocy fizycznej i słownej przekaz, nieradko nagrywane pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających. Podczas tego rodzaju wideotransmisji prezentowane są libacje alkoholowe, bójki, akty przemocy domowej, znęcanie się i kłótnie między partnerami, niszczenie przedmiotów, poniżanie, wulgarne komentarze itp. Patostreamy są dla ich twórców nie tylko sposobem na zdobycie popularności, ale przede wszystkim źródłem wysokich zarobków pochodzących głównie ze zbierania datków od widzów (tzw. donejtów). Patostreamy zdobyły dużą popularność wśród najmłodszych użytkowników internetu. Badania Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, przeprowadzone w 2019 roku, wskazują, iż zdecydowana większość (84%) polskich nastolatków w wieku 13–15 lat słyszała o tego rodzaju relacjach video,

**Wykres 3. Kontakt ze szkodliwymi treściami w internecie w grupie nastolatków (11–17 lat). Badanie EU Kids Online, 2018 (Pyżalski i in., 2019).**



a 37% je oglądało, najczęściej w postaci tzw. shotów, czyli wybranych fragmentów nagrań na YouTubie (Wójcik, Wojtasik, 2019). Najczęstszym powodem oglądania tego typu materiałów jest ciekawość (wskazuje ją 75% badanych), następnie nuda (29%), chęć rozrywki (24%) oraz chęć bycia na czasie (10%). Kontakt z patotreściami wpływa na to, jak młodzi ludzie postrzegają świat i jak kształtują się ich postawy życiowe, tym bardziej więc niepokoi wysoki odsetek tych z nich (38%), którzy uważają, że tego rodzaju działalność to dobry sposób na zarabianie pieniędzy oraz osób, którym imponują patostreamerzy (twierdzi tak 18% oglądających). Warto też zwrócić uwagę, że aż 38% osób, które oglądały patotreści, uważa, że pokazują one prawdziwe życie.

Równie często dzieci mają kontakt z materiałami dotyczącymi seksu bądź wręcz prezentującymi pornografię. Według raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę 43% nastolatków w wieku 11-18 lat miało kontakt z treściami pornograficznymi, a 22% zetknęło się z pornografią w połączeniu z przemocą lub robieniem komuś krzywdy (Makaruk i in., 2017). Prawie wszyscy badani (92%) wskazywali, iż do kontaktu z materiałami pornograficznymi najczęściej dochodzi w internecie. Niemal 70% młodszych dzieci trafiło na treści pornograficzne przypadkiem, szukając innych materiałów w sieci. Celowo materiałów pornograficznych poszukiwał co trzeci adolescent. Ekspert – seksuolodzy, psycholodzy, pedagogi – zwracają uwagę na negatywne dla rozwoju dzieci i młodzieży skutki zbyt wcześniej ekspozycji na treści o charakterze seksualnym, w tym uzależnienie odpornografii. Trudno ocenić skalę zjawiska uzależnienia od oglądania materiałów pornograficznych wśród polskich nastolatków z uwagi na brak miarodajnych badań, jednak psychologowie i terapeuti wskazują na coraz częstsze występowanie tego rodzaju uzależnienia wśród tej populacji. Część terapeutów przyznaje, że uzależnienie od pornografii diagnozuje nawet w przypadku najmłodszych dzieci, które nie wkroczyły jeszcze w okres adolescencji.

Badania wskazują również na związek między oglądaniem materiałów pornograficznych a wcześniejszym podejmowaniem zachowań o charakterze seksualnym oraz angażowaniem się w ryzykowne zachowania seksualne, takie jak na przykład seksting. Seksting (nazwa pochodząca od słów „sex” i „texting”) to zjawisko polegające na przesyłaniu za pomocą internetu lub telefonu komórkowego swoich zdjęć, filmów bądź

wiadomości o charakterze seksualnym. Najczęściej zachowania sekstingowe mają miejsce w ramach związku i ich celem jest sprawienie przyjemności partnerce lub partnerowi. Mogą też być odpowiedzią na prośbę partnera lub partnerki lub sposobem na rozpoczęcie flirtu. Badanie przeprowadzone przez Instytut Badawczy NASK Nastolatki 3.0 w 2017 roku wykazało, że 42% młodych ludzi w wieku 15-18 lat otrzymało kiedyś od innej osoby jej nagie zdjęcie lub film, a 13% wysyłało swoje nagie zdjęcie lub film innej osobie. Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wskazuje, iż adolescenti, którzy mieli kontakt z materiałami pornograficznymi, ponad trzy razy częściej otrzymywali zdjęcia o charakterze erotycznym, niż nastolatki nie oglądające pornografii i ponad pięć razy częściej je wysyłali (Makaruk i in., 2017).

## Pozytywne wykorzystywanie nowych mediów jako czynnik chroniący

Wielość zagrożeń pojawiających się wraz z rozwojem internetu i nowych technologii komunikacyjnych sprawiła, iż większość dostępnych badań nad cyberprzestrzenią koncentruje się na ryzykownej stronie używania internetu przez współczesne pokolenie dzieci i młodzieży, a znacznie mniej na pozytywach wynikających z dostępu do globalnej sieci. Faktem jest, iż potencjał internetu nie jest powszechnie wykorzystywany przez wielu młodych ludzi, na co wskazują wyniki wielu badań ilościowych. Widzimy w nich obraz użytkowników stosujących nowe technologie w sposób dysfunkcjonalny, szkodliwy dla nich samych, a często także dla innych osób. Z drugiej jednak strony coraz częściej pojawiają się dane dostarczające dowódów na korzyści i szanse dla rozwoju nastolatków wynikające z aktywności online. Przykładem mogą być tu badania młodych internautów używających internetu w sposób szczególnie pozytywny, zgodnie z jego potencjałem, zrealizowane przez NASK we współpracy z prof. Jackiem Pyżalskim, które pokazują, iż pod pewnymi warunkami internet może być dla adolescentów ważnym narzędziem przerzwojowym i czynnikiem chroniącym przed ryzykownymi zachowaniami (Pyżalski, 2019). Pozytywne, czyli konstruktywne, odpowiedzialne i twórcze wykorzystywanie internetu jest dla nastolatków szansą na wyrażanie siebie i autokreację. Umożliwia tworzenie nowych relacji i wymianę informacji ważnych w per-

spektywie rozwoju osobistego. Uczestniczenie w sieciach społeczności internetowych sprzyja budowaniu kontaktów z innymi osobami o podobnych zainteresowaniach i pozwala na udział w prospołecznych aktywnościach. Angażowanie się w twórczą internetową działalność rozwija szereg kompetencji związanych z procesami samorozwoju i samodoskonalenia: konsekwencję i upór w działaniu, niezależność i oryginalność, odporność na krytykę, kreatywność, cierpliwość w oczekiwaniu na sukces, obowiązkowość i dyscyplinę. Jak podają uczestniczący w badaniach NASK młodzi twórcy, aktywność związana z tworzeniem w sieci wiąże się z wieloma niezwykle pozytywnymi i wzmacniającymi doświadczeniami. Młodzi ludzie mówią o poczuciu przekroczenia własnych ograniczeń, otwarciu się na świat, nabyciu pewności w prezentowaniu własnych poglądów i osiągnięć, ale również pozbywaniu się nadmiernego krytyczmu wobec siebie czy nieśmiałości. Internetowa działalność pomaga w realizacji istotnych zadań rozwojowych: ukierunkowywaniu się na cel, ustanawianiu życiowych priorytetów, dokonywaniu ważnych wyborów oraz utrzymywaniu się w swoich postanowieniach. Warto, aby dorosli nie tylko popatrzyli na internet jako na źródło potencjalnych zagrożeń lub narzędzie służące wyłącznie do rozrywki, ale również dostrzegli jego niezwykle wszechstronny potencjał, który właściwie spożytkowany może stać się intensywnym bodźcem do rozwoju dla młodego człowieka. Projektując działania profilaktyczne dla adolescentów, warto wziąć pod uwagę kilka kluczowych postulatów, wyłaniających się z analizy doniesień badawczych:

- Nowe rozumienie funkcjonowania młodzieży w internecie (offline nierożaczne z online).
- Promowanie/uczenie konstruktywnego wykorzystywania mediów cyfrowych.
- Edukacja medialna w szkołach, z naciskiem na rozwój umiejętności krytycznego myślenia, weryfikacji źródeł informacji i kształtowania postawy bardziej refleksyjnego wykorzystywania zasobów znajdujących się w internecie.
- Wprowadzenie w szkołach szeroko rozumianej edukacji seksualnej.
- Uwzględnianie w programach profilaktycznych ograniczających problemowe używanie internetu (PUI) związku między czasem spędzanym w internecie a brakiem alternatyw spędzania wolnego czasu i procesów samokontroli.

- Tworzenie kampanii informacyjnych kierowanych do młodzieży opartych na różnych formach wizualizacji.
- Wykorzystywanie mediów społecznościowych jako głównego kanału przekazu informacyjnego.
- Szersze wykorzystanie technologii mobilnej w kampaniach adresowanych do młodzieży, tworzenie materiałów i stron internetowych „przyjaznych dla smartfonów”.

## Bibliografia

- Bochenek M., Lange R., „Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów”, Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy, 2019, <https://akademia.nask.pl/baza-wiedzy/publikacje.html> (dostęp 1.09.2019).
- Dębski M., „Nałogowe korzystanie z telefonów komórkowych”, Fundacja Dbam o Mój Zasięg, Gdańsk 2016.
- Hadar A, Hadas I, Lazarovits A, Alyagon U, Eliraz D, Zangen A., „Answering the missed call: Initial exploration of cognitive and electrophysiological changes associated with smartphone use and abuse”, 2017, PLoS ONE 12(7):e0180094, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180094>
- Jenner F., „At least 5% of young people suffer symptoms of social media addiction”, 2015, [https://horizon-magazine.eu/article/least-5-young-people-suffer-symptoms-social-media-addiction\\_en.html](https://horizon-magazine.eu/article/least-5-young-people-suffer-symptoms-social-media-addiction_en.html) (dostęp 8.10.2019).
- Jupowicz-Ginalska A., Jasiewicz J., Kisilowska M., Baran T., Wysocki A., „FOMO 2019. Polacy a lęk przed odłączeniem – raport z badań”, WdiB, Warszawa 2019, [https://www.wdib.uw.edu.pl/attachments/article/2535/FOMO%202019\\_Raport.pdf](https://www.wdib.uw.edu.pl/attachments/article/2535/FOMO%202019_Raport.pdf) (dostęp z 4.11.2019).
- Krzyżak-Szymańska E., „Uzależnienia technologiczne wśród dzieci i młodzieży. Teoria, profilaktyka, terapia – wybrane zagadnienia”, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2018.
- Lange R., „Rodzice Nastolatków 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania społecznego, NASK – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2019, <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/raporty/1834,raport-quotrod-zice-nastolatkow-30quot.html> (dostęp 19.08.2019).
- Makaruk K., Włodarczyk J., Michalski P., „Kontakt dzieci i młodzieży z pornografią. Raport z badań, FDDS, Warszawa 2017, [http://fdds.pl/wp-content/uploads/2017/12/Makaruk\\_K\\_Wlodarczyk\\_J\\_Michalski\\_P\\_2017\\_Kontakt\\_dzieci\\_i\\_mlodziezy\\_z\\_pornografia.pdf](http://fdds.pl/wp-content/uploads/2017/12/Makaruk_K_Wlodarczyk_J_Michalski_P_2017_Kontakt_dzieci_i_mlodziezy_z_pornografia.pdf) (dostęp 30.09.2019).
- Mróz A., Solecki R., „Postawy rodziców wobec aktywności nastolatków w internecie w percepcji uczniów”, E-mentor, 4 (71)/2017.
- Pew Research Center, (2018), Teens' Social Media Habits and Experiences, <https://www.pewinternet.org/2018/11/28/teens-social-media-habits-and-experiences/> (dostęp 6.06.2019).
- Pyżalski J. (red.), „Internet i jego młodzi twórcy – dobre i złe wady domościi z badań jakościowych, NASK, Warszawa 2019, [https://akademia.nask.pl/publikacje/RAPORT\\_a4\\_29\\_5\\_19\\_inter.pdf](https://akademia.nask.pl/publikacje/RAPORT_a4_29_5_19_inter.pdf) (dostęp 1.10.2019).
- Pyżalski J., Zdrodowska A., Tomczyk Ł., Abramczuk K., „Polskie badanie EU Kids Online 2018. Najważniejsze wyniki i wnioski”, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2019.
- Styśko-Kunkowska M., Wąsowicz G., „Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinaty”, KBPN, Warszawa 2014.

*Świat narkotyków i innych substancji psychoaktywnych widziany oczami młodych użytkowników znacznie odbiega od tego, co tzw. przeciętny obywatel sądzi na ten temat. W młodzieżowym obrazie można dostrzec sporą dozę akceptacji dla korzystania z narkotyków oraz fascynację efektami ich działania.*

# BADANIE JAKOŚCIOWE MŁODZIEŻY, KTÓRA UŻYWA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH: TŁO, METODA I WYBRANE WYNIKI

Krzysztof Ostaszewski, Jakub Greń

Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi oraz szkody i problemy z tym związane stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego. Badania populacyjne ESPAD wskazują na znaczne rozpowszechnienie używania niektórych nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz leków uspokajających i nasennych wśród młodzieży w wieku szkolnym. Wiedza płynąca z badań ESPAD dotycząca przede wszystkim rozpowszechnienia używania substancji nie była jak dotąd pogłębianą w badaniach jakościowych. Dlatego głównym celem naszego projektu była analiza stylu życia młodzieży, która używa substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem: rodzajów i wzorów używania tych substancji, motywacji towarzyszącej używaniu, spostrzeganej dostępności substancji, negatywnych konsekwencji związanych z używaniem, zachowań ryzykownych towarzyszących używaniu substancji, a także opinii na temat działań profilaktycznych. W badaniu tym uwzględniono również źródła wiedzy o substancjach, spostrzegane przez młodzież korzyści dotyczące używania substancji psychoaktywnych oraz stosowane przez młodzież sposoby ograniczania ryzyka szkód związanych z używaniem różnych rodzajów substancji (te tematy są przedmiotem odrębnego artykułu opublikowanego w tym numerze SIU).

## Metodologia badań

Do badań wykorzystano jakościowe podejście, które odpowiada na pytania dotyczące subiektywnie rozumianych przyczyn i uwarunkowań badanego zjawiska, a także wiedzy, przekonań i znaczeń, jakimi posługują się respondenci, w tym przypadku młodzi użytkowni-

cy substancji psychoaktywnych. Uczestnikami badań byli młodzi użytkownicy substancji psychoaktywnych w wieku 17-18 lat. Badania zostały prowadzone wśród użytkowników sześciu grup substancji psychoaktywnych: nowych substancji psychoaktywnych (NSP), substancji wziewnych, przetworów konopi, stymulantów, leków dostępnych bez recepty (OTC) zażywanych pozamedycznie oraz leków na receptę używanych pozamedycznie. Każda grupa składała się z 12 osób (6 kobiet i 6 mężczyzn), łącznie w badaniu udział wzięły 72 osoby. Uczestnicy wywiadów byli rekrutowani według następujących kryteriów:

- wiek: 17-18 lat,
- świadoma zgoda na udział w badaniu i nagrywanie wywiadu na nośniku audio,
- „bierna” zgoda rodziców na udział w badaniu w przypadku osób niepełnoletnich,
- doświadczenie w używaniu substancji psychoaktywnych z poszczególnych grup (przynajmniej trzykrotnie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie),
- brak historii leczenia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Użytkownicy substancji psychoaktywnych byli rekrutowani w Warszawie, Krakowie, Katowicach oraz Łodzi. Najwięcej osób zbadano w Warszawie (ok. 74%) i w Krakowie (ok. 21%).

Poniżej przedstawiamy skrót najważniejszych wyników badań, wsparty cytatami z wywiadów. Na końcu każdego z nich zakodowana jest informacja oznaczająca: (Ch=płeć męska, Dz=płeć żeńska; 1=użytkownicy nowych substancji psychoaktywnych, 2=użytkownicy przetworów konopi, 3=użytkownicy stymulantów, 4=użytkownicy substancji wziewnych, 5=użytkownicy leków OTC, 6=użytkownicy leków na receptę; W=Warszawa, K=Kraków). Wyniki

zostały pogrupowane w kategorie tematyczne w dużej mierze zgodne z naszymi pytaniami badawczymi. Pełny raport z badań jest dostępny online<sup>1</sup>.

## Styl życia

Niektórzy z respondentów prowadzili aktywny i towarzyski styl życia, łącząc używanie substancji psychoaktywnych z realizacją innych zainteresowań i pasji, spędzając swój wolny czas na uprawianiu sportu, spotkaniach ze znajomymi, partnerami, rodziną, na nauce lub chodzeniu na imprezy. Kilka osób miało świadomość, że prowadzi „podwójne życie”, w którym są elementy społecznie akceptowane i cenione (jak posiadanie pasji i zainteresowań) oraz społecznie nieakceptowane (jak używanie substancji psychoaktywnych).

„Pewnie byś nie powiedziała, ale prowadzę drużynę harcerską, maluszki takie, wilczki, jestem przyboczną i to jest też styl życia, który uwielbiam i którym się jaram i myślę, że dzieciaczki lubią mnie bardzo. Prowadzę życie bardzo ekstremalne i też bardzo grzeczne, w obu kategoriach się odnajduję, umiem się dopasować” (Dz, 6, W). Wśród badanych osób byli i tacy, których styl życia koncentrował się wokół spraw związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (np. imprezami klubowymi; znajomymi, którzy używają; zdobywaniem pieniędzy na zakup substancji itp.). Jeśli mieli poczucie, że czymś wyróżniają się wśród rówieśników, to właśnie nietypowymi zainteresowaniami, prowadzeniem bardzo intensywnego trybu życia, używaniem substancji psychoaktywnych lub przynależnością do danej subkultury. „Wolny czas, raczej tak niezbyt aktywnie, ogranicza się to do takiego spotykania się ze znajomymi, nie mam takiego szablonu spędzania wolnego czasu. Jest tam jakieś molo, jakieś rowery wodne, jakieś pierdoły, siedzenie na ławce coś w tym stylu. A zainteresowania to od jakiegoś czasu cierpię na brak. Jakoś tak, nie wiem, od paru miesięcy. Wszystkie moje zainteresowania się okrąciły wokół użytków, czyli jakieś imprezy i tak dalej” (Ch, 6, W).

## Inicjacja

Deklarowany wiek inicjacji używania poszczególnych substancji psychoaktywnych był podobny w całej próbie badanych: 14-17 lat. Przy czym używanie przetworów konopi, substancji wziewnych i leków na receptę miało miejsce wcześniej niż używanie stymulantów i no-

wych substancji psychoaktywnych. Pierwsze użycie substancji branych pod uwagę w badaniu (nowych substancji psychoaktywnych, stymulantów, przetworów konopi, substancji wziewnych, leków OTC, leków na receptę) było zazwyczaj poprzedzone piciem alkoholu lub paleniem tytoniu (w wieku 11-14 lat lub wcześniej). Co istotne, miejsce i kontekst inicjacji był podobny wśród użytkowników wszystkich kategorii substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem leków na receptę), to jest: „domówka” lub impreza klubowa oraz towarzystwo znajomych, którzy zazwyczaj dostarczali daną substancję i mieli już doświadczenie z jej używaniem. „Trafiłam na Wixapol [impreza klubowa] i pomyślałam wow, wszyscy są pod wpływem jakichś dziwnych substancji, może ja tym też tego spróbowałam. No i jakieś piguły jadłam i mi się spodobało, i tak mi zostało już” (Dz, 3, W).

## Czynniki sprzyjające używaniu i czynniki ograniczające używanie

W obrębie wszystkich kategorii substancji psychoaktywnych przyczyny rozpoczęcia używania były podobne: ciekawość działania substancji; używanie ich przez znajomych i/lub członków rodziny; łatwa dostępność danej substancji (przede wszystkim substancji wziewnych, leków OTC oraz marihuany, a także stymulantów i nowych substancji psychoaktywnych na imprezach klubowych). „Bardziej się interesowałem odmiennym stanem rzeczywistości, zawsze mnie to interesowało. Jak patrzyłem na różnych programach National Geographic i tak dalej, były też takie seriale o narkotykach, zawsze mnie to ciekawiło, jak odmienne stany świadomości” (Ch, 2, K).

Czynnikami nasilającymi używanie wśród uczestników badania były trudne wydarzenia życiowe, zarówno w rodzinie, jak i w relacjach z innymi oraz niepowodzenia szkolne. Do czynników nasilających używanie substancji zaliczyć również można: samoleczenie pogorszonego nastroju, „wchodzenie” w świat życia nocnego oraz, co miało miejsce w przypadku kilku z respondentów, przeniesienie do ośrodków młodzieżowych (MOW/MOS). „Palę, bo mam chorobę taką, że mnie boli wszystko, wszystkie stawy w ciele mam chu (...), mi się kolagen syntetyzuje połowicznie no i to dlatego głównie palę, bo boli mnie wszystko, a tak to nie przeszkadza mi to w robieniu rzeczy, a raczej sprawia, że jest ciekawsze.

Ogólnie całe życie mnie bolą kości (...). No palę, bo w miarę dobrze działa przeciwbólowo, jeśli nie mam wysokiej tolerancji na dany moment, ale uwielbiam, kocham palić marihuanę" (Ch, 2, K).

Z kolei czynnikami obniżającymi częstość i/lub intensywność używania substancji psychoaktywnych były: doświadczenie negatywnych konsekwencji zdrowotnych w wyniku używania substancji, obawa przed uzależnieniem oraz konfliktami z prawem; wsparcie rodziców; namowy do ograniczenia używania ze strony partnera/partnerki lub przyjaciół; chęć wprowadzenia zmiany w swoim życiu; zaangażowanie w naukę lub w konstruktywne pasje. „Były takie momenty, kiedy musiałam odstawić takie rzeczy, bo zauważałam, że przeginam, prawie nie zdałam klasy, strasznie opuściłam się w nauce, potrafiłam przychodzić na dwie ostatnie lekcje albo w ogóle nie przychodzić. Prawie nie zdałam w sumie przez nieobecności, po takiej nocy wiadomo, że nie wstałam rano, nie spałam do rana, potem musiałam odespać dwa dni, nie uczyłam się, więc musiałam to ograniczyć. Tak samo, jeżeli za dużo takich rzeczy spożywam, jestem strasznie nerwowa, to się odbija na mojej rodzinie, na moim chłopaku, są same kłótnie, zgrzyty, właśnie wtedy zauważam, że trzeba sobie powiedzieć stop” (Dz, 5, K).

## Politoksykomania

Używanie różnych substancji psychoaktywnych dotyczyło praktycznie wszystkich respondentów, zarówno w obrębie danej kategorii substancji (np. łączenie MDMA z amfetaminą w grupie stymulantów), jak i pomiędzy nimi (np. palenie marihuany i używanie stymulantów, łączenie stymulantów z NSP lub substancji stymulujących z benzodiazepinami). Bardzo częste było używanie substancji psychoaktywnych spoza dominującej kategorii wybranej przez respondenta. Na przykład użytkownicy leków na receptę używali alkoholu, marihuany, stymulantów czy substancji halucynogennych. „Ja się bawię w DJ-a, jeżeli chodzi o mieszanie, to jestem bardzo otwarta. Stosowałam takie mieszanki, że 4 substancje z różnych grup. Mogło być to benzo z kodeiną, z amfetaminą i z alkoholem, takie próby mieszanki. Ja wiem, czym się to może skończyć. No, ale też emka [MDMA] ze stymulantami, potem benzo i ketrel na sen, żeby tak już zasnąć do końca. Albo stymulanty ze stymulantami. Różne rzeczy” (Dz, 6, W).

## Konteksty i miejsca używania

Podobnie jak w przypadku inicjacji, konteksty i miejsca używania substancji psychoaktywnych były podobne wśród wszystkich uczestników badania. Należały do nich: kluby (imprezy), festiwale, wagary, dom/mieszkanie znajomych w przypadku domówek (lub własny przy użytkowaniu w samotności), a także miejsca publiczne, rzadko uczęszczane przez innych, w których młodzież mogła czuć się bezpiecznie. „Zazwyczaj zażywamy je w domu i potem idziemy na spacer. Ja mieszkam w Olsztynie, to małe miasto, że łatwo jest wyjść gdzieś poza miasto gdzieś, pola i tak dalej, potem po mieście, czasem siedzimy czy w parku, po dachach często gdzieś, to też jest taki urban exploring trochę. I to jest też, że lubię sobie ładne miejsca pozwiedzać, one też po narkotykach wydają się jeszcze ładniejsze, nabiera takiego klimatu, magii i tak dalej, to też jest takie dosyć ważne, zdaje mi się, no to tyle” (Dz, 5, W).

Używanie substancji psychoaktywnych ma miejsce głównie w towarzystwie znajomych. Używanie w samotności było rzadkim zjawiskiem w badanej grupie, z wyjątkiem osób używających pozamedycznie leków na receptę, a także w przypadku uzależnienia, używania w celu wspomagania nauki lub w przypadku ukrywania się przed innymi. „Bez ludzi raczej bym nie brała. Na pewno bym nie brała. Bo chyba nie czułabym potrzeby takiej, to ma takie imprezowe znaczenie dla mnie, czy takie towarzyskie niż samej. Nie wiem, czy by mi nie było jakoś smutno, nie wiem. Może się sama boję siebie” (Dz, 5, W).

## Motywy używania

W poszczególnych grupach substancji psychoaktywnych motywacja była zależna od efektów ich działania na ludzki organizm. Stymulatory były używane w celu pobudzenia i długotrwałej zabawy (niwelowania zmęczenia i senności), intensyfikacji wrażeń i wzmożenia towarzyskości, głównie w celu wspomagania lepszej i dłuższej zabawy. „Możesz być na imprezie bardzo długo, masz siłę tańczyć, nie śpisz i możesz się bawić, ile tylko masz ochotę, nic cię nie powstrzymuje sen ani zmęczenie, ale też trochę to się stało taką tradycją wśród moich znajomych (...). W niektórych przypadkach [MDMA powoduje] jakieś pogłębienie relacji z kimś przez tą otwartość spowodowaną przez narkotyki, łatwość rozmowy i złapanie jakiegoś połączenia” (Dz, 3, W).

Cele używania NSP w większości pokrywały się z motywacją do używania stymulantów, prawdopodobnie z uwagi na przewagę substancji o działaniu stymulującym wśród „dopalaczy” (jak mefedron) lub przewagę respondentów używających NSP o działaniu stymulującym. „Cel? Przede wszystkim po tym się bardzo dobrze rozmawia. Jak siedzimy całą noc, to jak siedzisz i zapalisz i palisz od dłuższego czasu, to nie ma takiej rozmowy, to się siedzi na takiej zamule i nic się raczej ciekawego nie robi, a jak się wali, to wszyscy cały czas, po prostu rozmowa idzie bez przerwy na przeróżne tematy, nawet się tego nie kontroluje i jak to jest po prostu, że jak nie walimy, to jest nawet ciężko o czymś porozmawiać, a jak walimy, to rozmowa idzie cały czas na każdy temat” (Ch, 1, W). Z kolei leki z przepisu lekarza i te dostępne bez recepty były najczęściej używane ze względu na ich uspokajające, relaksujące i przeciwbolewe działanie. Przy czym zarówno w przypadku leków, jak i substancji wziewnych częstym powodem ich używania był również łatwiejszy do nich dostęp i status legalności, co sprawiało, że substancje te były używane jako środki zastępujące narkotyki. „Jak nie było czego brać, mefedronu czy amfetaminy, to wtedy to [substancje wziewne], żeby cokolwiek wziąć” (Dz, 4, W). Przetwory konopi, z uwagi na swoje szerokie spektrum efektów, były używane w każdym z wymienionych celów. Natomiast motywami, które były specyficzne dla kilku grup substancji psychoaktywnych, były: wspomaganie uczenia się przez poprawę koncentracji i niwelowanie zmęczenia (za pomocą niektórych stymulantów, NSP i leków na receptę); łatwiejsze nawiązywanie nowych kontaktów poprzez wzmożenie otwartości, pewności siebie i towarzyskości (działanie stymulantów, niektórych NSP oraz czasem marihuany i leków na receptę); doznawanie halucynacji (leki OTC, substancje wziewne i przetwory konopi oraz ich łączenie z innymi substancjami); a także używanie leków OTC w próbach samobójczych. „Może sam nastrój nie tak jak halucynacja, że się kręci w głowie, jest tak śmiesznie, karuzela, że tak powiem. (...) P. To miałeś też tak, że widziałeś jakieś rzeczy, których nie ma? R. Pajaki, miałem tak często, że widziałem pajaki. Bo nie boję się samych pajaków, ale to były duże i zawsze wchodziłem na stół i czekałem, aż same wejdą gdzieś indziej. Potem, jak mi to schodziło, to patrzyłem, że znikają. P. Czy widzisz jakieś korzyści z čpania dezodorantu? Już nie. P. A wtedy, jakie widziałeś korzyści? R. Dla zabicia czasu w sumie. Zabicie czasu, inny sposób odurzania się jak marihuana, czyli taka nowość jakby” (Ch, 4, W).

## Sposoby pozyskiwania

To, w jaki sposób pozyskiwane są dane substancje, zależy od ich dostępności i stanu prawnego. Legalne i łatwo dostępne substancje wziewne były kupowane w sklepach, leki OTC – w aptekach lub były podbierane z „domowej apteczki”. Z kolei ze względu na niejasny i zmieniający się status legalności nowych substancji psychoaktywnych ich specyficznym sposobem pozyskiwania jest zamawianie przez internet lub korzystanie z tzw. narkotaksówek. W przypadku zaopatrywania się w substancje z pozostałych grup (a często również i leków oraz NSP) korzysta się głównie z internetu (ogłoszenia na specjalnych stronach i grupach tematycznych portali społecznościowych), znajomych (leki na receptę), którym się ufa, a także bezpośrednio od dilerów (głównie w przypadku stymulantów i nowych substancji psychoaktywnych używanych na imprezach klubowych). „No to od mojego kolegi starszego, wielu kolegów, ziomeczków w Krakowie, którzy mają dostęp do tego w większych ilościach i sprzedają, niektórzy mają drożej, niektórzy tańsze, lepsze. Właśnie dzwonię do ziomeczka starszego i on ma na ogół, podbijamy do bloku, biorę, wychodzę. Innych [sposobów] nie ma” (Ch, 2, K). „Internet tylko. Jeżeli chodzi o legalne to sprzedawcy tych wszystkich dopalaczy, ale jest oczywiście ta głęboka sieć, w której jest wszystko w gruncie rzeczy i miałbym możliwość, gdybym popytał ludzi, to na pewno nie miałbym problemu, żeby kupić tak na ulicy, ale nie chcę, bo albo jakościowo jest gorzej i nigdy nie wiadomo do końca, co to jest, a też wiadomo, że trzeba zapłacić więcej” (Ch, 3, W).

## Percepcja ryzyka

Młodzież dostrzega różne rodzaje ryzyka związanego z używaniem substancji (zdrowotne, społeczne, prawne, materialne, związane z nauką), przy czym jako główne z nich wymieniane były zagrożenia zdrowotne (w tym zatrucia, zaburzenia psychiczne, uzależnienie, przedawkowanie i śmierć) oraz kłopoty z prawem (w związku z nielegalnością stymulantów, nowych substancji psychoaktywnych i przetworów konopi). „Rzykuję życie. Często miałam po narkotykach, po takich ciągach, myśli samobójcze” (Dz, 3, W). „Fizycznie serducho, układ krążenia, to wszystko dostaje po dupsku cholernie (...) przyspieszone tępno i zawał serca to jest ewentualnym problemem (...) Zmiany w mózgu, mała kreska nie zauważysz

tej zmiany, każda pojedyncza nie zmieni cię od razu, tylko dokładasz i jak się ubiera góra, to zauważysz po jakimś czasie stosowania (...). Lęki i jakieś histerie, to się zdarzają jak się spidy [potocznie: amfetaminy] przedawkujesz, albo za dużo dociągasz, albo, jak wiesz, przerośnie go, albo dawka, albo sama substancja. Lokalnie nazywamy to trzaski na bani, wklejki takie wiesz" (Ch, 3, W).

Do innych często wymienianych zagrożeń należało pogorszenie relacji z rodzicami i znajomymi, którzy nie używają substancji psychoaktywnych oraz doświadczanie stigmatyzacji i dyskryminacji społecznej. Używanie substancji ma także negatywny wpływ na naukę szkolną. Specyficzne ryzyko związane z niepewnym składem substancji było wskazywane przez użytkowników nowych substancji psychoaktywnych i stymulantów. Z kolei pogorszenie funkcji poznawczych było istotnym zagrożeniem przytaczanym przez użytkowników przetworów konopi i substancji wziewnych. „No miałam problem, wyzywali mnie, potem straciłam wszystkich, mama się przestała do mnie odzywać, raz mnie wyzywała od ćpunów, bo już takie nerwy miała na mnie, bo coś tam krzyknęła, ja coś krzyknęłam i ona ćpunie do mnie, tak się wtedy popłakałam, tak mi przykro było, że się do niczego nie nadaję. Znajomi też się ode mnie odwróciły, przyjaciółka mnie nie zostawiła, właśnie ta, co mnie zostawiła nagle wtedy, co potrzebowałam jej najbardziej. Ja jej powiedziałam zadzwoń po karetkę, bo już nie wytrzymam, a ona mi się roześmiała w twarz i pojechała ze znajomymi” (Dz, 1, W). Wśród badanych panowała również zgoda na temat wysokiej szkodliwości mieszanek, substancji syntetycznych i zafałszowanych, a więc NSP oraz niektórych stymulantów i przetworów konopi. „Tradycyjne” stymulanty (jak amfetamina czy MDMA), leki oraz „naturalne” przetwory konopi są postrzegane jako względnie bezpieczne substancje. Przy czym większość opinii o szkodliwości substancji psychoaktywnych wyrażają osoby, które doznały już szkód związanych z ich używaniem. „Podstawowe [ryzyko] to chyba to, że nie wiedzą, co biorą, nie mają na ten temat wiedzy. Drugie ryzyko jest takie, że w drugą stronę nie wiedzą, co biorą, bo tego nie przetestowali. Bez testów nigdy nie wiesz, co masz. Nawet zioło, nie wiesz, czy to jest maczanka, czy nie, tylko po znajomości możesz wiedzieć, czy to jest maczanka, czy nie. Dodatkowe ryzyko, przyjmują substancje w warunkach, które nie sprzyjają jej przyjmowaniu (...); im więcej jest substancji jedna za drugą, im więcej mieszanek, tym większe jest ryzyko efektów zdrowotnych” (Ch, 2, W).

## Negatywne konsekwencje

Do najczęściej wymienianych szkód doświadczonych przez respondentów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych należały szkody zdrowotne, w tym: krótkoterminowe dolegliwości somatyczne (jak bóle, skurcze, omdlenia, nudności czy wymioty); niepożądane stany pod wpływem oraz kolejnego dnia po przyjmowaniu substancji (co dotyczyło głównie nowych substancji psychoaktywnych, stymulantów i substancji wziewnych, leków na receptę); hospitalizacje w wyniku intensywnego używania nowych substancji psychoaktywnych oraz substancji wziewnych; a także problemy ze zdrowiem psychicznym (jak pogorszony nastrój, nerwowość, utrata kontroli nad zachowaniem, stany lękowe i psychotyczne). „Najgorsze ryzyko? Psychiczne. Mam tak psychikę zajechaną, potrafiłam siedzieć w domu i słyszeć głosy, chodziłam po całym domu, szukałam tego kogoś, nie było, już miałam swoje urojenia. W głowie mi się pojawiały urojenia. Jak mówiłam, w nocy potrafiłam się przebudzić, widziałam, że ktoś stoi nad moim łóżkiem, zamykałam oczy na chwilę, nie było tego kogoś i po prostu po tym jest taka psychika słaba. Próbowałam popełnić samobójstwo (...)" (Dz, 1, W).

W przypadku użytkowników przetworów konopi oraz rzadziej wśród użytkowników substancji wziewnych, występowało pogorszenie funkcji poznawczych, w tym pamięci, uwagi i sprawności intelektualnej. „Tutaj najwięcej przeszkodziła marihuana, zdecydowanie po półtorarocznym ciągu, gram na dzień minimum, czasem mniej, ale częściej było więcej. Koncentracja leży, pamięć leży krótkotrwała, ledwo istnieje (...)" (Ch, 4, K).

Zgłasiane były także problemy społeczne, w tym przede wszystkim konflikty i pogorszone kontakty z rodzicami i znajomymi oraz doświadczenie stigmatyzacji; a także związane z używaniem substancji nieobecności w szkole i pogorszone wyniki w nauce. Rzadziej w relacjach młodych ludzi pojawiały się problemy prawne, które dotyczyły głównie zachowań pod wpływem nowych substancji psychoaktywnych i stymulantów, w tym pobicia, kradzieży. „Pogorszenie relacji zdecydowanie. Zdarzało się, że wołałem zamiast spotkać się z przyjaciółmi, to wstydziłem się być przy nich naćpany, to nie spotykałem się, tylko poszedłem się naćpać. Okłamywanie, wciskanie jakichś kitów, paranoje po kryształe. Poczucie wygadania się komuś, wymyślanie jakichś fejkowych historii, że ktoś zginął, ktoś uciekł. Wprowadził panikę między ludzi o jakieś sytuacje, które

nigdy się nie zdarzyły (...)” (Ch, 4, K). „No najaraliśmy się i stwierdziliśmy, że trzeba ogarnąć pieniądze. No tak we trzech skopaliśmy jednego chłopaka, zabraliśmy mu wszystko. Ale udało mu się nas poznać. Generalnie trafił do mojego przyjaciela, zobaczył mnie, poznał moją twarz i po czasie przyszło do mnie pismo. Że mam sprawę tego i tego dnia. Odroczyli wyrok, ale dom dziecka stwierdził, że czy tak, czy tak, jeśli już jestem zagrożony sprawą, to trzeba mnie umieścić w ośrodku socjoterapii” (Ch, 4, W).

## Opinie na temat profilaktyki

Większość badanej młodzieży była objęta szkolną profilaktyką dotyczącą używania substancji psychoaktywnych w formie jednorazowych zajęć prowadzonych przez pracowników policji, ratowników medycznych, strażników miejskich, pedagogów, byłych narkomanów lub też „chrześcijańskiego rapera”. Zdecydowana większość respondentów miała krytyczną opinię na temat jakości tych działań, jak i korzyści, jakie miałyby wynikać dla ich funkcjonowania. Wśród profilaktycznych działań pozaszkolnych młodzież wymieniała: ulotki, plakaty, filmy oraz kontakt z wolontariuszami jednej z organizacji pozarządowych zajmującej się edukacją i redukcją szkód w obrębie narkomanii. „Miałem kiedyś lekcję przeciw dopalaczom i narkotykom w liceum, ale to było prowadzone na tak niskim poziomie, że to aż smutne było. W sumie nie wiem, już lepiej nie prowadzić takich lekcji niż coś takiego. Typowe takie wpajanie do głowy, że złe, złe, złe, bez nawet żadnych argumentów i nie wiem, sprawia to trochę, że ludzie nagle, jak się dowiadują, że to wcale nie jest takie, jak mówią do końca, to tracą całkowicie zaufanie do takich programów, że uważają to za totalnie złe dla szkoły” (Ch, 1, K).

Rekomendacje młodzieży na temat skutecznych działań profilaktycznych obejmowały: większą rzetelność przekazywanych informacji bez straszenia nieprawdziwymi konsekwencjami, stygmatyzowania i moralizowania oraz posługiwanie się stereotypami; interaktywność i ciągłość zajęć (kilka spotkań); uwzględnianie wiedzy z zakresu ograniczania ryzyka i szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych; opieranie przekazów profilaktycznych na rzeczywistych sytuacjach doświadczanych przez młodzież (np. impreza, domówka); doświadczenie osoby prowadzącej oraz niezawężanie się do tematyki jednej z grup substancji, jak ma to miejsce na przykład z programami dotyczącymi „dopalaczy”. „Trzeba się zastanowić, czy tego typu programy w ogóle będą działać. Bo

zwykle, kiedy człowiekowi się mówi, że nie może czegoś robić, bo nie może, to on zwykle będzie chciał to zrobić. Trzeba byłoby bardziej zadbać o tę minimalizację szkód niż o samo wpajanie ludziom, żeby czegoś nie robili, bo to może przynosić marne skutki albo odwrotne” (Ch, 3, K). „Myślę, że tak, bo w tych programach ludzie pokazują użytki jako normalną rzecz, nie straszą ich tym. Opisują działanie, jak to używać, dawkowanie, co się może stać, jak zapobiegać czemuś. Ludzie bardziej mi się wydaje są chętni do oglądania kogoś, kto w rzetelny sposób to opisze, niż będzie straszyć cię użytkami, że jakieś one są złe i w ogóle tylko poda rzetelne informacje” (Ch, 6, K).

## Wnioski

Świat narkotyków i innych substancji psychoaktywnych widziany oczami młodych użytkowników znacznie odbiega od tego, co tzw. przeciętny obywatel sądzi na ten temat. W młodzieżowym obrazie można dostrzec sporą dozę akceptacji dla korzystania z narkotyków oraz fascynację efektami ich działania. Dla niektórych uczestników naszych badań różnorodność substancji psychoaktywnych stanowi atrakcyjny teren do eksperymentowania z nowymi doznaniami. Młodzież, która używa tych substancji, jest dość dobrze zorientowana w możliwych negatywnych konsekwencjach i świadoma ryzyka, jakie podejmuje. Taki stan świadomości młodych użytkowników narkotyków i innych niebezpiecznych wynalazków stanowi poważne wyzwanie dla ludzi zajmujących się profesjonalną profilaktyką.

*Badania zrealizowano w ramach zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii określonych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020, finansowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Umowa 325/H6/BO/2018 zawarta w dniu 15.05.2018 roku. Autorzy badań: Krzysztof Ostaszewski, Katarzyna Dąbrowska, Jakub Greń, Łukasz Wieczorek.*

*Pełna wersja artykułu dostępna na stronie  
<https://www.narkomania.org.pl/?p=26182>*

## Przypisy

<sup>1</sup> K. Ostaszewski, K. Dąbrowska, J. Greń, Ł. Wieczorek, „Raport końcowy. Analiza jakościowa stylu życia 17-18-letnich użytkowników substancji psychoaktywnych, wzorów i motywów używania substancji oraz innych zachowań problemowych”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2019, <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>

*Młodzież używająca substancji psychoaktywnych interesuje się informacjami na temat ograniczania zagrożeń związanych z takim zachowaniem. Głównym źródłem informacji w tym obszarze są znajomi i internet, dlatego oddziaływanie profilaktyczne i terapeutyczne kierowane do tej grupy powinny uwzględniać te dwa czynniki.*

# PODEJMOWANIE RYZYKA I OGRANICZANIE SZKÓD – GŁOS MŁODZIEŻY, KTÓRA UŻYWA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jakub Greń, Krzysztof Ostaszewski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Kontekst badań

Używanie substancji psychoaktywnych jest postrzegane przez wielu ludzi jako zachowanie jednoznacznie szkodliwe, niebezpieczne i nieodpowiedzialne. Podobnie postrzegani są również sami użytkownicy tych substancji, w tym szczególnie ci młodzi. Tymczasem, jak wiadomo, dorastanie jest okresem, w którym podejmowanie różnego rodzaju ryzyka jest naturalnym przejawem zachodzących licznie (fizjologicznych, psychologicznych i społecznych) procesów rozwojowych<sup>1</sup>. Ponadto z badań wynika, że jedynie stosunkowo niewielka grupa osób, które używają substancji psychoaktywnych, rozwija problemowy wzór używania, a jeszcze mniejsza spełnia kryteria uzależnienia<sup>2</sup>. Dotyczy to przede wszystkim młodzieży, ponieważ u zdecydowanej większości tej grupy, nawet przy intensywnym używaniu substancji nie rozwinięło się jeszcze uzależnienie<sup>3</sup>.

Konsekwencje związane z substancjami psychoaktywnymi nie są jednakowe i nieuniknione dla wszystkich,

którzy ich używają, ale są wyraźnie zróżnicowane i zależne od wielu czynników. Wśród tych czynników należy wymienić zarówno własności samej substancji (jak potencjał uzależniający czy toksyczność), jak i decyzje użytkownika – wielkość dawki oraz częstość przyjmowania, intencja i sposób zażywania substancji<sup>4,5</sup>. Wyniki wielu badań wskazują jednak, że znaczenie ma również wiedza na temat przyjmowanej substancji, wcześniejsze doświadczenie w jej używaniu oraz ograniczanie związanego z tym ryzyka<sup>6,7,8</sup>. Tym ostatnim czynnikom poświęca się jednak najmniej uwagi.

## Przegląd literatury

Dotychczasowe badania w tym zakresie koncentrowały się na kilku specyficznych grupach wysokiego ryzyka, tj.: 1) dorosłych, iniecyjnych użytkownikach opiatów i opioidów<sup>9</sup>;

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych (N=72).

Płeć	Chłopcy (50%)	Dziewczyny (50%)				
Wiek	17 lat (32%)	18 lat (68%)				
Miejsce zamieszkania	Miasta powyżej 100 tys. mieszk. (67%)	Miasta pomiędzy 50 a 100 tys. mieszk. (18%)	Miejscowości poniżej 50 tys. mieszk. (15%)			
Miejsce przeprowadzania wywiadu	Warszawa (74%)	Kraków (21%)	Łódź i Katowice (5%)			
Rodzaj szkoły	Gimnazjum (15%)	Liceum (45%)	Technikum (12%)	Branżowa/zawodowa (6%)	Inne (22%)	
„Z kim obecnie mieszkasz?”	Rodzina pełna (31%)	Tylko z ojcem (10%)	Tylko z matką (21%)	Z kimś innym z rodziną (10%)	Sam lub z partnerem/ką (4%)	W MOW lub MOS (24%)

2) studentach amerykańskich college'ów w kontekście picia alkoholu<sup>10</sup>;

3) tzw. psychonautach, czyli osobach eksperymentujących z substancjami halucynogennymi<sup>11, 12</sup>;

oraz

4) „rekreacyjnych” użytkownikach stymulantów (jak MDMA) wśród uczestników imprez klubowych, rave’ów i festiwali muzycznych<sup>13, 14</sup>.

Natomiast w Polsce dotychczasowe badania na temat używania przez młodzież substancji psychoaktywnych skupiały się głównie na czynnikach wpływających na rozpowszechnienie tego zjawiska, ulokowanych po stronie popytu na te substancje (np. motywy używania) oraz ich podaży (np. dostępność substancji). Brakuje więc danych na temat znajomości i stosowania sposobów ograniczania ryzyka i szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród młodzieży.

## Metoda badawcza

Aby wypełnić tę lukę w naszej wiedzy, przeprowadzono 72 wywiady indywidualne z młodzieżą w wieku 17–18 lat, która przynajmniej trzykrotnie w ciągu ostatniego roku używała substancji psychoaktywnych, ale nie miała historii leczenia problemów związanych z braniem środków psychoaktywnych. Badanie to było częścią większego projektu badawczego, mającego na celu pogłębioną analizę wyników i zjawisk zidentyfikowanych w badaniach ilościowych ESPAD. Streszczenie i omówienie najważniejszych wyników tego projektu jest przedmiotem odrębnego artykułu publikowanego w tym numerze SIU.

W badaniu zastosowano metodologię badań jakościowych, która charakteryzuje się niską prekonceptualizacją analizowanego zjawiska, a dzięki bezpośredniemu kontaktowi i pytaniom otwartym pozwala na jego głębsze poznanie<sup>15</sup>. W tym przypadku posłużono się wpół-ustrukturyzowanymi indywidualnymi wywiadami pogłębionymi, przeprowadzonymi przez dziesięciu ankieterów mających doświadczenie w kontakcie z młodzieżą używającą substancji psychoaktywnych (oraz samych badaczy w przypadku wywiadów z profesjonalistami). Uczestników badania rekrutowano za pomocą ogłoszeń zamieszczanych na internetowych forach i grupach społecznościowych związanych z tematyką substancji psychoaktywnych; w młodzieżowych ośrodkach wykowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii

(MOW i MOS); oraz metodą kuli śnieżnej. Aby spełnić założenia próby badawczej, dobór respondentów był celowy. Rekrutowano po 12 osób (z równolicznym podziałem na płeć) w każdej z sześciu grup substancji: (1) nowych substancji psychoaktywnych, (2) przetworów konopi, (3) stymulantów, (4) substancji wziewnych, (5) leków OTC oraz (6) leków na receptę używanych w celu odurzania się. Wywiady były prowadzone między lipcem a wrześniem 2018 roku, na terenie Warszawy, Krakowa, Łodzi i Katowic.

Respondentów zapytano o następujące kwestie:

1. Jak myślisz, jakie warunki muszą być spełnione, aby używanie [substancji, której dotyczyły wywiad], mogło być bezpieczne?
2. Skąd, jeśli w ogóle, czerpiesz informacje o substancjach, których używasz?
3. W jaki sposób, jeśli w ogóle, starasz się ograniczać ryzyko i szkody związane z używaniem tych substancji?
4. Czy w Twoim najbliższym otoczeniu stosowane są jakieś sposoby (zasady/strategie) mające na celu ograniczenie ryzyka lub szkód wynikających z używania substancji? Jeśli tak, to jakie to sposoby?

Transkrypcje wywiadów poddano jakościowej analizie danych metodą konsensualną (*Consensual Qualitative Research*). W podejściu tym materiał empiryczny jest analizowany przez kilku badaczy, a ostateczna interpretacja (wyłonienie nadzędnych kategorii) jest rezultatem uzgodnienia ich perspektyw<sup>16</sup>. W tym przypadku analiza materiału z całego projektu badawczego została przeprowadzona przez czterech badaczy, zarówno wewnętrz, jak i pomiędzy sześcioma grupami użytkowników substancji. Natomiast analizy danych dotyczących sposobów ograniczania ryzyka i szkód dokonali autorzy tego artykułu.

## Wyniki

W tabeli 1. zestawiono dane socjodemograficzne charakteryzujące uczestników badania.

Chociaż respondenci byli dobierani pod względem używania jednej z sześciu substancji pierwszego wyboru, żaden z nich nie był użytkownikiem tylko jednej substancji – najczęstszym wzorem używania była tzw. politoksykomania<sup>17</sup>.

Do opisanych poniżej wyników dołączono przykładowe fragmenty wypowiedzi respondentów w obrębie danej kategorii. Ich szczegółowe zestawienie – oraz wiele in-

nnych informacji – można znaleźć w raporcie z realizacji projektu badawczego<sup>17</sup>. Dołączone do cytatów nawiasy oznaczają: Ch/Dz (płeć: chłopak/dziewczyna); 1-6 (grupa substancji); W/Krk/Ł/Kat (miejsce przeprowadzania wywiadu: Warszawa/Kraków/Łódź/Katowice).

## Źródła informacji

Według relacji badanych głównym źródłem informacji na temat substancji psychoaktywnych i sposobów ograniczania ryzyka i szkód związanych z ich używaniem jest internet, a w tym: fora internetowe (*Hyperreal, Neurogroove, Erowid, Psychonautwiki, Reddit*); *Wikipedia*; strona internetowa Społecznej Inicjatywy Narkopolityki; blog Jerzego Vetulaniego oraz inne, bliżej niesprecyzowane „artykuły w internecie”; a także kanały YouTube'a poświęcone tematyce substancji psychoaktywnych (*Wiem co ćpiem, PsychedSubstance, Drug Classroom*).

„Hyperreal, Erowid, Hyperreal grupa na Facebooku, jest parę grup emergency to polecam. SIN oczywiście. W zasadzie Wikipedia, Psychonaut Wikipedia (...). Zdecydowanie internet. Właśnie te strony, co mówiłem wcześniej, dobra wiedza, to trzeba chłonąć” (Ch, 2, K).

Natomiast jako inne źródła wskazywano: wymianę informacji ze znajomymi, którzy również używają substancji i własne doświadczenia.

„Ze środowiska znajomych głównie, bo to nie jest napisane, nie jest zbagatelizowane czy przekolorowane tylko ktoś tego doświadczył” (Dz, 2, W).

Niektórzy z badanych korzystali tylko z jednego czy dwóch z wymienionych wyżej źródeł, a inni wspominali, że porównują informacje z co najmniej kilku źródłami, weryfikując ich rzetelność:

„Może na początku, zanim weszłam w temat i sama zaczęłam brać, no to opowieści znajomych, ale zawsze sięgałam do Internetu po zweryfikowanie tych informacji. Ta strona już została ze mną” (Dz, 3, K).

## Sposoby ograniczania ryzyka i szkód

Uczestnicząca w badaniu młodzież była zgodna co do tego, że nie ma „bezpiecznego” używania substancji psychoaktywnych, jednak możliwe jest używanie ich w sposób „bezpieczniejszy”, „mniej szkodliwy” czy „bardziej odpowiedzialny”. Przyczynią się do tego różne sposoby ograniczania ryzyka i szkód, które można

stosować, skoro podjęło się już decyzję o używaniu substancji. Znajomość i stosowanie takich sposobów było znane użytkownikom wszystkich sześciu grup substancji. Zidentyfikowane sposoby ograniczania ryzyka i szkód zostały skategoryzowane jako: (1) związane z wiedzą na temat substancji psychoaktywnych i ich używania; (2) dotyczące warunków podnoszących bezpieczeństwo; (3) sposoby minimalizacji ryzyka oraz (4) sposoby kontroli używania.

## Wiedza

– **uprzednie zdobycie informacji na temat substancji, którą planuje się użyć** (efekty i mechanizmy działania, dawkowanie, przeciwwskazania, interakcje z innymi substancjami):

„Myślę, że powinno się o tym, co nieco poczytać i się dowiedzieć, na czym to polega i czy jest się na pewno na to gotowy, czy się tego chce. Poznać konsekwencje, to jest najważniejsze” (Dz, 5, W),

„(...) na początku przeczytać jak najwięcej o tej substancji, czego można się spodziewać, jak to ma wyglądać. W Internecie jest wiele takich stron, można się dużo dowiedzieć, jest wiele takich osób. Z czym tego nie łączyć, czy zjeść coś wcześniej, czy nie. W jakim miejscu być, czy to dom, czy lepiej być samemu, czy w towarzystwie, jaka muzyka wtedy. Dowiedzieć się, co do danej substancji pasuje. Zrobić taki research” (Dz, 5, Krk),

– **unikanie substancji nieznanych oraz w „podejrzanej” formie lub opakowaniu:**

„Trzeba unikać substancji, jakichś mocarzy nasączań chemikaliami czy suszu do palenia, czy tego typu rzeczy. Ważne, żeby nie brać takich w niewiadomych opakowaniach, nie wiadomo co. Skupić się na substancjach, których ktoś już przetestował działanie” (Ch, 1, W),

– **korzystanie z dostępnych metod sprawdzania substancji (tzw. drug checking), której zamierza się użyć (testy laboratoryjne lub samodzielne testy kolorymetryczne):**

„Na pewno sprawdzenie. Wiadomo, żeby sprawdzić dokładnie, to trzeba wysłać do testów laboratoryjnych, ale jakiekolwiek sprawdzenie nawet testem kolorymetrycznym, to już daje coś, cokolwiek” (Dz, 3, W),

„Fajnie byłoby, jakby ludzie mieli też przy sobie te testy badające substancje, ale mało kto je kupuje” (Dz, 1, W).

**– posiadanie jak najlepszej wiedzy na temat własnego organizmu („reakcji swoich”), podatności i przeciwwskazań wynikających z kondycji psychofizycznej:**

„(...) brać z głową, znać swój organizm, a jeżeli bierzymy pierwszy raz, to poznać swój organizm, nie ładując dawki sporej, wiedzieć, jak organizm reaguje na dany lek (...). Nie znam badań na temat kodeiny i acodinu, ale na przykład wiem, że moja znajoma dostała padaczki po acodinie przy mnie, a też nie wzięła dużo. Trzeba spojrzeć szerzej na to (...), to działa na wszystkich w innej dawce, i to też jest ważne. Są ludzie, którzy 50 mg i już strzelą w kosmos, a są ludzie którzy 150 muszą, żeby cokolwiek poczuć i to jest też niebezpieczne” (Ch, 5, W),

„(...) trzeba znać swój umiar i swój mózg, bo na każdego to działa słabiej, mocniej, mówię po tym moim przeżyciu ostatnim, kiedy myślałam, że już koniec” (Dz, 2, W).

## Warunki bezpieczeństwa

**– decydowanie się na używanie substancji tylko w bezpiecznym otoczeniu** (pod względem samopoczucia, dostępu do wody i „bezpiecznej przestrzeni” oraz tego „żeby sobie nie wkręcić czegoś złego”), **w towarzystwie zaufanych (i najlepiej trzeźwych) osób, które mogą udzielić pomocy w sytuacji wymagającej interwencji:**

„Używki pojawiają się tylko, kiedy jestem ze znajomymi i też nie zawsze, to jest kwestia tego, czy jesteśmy w miejscu, gdzie to jest bezpieczne, żeby założyć jakąkolwiek użytkę” (Ch, 3, W),

„Na pewno odpowiednie towarzystwo w sensie, że gdyby mi się coś stało, to czułabym się bezpiecznie i wiem, że zadzwoniliby po pogotowie. Jakby się coś stało, a nie, że zaczeliby się śmiać, alaliby i dalej sobie poszli” (Dz, 2, W),

**– posiadanie przy sobie substancji, które mogą być pomocne przy zatruciu, przedawkowaniu lub doświadczaniu niekorzystnych efektów działania:**

„No ja staram się, jak używam substancji stymulujących, mieć w zapasie neuroleptyk i benzodiazepinę, gdyby ktoś zaczął się źle czuć. Proszę znajomych, żeby w takich sytuacjach wzięli... chociażby zaczynali od hydroxyzyny, nie czekając, sam miałem doświad-

czenie z takim stanem nieogarnięcia się i widzę, kiedy ktoś zaczyna się zachowywać i wiem, jak zareagować. To pomaga. Tak, myślę, że posiadanie benzodiazepiny przy ludziach, którzy pierwszy raz albo niewiele razy stosowali stymulanty, jest dobrym takim zwyczajem, żeby po prostu nie zrobili sobie krzywdy” (Ch, 1, W),

„Mam w domu nalokson w razie zatrucia opioidowego” (Ch, 6, Kat),

**– pozyskiwanie substancji tylko z zaufanych źródeł:**

„Mój znajomy, zanim jeszcze miał do tego dostęp, był moim znajomym, i ja go znam, ja mu ufam. Tylko znajomości, od nieznajomego nie kupuję zioła, bo nie znam tego człowieka, jemu zależy na tym, żeby zarobić, a nie na tym, żeby mi coś dać” (Ch, 2, W).

## Minimalizacja ryzyka

**– utrzymywanie „higieny” używania substancji psychoaktywnych poprzez (najlepiej) jednorazowe i niedzielone z nikim używanie czystego sprzętu do: iniekcji (sterylna igła i strzykawka), przyjmowania donosowego (np. „rurka” bądź „zwijka”), palenia (np. „lufka” lub „fajka”) lub inhalacji (np. „torba plastikowa”):**

„Musi być czysta torbka i świeży klej. Nie torbka brudna ze śmietnika z jakimiś resztami żarcia, tylko musi być świeża ze sklepu i czysty klej i to jest to. A marihuana tak samo, musi być czysta fifka, nie po kimś, czy znaleziona [bo] może [to] być fifka po czymś, nie wiadomo po czym” (Dz, 4, W),

„No to wiadomo, zawsze mam swoją zwijkę i w sumie to jest tak, że jeżeli raz nią wciągnę, to staram się znaleźć inną, świeżą, nową. Najczęściej noszę przy sobie kartki albo jeśli jest SIN, albo mam z SIN-u zwijki. Nigdy nie używam banknotów albo od kogoś, bo jednak wolę nie ryzykować” (Dz, 3, W),

**– przygotowanie substancji, której chce się użyć,** np. „mieć dobrze pokruszoną substancję” (Dz, 3, W) w przypadku przyjmowania donosowego,

**– odpowiednie dawkowanie przyjmowanej substancji i szczególna ostrożność przy używaniu danej substancji po raz pierwszy, w tym tzw. próba alergiczna:**

„Próbuje się zawsze bardzo mało, to jest próba alergiczna, jeżeli wszystko jest okej i się nie odczuwa efektów, to można więcej” (Ch, 3, W),

„(...) trzeba wziąć pod uwagę twoją wagę, czy jesteś kobietą czy mężczyzną. Głównie waga, przeliczyć

to jakoś. Można w Internet, można przeczytać, ile na kilogram masy ciała powinno być tej substancji i dastosować to pod siebie. A nie, że on wziął tyle i tyle i go nie klepło. Trzeba patrzeć na siebie i poznać swój organizm albo zrobić test uczuleniovy, czy ta substancja cię nie uczula (...). Wiadomo, że mała część osób to robi, idzie się na żywioł” (Dz, 5, Krk),

**– unikanie mieszania różnych substancji psychoaktywnych:**

„Żeby nie robić mików, żeby nie mikować” (Ch, 1, W),

„Nie mikować z alkoholem, tak, zdecydowanie” (Ch, 3, W),

**– używanie gumy do żucia (będąc pod wpływem stymulantów):**

„(...) żeby być przygotowanym tak, żeby mieć przy sobie takie rzeczy jak woda czy gumy do żucia, bo przy szczękościaku można sobie wywalić wszystkie zęby” (Ch, 3, W),

**– unikanie i nieprowokowanie groźnych sytuacji oraz zachowań, których można żałować:**

„No to po prostu siedzieliśmy [będąc pod wpływem], nigdzie się nie ruszaliśmy z miejsca. Chyba że do sklepu i wracaliśmy, nie chodziliśmy i nie szukaliśmy żadnych zaczepek, wiedzieliśmy, jak to się skończy. Coś ktoś głupiego powie do nas i od razu awantura będzie” (Ch, 5, Krk).

**– regularne picie wody, jedzenie, regeneracja organizmu poprzez sen, suplementacja witamin/minerałów/elektrolitów (głównie w przypadku używania stymulantów):**

„Wiedziałam, że jak będę imprezować z emką [MDMA] i amfetaminą to dzień wcześniej dbam o uzupełnienie magnezu, przed samą imprezą biorę jakieś antyoksydanty, dzień później uzupełniam zestawem witamin. Rozpisane konkretnie, co biorę, ile godzin przed, jaki suplement. Mam zapisane, żeby zawsze wziąć wapno przy zażywaniu jakichś opioidów, żeby zredukować wyrzuty histaminowe. Więc takie dbanie niemedyczne, fizyczne dbanie o siebie” (Dz, 3, Ł),

„Suplementować się, bo wypłukujesz wszystkie minerały, magnez jeść, jeść na siłę, ciągów najlepiej nie stosować, bo to najbardziej wyniszcza brak snu, brak jedzenia. Mało pjesz, wysuszony jesteś, to bardziej niszczyci niż substancja konkretna (...). Jak nawet jest gruba impreza to zjem nawet na siłę,

jedzenie, bo wiesz głód, pusty żołądek przez parę dni, to wycieńcza organizm normalnie, jeść na siłę, pić na siłę, kłaść się, spać, nawet jak nie możesz usnąć, to leżeć. To regeneruje organizm” (Ch, 3, W).

**– odmowa propozycji używania, a w niektórych przypadkach także izolacja społeczna:**

„Próbowałem zostać w domu, nie wychodziłem, z nikim się nie zadawałem, nie chciałem, żeby ludzie do mnie pisali, znajomi, odmawiałem wszystkiego” (Ch, 1, W),

„(...) zablokowanie wszystkich, jak to zrobiłam znów, zablokowanie numeru i nieprzyjeżdżanie do mojego miejsca zamieszkania, gdzie mam bardzo dużo znajomych [z którymi wcześniej używałam] i zawsze, jak przyjadę do tego domu, to zmieniam numer, żeby nikt się nie odzywał” (Dz, 3, W).

## Kontrola używania

**– wyznaczanie i nieprzekraczanie osobistych limitów używania substancji:**

„Okręślona ilość przyjmuję, nie wychodzę poza nią. Czyli tyle i tyle kleju i więcej nie. Czyli dmuchamy do 20, a później koniec, wracamy do domu” (Ch, 4, W), „Stosować się do tego, co się postanowiło na początku, że się weźmie 20 tabletek, a nie 30 i nie pójdzie się potem dokupić, trzymać się ustalonych zasad, dopuszczalnej dawki, nie przeginać tego (...). Przede wszystkim nie przekraczać ustalonej dawki, to jest podstawa zredukowania szkody” (Dz, 5, Krk),

**– zachowywanie jak najdłuższych przerw między kolejnymi dawkami oraz okazjami (zapobieganie powstawaniu tolerancji na daną substancję; redukcja częstości używania, np. z regularnego do okazjonalnego):**

„Strasznie dbam o te odstępy, to nie jest coś, co się dzieje często, nie zabiera mi to dużo czasu (...) jest taka zasada, że [MDMA] nie przyjmuje się częściej niż raz na miesiąc” (Dz, 3, Ł),

„Nie brać codziennie to na pewno. Jak czułem się źle, to nie brałem więcej, tylko czekałem, aż się poczęję dobrze. I nie brać regularnie, robić sobie przerwy, żeby nie było rutyny” (Ch, 1, W),

„Staram się nie stwarzać takiej sytuacji [do używania], już nie kupuję sama dla siebie, jak jest okazja, to zapalę, ale staram się sama nie stwarzać takich sytuacji” (Dz, 2, W),

**– przyjmowanie doustne zamiast donosowego (w przypadku używania stymulantów):**

„Na pewno powiem, że jest bardziej odpowiedzialnie połykać [niż wciągać nosem], więc tego bym się trzymał (...), bo też unika się kompulsywnego dawkowania tego” (Ch, 3, Krk),

„(...) z tego, co wiem, [MDMA] w kapsułkach jest najbezpieczniejszy” (Ch, 3, W),

**– bieżąca kontrola stanu zdrowia podczas używania substancji:**

„Mielimy taką manię sprawdzania pulsu, choćby ręką czy na pulsometrze na telefonie. Moi koledzy, jak się zagłębieli w temat dopalaczy, to mierzyli sobie ciągle ciśnienie, żeby kontrolować pracę serca. Myślę, że jak serce nawalało już zbyt mocno, to można było też stwierdzić, że pora na przerwę” (Ch, 1, Kat),

**– posiadanie konstruktywnych postaw względem substancji** (które sprzyjają ograniczaniu lub unikaniu używania), **a także branie pod uwagę bieżących planów** (np. nauka szkolna; relacje społeczne, w tym umówione spotkania; obowiązki w pracy itp.):

„To jest dodatek do imprezy, a nie jej warunek (...). Też trzeba wiedzieć, jaka jest impreza, o której się kończy (...) już nie tam na siłę przed powrotem do domu jeszcze jedną, tylko trzeba wiedzieć, dobra, za tyle i tyle wychodzimy z imprezy, to już koniec, stop” (Dz, 3, W),

„Czasem wolę sobie zapalić w momencie, kiedy nie mam już nic do zrobienia. Wiem, że w takim stanie średnio będę mógł się na czymkolwiek skupić” (Ch, 2, W),

**– angażowanie się w alternatywne aktywności** (np. nauka, sport, pasja) **i znajomości** (w tym z osobami „które nie biorą”):

„Teraz robię sobie przerwę [od używania], czuję się lepiej, bo zacząłem ćwiczyć, nie chciało mi się ćwiczyć, jak paliłem dużo, bo to normalne, że upośledza motywację. Zacząłem ćwiczyć bardziej, skupiłem się na tym, teraz idę do szkoły, pora na naukę, pora na zrobienie czegoś innego. Potem będzie czas na relaks i może się do tego wróci. Na razie trzymam się tego (...), dbam o to, żeby moje życie nie było oparte tylko na ziole, to byłoby nudne, z czystego rozsądku. Trzeba dbać o to, żeby kontakt z rzeczywistością mieć, wychodzić do ludzi, uczyć się rzeczy, które mnie interesują. Trzeba trzymać kontakt z rzeczywistością, sport, dziewczyna, znajomi, nauka, praca.

Wszystko to trzyma, życie realne trzyma mnie z dala [od używania]” (Ch, 2, W),

„(...) żeby ludzie jakąś pasję mieli, bo jak człowiek nie ma pasji, to nie ma, co robić i jedyną rozrywką, jaką ma, są substancje psychoaktywne. Pasja jest najbardziej w stanie odciągnąć od uzależnień, akceptacja samego siebie na pewno, stwierdzenie, że ja jestem spoko” (Ch, 2, W).

Ponadto w badaniu zidentyfikowano również **sprzyjające ograniczaniu ryzyka i szkód „kumpelskie zachowania”, „nieopisane normy” i „zasady” w grupie znajomych, z którymi się używa:**

„Są niepisane normy, przede wszystkim nikt nikogo by tam nie zmusił do palenia. To jest grzeczne częstowanie, albo ktoś się decyduje, albo nie. Jeżeli słyszymy, że ktoś robi sobie przerwę, to mu nawet nie proponujemy, żeby nie ułatwiać mu złamania się w tym postanowieniu. Tak samo, jak ktoś czuje się źle i mówi o tym, może liczyć na to, że wszyscy mu pomogą. Kolejna zasada, jeżeli ktoś nie ma przy sobie gotówki, a składamy się na coś, to nie ma problemu, żeby ktoś komuś pożyczył, no bo chyba sobie sami ufamy, że odda. Chyba, że nie oddaje, to wprost mówimy: *Stary nie oddał ostatnio, to nie licz teraz, dopóki nie oddasz*. Normalne podejście do człowieka. Jakie jeszcze zasady, sami siebie wspieramy. Takie zasady jak paczki kumpli. Jeżeli ktoś ma problem i o tym mówi, chce o tym pogadać i trzeba mu jakoś pomóc. Czysto kumplowskie zachowanie, ludzkie zachowanie. Jeszcze ważna zasada, jeżeli widzimy, że ktoś przesadza z czymś, to mu zwracamy na to uwagę” (Ch, 2, W).

Należy jednak dodać, że wśród respondentów znalazły się również osoby, które nie potrafiły wymienić żadnych stosowanych przez siebie lub znajomych sposobów ograniczania ryzyka i szkód:

„Nie wiem. Nic chyba. Wiedziałam, co robię, ale nie zdawałam sobie z tego sprawy” (Dz, 1, Krk),

„Mam wrażenie, że w niektórych środowiskach zupełnie nie, że to wynika z braku wiedzy, że coś takiego należy robić i że niektórzy ludzie to odkrywają, biegą w to i się skazują sami” (Dz, 5, W),

„Moi znajomi idą raczej na żywioł, nie myślą o tym zazwyczaj, nie myślą, że coś się może wydarzyć takiego, że będą potrzebować pomocy, na żywioł robią wszystko” (Ch, 5, Krk).

## Omówienie wyników

Celem badania była eksploracja sposobów ograniczania ryzyka i szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez polską młodzież, co pozwoliło na poszerzenie kategorii służących do ich opisu. Spośród repertuaru zidentyfikowanych praktyk wyróżnić można zarówno mieszczące się w *wąskiej* (stosowane bezpośrednio przed, w trakcie lub po używaniu substancji), jak i *szerokiej* (dotyczących także unikania używania w ogóle) ich definicji<sup>10</sup>. Przy czym praktyki te były najlepiej znane i najczęściej stosowane wśród młodzieży przyjmującej substancje w sposób rekreacyjny (domówki, imprezy lub festiwale), a najrzadziej wśród wychowanków MOW i MOS. Wypowiedzi tych pierwszych – skupiając się na minimalizacji ryzyka zdrowotnego i prawnych konsekwencjach oraz unikaniu niepożądanych i maksymalizacji pożądanych efektów działania – mieściły się w definicji wąskiej. Natomiast wypowiedzi wychowanków MOW i MOS, dotyczące głównie unikania, odmawiania lub ograniczania używania, reprezentowały sposoby z definicji szerokiej. Prawdopodobną przyczyną tego zróżnicowania było objęcie tych grup młodzieży innymi działaniami profilaktycznymi: z zakresu profilaktyki wskazującej i redukcji szkód podczas imprez i festiwali w miastach objętych badaniami (partyworking), o czym wspominali również sami respondenci; oraz zorientowanym na abstynencję i rozwijanie umiejętności psychospołecznych programach w placówkach MOW i MOS. Innych przyczyn należy poszukiwać po stronie odmiennych motywów, kontekstów i wzorów używania substancji w tych grupach<sup>17</sup>.

Ponadto niektóre z wymienianych przez badaną młodzież sposobów ograniczania ryzyka i szkód, były specyficzne dla danej substancji (np. przyjmować stymulanty doustnie zamiast donosowo), a inne dotyczyła używania substancji w ogóle (np. decydować się na używanie jedynie w bezpiecznym otoczeniu i zaufanym towarzystwie). Nie zaobserwowano jednak wyraźnych różnic w znajomości i stosowaniu takich zachowań ze względu na płeć.

Co ważne, z analizy całości materiału<sup>17</sup> wynika, że wymieniane sposoby ograniczania ryzyka i szkód były stosowane doraźnie lub wybiórczo (np. przy zachowaniu mieszania kilku substancji lub tylko przy stosowaniu większych dawek). Przy czym nasze wyniki pokrywają się z rezultatami innych przeprowadzonych w tym zakresie badań jakościowych, w tym: amerykańskiego badania nad zachowaniami chroniącymi od negatywnych konsekwencji picia alkoholu

wśród studentów pierwszorocznych<sup>18</sup>; portugalskiego badania nieproblemowych użytkowników substancji nielegalnych<sup>5</sup>; czy badania na temat używania substancji przez młodzież na tle różnych kontekstów geograficznych, politycznych i socjokulturowych w Kanadzie<sup>19</sup>. Jednak w przypadku większości zidentyfikowanych – w naszych oraz przytoczonych wyżej badaniach – sposobów ograniczania ryzyka i szkód, brak jest empirycznych dowodów na ich skuteczność, co powinno zostać uwzględnione w dalszych badaniach w tym zakresie.

## Wnioski

Pomimo podejmowanego ryzyka, młodzież używającą substancji psychoaktywnych cechuje aktywne zaangażowanie w ograniczanie związanych z tym zagrożeń. Kluczową rolę w takim zachowaniu odgrywają również znajomi. Co więcej, prócz różnych sposobów ograniczania ryzyka i szkód zidentyfikowano także duże zapotrzebowanie na wiedzę ekspercką w tym zakresie. Natomiast głównym źródłem takich informacji jest obecnie internet. Wyniki naszego badania sugerują więc, że kierowane do młodzieży używającej substancji psychoaktywnych oddziaływanie profilaktyczne i terapeutyczne mogą skorzystać z zastosowania podejścia ograniczania ryzyka i szkód, uwzględnienia roli znajomych oraz wykorzystania platform online.

*Pełna wersja artykułu dostępna na stronie  
<https://www.narkomania.org.pl/?p=26184>*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Chambers R.A., Taylor J.R. & Potenza M.N., „Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability”, American Journal of Psychiatry, 160(6), 2003, 1041-1052.
- <sup>2</sup> Wagner F.E., Tarolla M.S., „Course and outcome. In Essau, C. (Ed.). Substance abuse and dependence in adolescence: epidemiology, risk factors and treatment (pp. 119-142), Psychology Press, New York, NY 2002.
- <sup>3</sup> Stockings E., Hall W.D., Lynskey M., Morley K.I., Reavley N., Strang J. & Degenhardt L., „Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people”, The Lancet Psychiatry, 3(3), 2016, 280-296.
- <sup>4</sup> Nutt D.J., King L.A. & Phillips L.D., „Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis”, The Lancet, 376(9752), 2010, 1558-1565.
- <sup>5</sup> Cruz O.S., „Nonproblematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample”, Journal of Drug Issues, 45(2), 2015, 133-150.
- <sup>6</sup> Panagopoulos I., Ricciardelli L.A., „Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users”, International Journal of Drug Policy, 16(1), 2005, 54-64.
- <sup>7</sup> Soar K., Turner J.J. D. & Parrott A. C., „Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage

- patterns and pre-existing psychiatric factors”, Journal of Psychopharmacology, 20(3), 2006, 417-424.
- <sup>8</sup> Carhart-Harris R.L. & Nutt D.J., „Experienced drug users assess the relative harms and benefits of drugs: a web-based survey”, Journal of Psychoactive Drugs, 45(4), 2013, 322-328.
- <sup>9</sup> Maxwell S., Bigg D., Stanczykiewicz K. & Carlberg-Racich S., „Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths”, Journal of Addictive Diseases, 25(3), 2013, 89-96.
- <sup>10</sup> Pearson M.R., „Use of alcohol protective behavioral strategies among college students: A critical review”, Clinical Psychology Review, 33(8), 2013, 1025-1040.
- <sup>11</sup> Carhart-Harris R.L. & Nutt D.J., „User perceptions of the benefits and harms of hallucinogenic drug use: A web-based questionnaire study”, Journal of Substance Use, 15(4), 2010, 283-300.
- <sup>12</sup> Móró L., Simon K., Bárd I. & Racz J., „Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users”, Journal of Psychoactive Drugs, 43(3), 2011, 188-198.
- <sup>13</sup> Allott K. & Redman J., „Patterns of use and harm reduction practices of ecstasy users in Australia”, Drug and Alcohol Dependence, 82(2), 2006, 168-176.
- <sup>14</sup> Fernández-Calderón F., Lozano-Rojas O., Rojas-Tejada A., Bilbao-Acedos I., Vidal-Giné C., Vergara-Moragues E. & González-Saiz F., „Harm reduction behaviors among young polysubstance users at raves”, Substance Abuse, 35(1), 2014, 45-50.
- <sup>15</sup> Konecki K., „*Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*”, PWN, Warszawa 2000.
- <sup>16</sup> Hill C.E., „*Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*”, American Psychological Association 2012.
- <sup>17</sup> Raport z badań „Analiza jakościowa stylu życia 17-18-letnich użytkowników substancji psychoaktywnych, wzorów i motywów używania substancji oraz innych zachowań problemowych” przeprowadzonych przez Instytut Psychiatryrii i Neurologii w 2019 r. Dostęp (25.09.2019) pod adresem: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>.
- <sup>18</sup> Howard D.E., Griffin M., Boekeloo B., Lake K. & Bellows D., „Staying safe while consuming alcohol: A qualitative study of the protective strategies and informational needs of college freshmen”, Journal of American College Health, 56(3), 2007, 247-254.
- <sup>19</sup> Jenkins E.K., Slemmon A. & Haines-Saah R. J., „Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people’s harm minimization strategies”, Harm Reduction Journal, 14(1), 2017, 53.

**Najnowszy raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) odnotowuje spadek nowych wykrytych substancji psychoaktywnych (NSP) w Europie. W latach 2014–2015 zgłoszono rekordową ich liczbę w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania, po około 100 w każdym roku. Dane EMCDDA dotyczące 2018 roku wskazują na spadek wykrytych NSP (do 55). Warto jednak zauważyc, że informacje za ostatnie dwa lata (2017 i 2018) wskazują na wzrost liczby wykrytych substancji w dwóch grupach: nowych opioidów i nowych benzodiazepin.**

## NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W EUROPPIE

Artur Małczewski

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

Według danych z polskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania, prowadzonego przez Centrum Informacji KBPN o nowych narkotykach, w 2015 roku doszło do zabezpieczenia jednego opioidu z grupy NSP oraz 74 zabezpieczeń benzodiazepin z tej grupy w Polsce. W 2017 roku było to już 169 zabezpieczeń NSP z grupy opioidów (w 2018 roku niewiele mniej: 154), a w przypadku NSP z grupy benzodiazepin 564 zabezpieczenia (527 w 2018 roku). Widać zatem wyraźnie, iż te dwie grupy NSP zaczęły mieć coraz większe znaczenie we wzroście liczby wykrytych NSP.

Oprócz analizy danych z Systemu Wczesnego Ostrzegania, jednym ze źródeł informacji o skali używania NSP są badania realizowane wśród użytkowników NSP. Badania internetowe pozwalają na dotarcie do osób, które zażywają NSP, ponieważ jednym z głównych źródeł zakupu tych substancji jest internet. Użytkownicy NSP kupują te sub-

stancje zarówno w polskich, jak i zagranicznych sklepach internetowych lub bezpośrednio w kraju, który produkuje NSP, czyli w Chinach. Oprócz omawianego w tym artykule badania, warto wspomnieć o kilku innych pomiarach, które były również realizowane w ostatnich latach.

### Badania on-line dotyczące NSP

Międzynarodowe ilościowe badania użytkowników narkotyków za pomocą ankiety on-line w obszarze nowych substancji psychoaktywnych realizowane są co najmniej od kilku lat. Warto wymienić kilka dużych badań, w których wzięło udział ponad dwa tysiące użytkowników NSP. Jednym z pierwszych, w którym uwzględniono pytania dotyczące NSP, było międzynarodowe badanie The Global Drug Survey (GDS), które jest realizowane od siedmiu lat i obejmuje zarówno

legalne, jak i nielegalne substancje. W ostatniej edycji GDS, wykonanej pod koniec 2017 roku, na pytania dotyczące NSP odpowiedziało 65 tys. osób z całego świata. W 2014 roku zrealizowano badanie I-TREND, które dotyczyło wyłącznie NSP. W ankiecie on-line I-TREND przeprowadzonej w Polsce, Francji, Czechach oraz Holandii, udział wzięło 2323 użytkowników NSP: najwięcej z Polski – 1355, a najmniej z Czech – 166. Wyniki badania I-TREND były przedstawione na łamach Serwisu. Ukazała się również publikacja, która jest dostępna w wersji pdf na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN (<https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1280665>). W 2016 roku przeprowadzono kolejne międzynarodowe badanie on-line z zakresu tematyki NSP pt. „NPS Transnational”. W efekcie przebadano on-line 2110 użytkowników z Niemiec, Węgier, Irlandii, Holandii, Polski oraz Portugalii. W tym badaniu najwięcej respondentów zrekrutowano w Holandii (1190), a najmniej w Irlandii (62 osoby).

## Badanie on-line dotyczące NSP

Centrum Informacji KBPN uczestniczyło w międzynarodowym badaniu pt. „Europejska ankieta internetowa na temat narkotyków: wzory używania” (Web Survey), koordynowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Przedsięwzięcie to było realizowane we współpracy z krajowymi centrami monitorującymi (Reitox Focal Pointami) z 10 krajów (Austria, Belgia, Estonia, Finlandia, Włochy, Łotwa, Litwa, Polska, Luksemburg oraz Cypr). Głównym celem badania było lepsze poznanie wzorów używania narkotyków i NSP w krajach Unii Europejskiej. W ankiecie on-line udział wzięły osoby, które ukończyły 18 lat i w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywały jeden z następujących narkotyków: przetwory konopi (haszysz lub marihuana), kokainę (proszek), ecstasy/MDMA, amfetaminę, metamfetaminę lub „dopalacze” (NSP). Centrum Informacji uczestniczyło w pracach nad ankietą w obszarze NSP. Ankieta on-line była wypełniana pod koniec 2017 roku. W celu dotarcia z badaniem do użytkowników narkotyków i NSP zastosowano różne strategie, główną była promocja ankiety na Facebooku za pomocą krótkich filmów wideo. Niniejszy artykuł przedstawia wyniki dotyczące tylko NSP. W ramach poszczególnych badań krajowych w ankiecie znalazły się lokalne nazwy używane na określenie NSP. Jednakże

nie można wykluczyć, że niektórzy z badanych nie do końca rozumieli termin NSP zawarty w ankiecie. Z innych, wcześniejszych badań, jak I-TREND czy „NPS Transnational”, wynika, że użytkownicy NSP nie stosują tej nazwy. W Polsce używana jest nazwa „dopalacze” lub jej odmiany, jak „dopki” lub/i „research chemicals” (odczynniki do badań chemicznych).

## Kto używa NSP?

Do używania NSP kiedykolwiek w życiu przyznało się 9805 badanych (średni wiek 24 lata, mediana 22 lata, 64% mężczyzn), z tego chociaż raz NSP w ciągu ostatniego roku używało 5436 osób (8,5% wśród osób, które odpowiedziały na pytanie o używanie NSP) – najwięcej w Polsce 990 osób (19,3%), a najmniej na Cyprze – 16 osób (3%). Wśród osób, które zadeklarowały używanie NSP w ciągu ostatniego roku, 57% stanowili mężczyźni, a 1,9% transgender. Średnia wieku badanych wyniosła 22 lata, a mediana 20 lat. Respondenci zostali zapytani o używanie dwóch najbardziej popularnych grup NSP: syntetycznych katynonów i syntetycznych kannabinoidów, i o syntetyczne opioidy – najbardziej niebezpieczne substancje. Ponadto w ankiecie uwzględniono pytanie dotyczące używania innych NSP.

Do używania syntetycznych katynonów (np. mefedronu) przyznało się 6,5% wszystkich badanych (w ciągu ostatniego miesiąca 1,8%; w ciągu ostatniego roku 3,8%), syntetycznych kannabinoidów (np. Spice, Ab-Fubinaca) 10,8% (w ciągu ostatniego miesiąca 2,5%, w ciągu ostatniego roku 4,1%), syntetycznych opioidów 4,4% (w ciągu ostatniego miesiąca 1,7%, w ciągu ostatniego roku 3,1%). Używanie innych NSP (np. 4-FA, PMMA, mCPPP, 2C-B, NBOME) zadeklarowało 8,4% respondentów (w ciągu ostatniego miesiąca 2,3%, w ciągu ostatniego roku 5%). Wśród osób, które kiedykolwiek w życiu używały syntetycznych katynonów, średnia wieku badanych wyniosła 22 lata (mediana 22), więcej wśród nich było mężczyzn 57% (n=4137), a 2% badanych stanowili transgender. W tej grupie największy odsetek stanowili respondenci z Polski (n=1707), a na drugim miejscu badani z Finlandią (n=565). Więcej badanych osób zadeklarowało używanie syntetycznych kannabinoidów (n=6935) niż syntetycznych katynonów (n=4137). Wiek badanych wyniósł 21 lat (mediana 21), a ponad połowę stanowili mężczyźni (61,2%, transgender 1,4%). Najwięcej osób

używało syntetycznych kannabinoidów na Łotwie (n=1148) oraz w Niemczech (n=927).

Używanie syntetycznych opioidów z grupy NSP zadeklarowały 2784 osoby. Średni wiek badanych wyniósł 21 lat (medianą 20). W grupie użytkowników tego typu substancji było 57% mężczyzn i 2,8% transgender. Największy udział osób, które używały syntetycznych opioidów z grupy NSP odnotowano w Niemczech (587) oraz Finlandii (487). Warto zwrócić uwagę, że mimo iż Niemcy nie brali udziału w badaniu, to wypełniali oni ankietę austriacką, w efekcie czego blisko co piąty badany w austriackim kwestionariuszu był spoza tego kraju. Ostatnią grupą substancji, której dotyczył blok pytań, były inne NSP, do ich używania przyznało się 5279 osób; średnia wieku wyniosła 22 lata (medianą 21), a rozkład płci wniósł 60% mężczyzn i 1,9% transgender. Najwięcej respondentów było z Polski (883) i Finlandii (716). Analizując wyniki, widać, że najwięcej osób zgłaszało używanie syntetycznych kannabinoidów, co dziesiąty badany kiedykolwiek w życiu. W przypadku używania substancji w ciągu ostatniego roku najwięcej osób zadeklarowało używanie innych NSP (co dwudziesty badany).

W tabeli 1. zostały przedstawione dane dotyczące używania różnych rodzajów NSP w ciągu ostatniego miesiąca. Podstawą oprocentowania były wszystkie osoby badane w ramach Web Survey. Wśród badanych największy odsetek zadeklarował używanie syntetycznych kannabinoidów (4,8%), na drugim miejscu badani wskazali inne NSP (4,3%), a następnie syntetyczne katynony (3,3%). Niewiele mniejszy odsetek badanych wskazał na syntetyczne opioidy (3,1%). Analizując badane kraje, warto odnotować, że w połowie krajów największe odsetki deklarowały używanie syntetycznych kannabinoidów – najwięcej w Luksemburgu 8,7%. W Austrii najbardziej popularne były również inne NSP oprócz syntetycznych kannabinoidów (po 5,3%). Z kolei na Łotwie (5,7%), Litwie (5,2%), w Estonii (4,3%) oraz w Finlandii (4%) największe odsetki wskazały inne NSP niż wymienione wcześniej. Jedynie w Polsce syntetyczne kannabinoidy cieszyły się największą popularnością. Był to największy odsetek wśród wszystkich badanych krajów dotyczący używania NSP, który wyniósł aż 13,0%.

Odnosząc się do kategorii „inne NSP”, nie można wykluczyć, że wśród osób deklarujących używanie NSP z tej grupy substancji mogły być takie, które sięgały po niektóre z wymienionych już w ankiecie NSP, np.

po syntetyczne kannabinoidy. Z omawianych badań, jak również z innych badań użytkowników NSP realizowanych w internecie, jak np. I-TREND, wynika, że osoby zażywające NSP biorą je z przypadku albo gdy zdarzyła się taka okazja. Ponadto połowa użytkowników według badania I-TREND nie ma wiedzy na temat bezpiecznej dawki czy skutków działania NSP. Użytkownicy zażywający NSP, którzy kupują tzw. research chemicals<sup>1</sup>, powinni mieć wiedzę, jaką substancję przyjmują, ponieważ w przypadku tej grupy narkotyków kupowana jest konkretna substancja. Jednak, jak wynika z analiz najbardziej popularnych tzw. research chemicals kupowanych w najbardziej popularnych sklepach internetowych w Polsce w latach 2013–2014, w co trzeciej próbce wykryto inną substancję, niż była deklarowana przez sprzedawcę, a w Holandii była to nawet blisko połowa kupionych i zanalizowanych próbek.

## Najpopularniejsze formy używania NSP

Respondenci byli pytani o używanie poszczególnych form NSP. Bloki pytań dotyczyły oddziennie używania NSP w postaci mieszank ziołowych; proszków, tabletek czy kryształów oraz w postaci płynnej. Takie same bloki pytań dotyczyły również innych substancji, jak np. amfetaminy.

Pierwszy blok pytań dotyczył mieszank ziołowych, pod postacią których najczęściej sprzedawane są syntetyczne kannabinoidy, ale nie tylko. W sklepach oferujących „dopalacze” w mieszankach ziołowych można znaleźć również inne NSP, jak syntetyczne katynony czy nowe opioidy.

Wśród osób, które zadeklarowały, iż zażywały mieszanki ziołowe w ciągu ostatniego roku (n=548), ponad połowa (55,1%) zrobiła to raz lub dwa razy. Mniej niż raz w miesiącu mieszanki używało 11,3% ankietowanych i podobny odsetek sięgał po nie codziennie albo prawie codziennie. Częściej niż raz w tygodniu używało ich 6,6% respondentów.

Największy odsetek badanych palił mieszanki ziołowe w postaci jointów (79,9%), w mniejszym stopniu używano do tego fajki (24,5%). Niewielki odsetek respondentów wykorzystywał do tego fajkę wodną lub tzw. bongs (11,5%). Najmniej popularną formą zażywania było jedzenie (4,1%) i picie (5,4%).

Respondenci byli pytani, w jaki sposób zdobyli mieszankę ziołową, którą zażywali. Najwięcej osób odpowiedziało, że otrzymało lub kupiło ją od znajomych (58,6%). Znacznie mniej osób deklarowało kupno mieszanek w sklepach stacjonarnych (15,0%) i internetowych (10%). Warto zwrócić uwagę, że 11% kupiło NSP na kryptorynku<sup>2</sup>, jest to podobny wskaźnik do zakupów w internecie. Co czwarty badany zaopatrywał się w mieszanki ziołowe u dilerów (23,5%). Niewielki odsetek badanych przygotowywał je samemu 0,1%.

Nowe substancje psychoaktywne zażywane są również w formie proszków, tabletek czy kryształów. W takiej formie często zażywane są substancje z grupy stymulantów (jak np. syntetyczne katynony), ale nie tylko. Oddzielny blok pytań w ankiecie on-line dotyczył tej formy używania NSP (n=1432). W ciągu ostatniego roku połowa badanych (49,5%) zażywała NSP raz lub dwa razy w postaci proszków, tabletek czy kryształów. Jest to mniejszy odsetek niż w przypadku używania mieszanek ziołowych. Raz w miesiącu używało NSP w postaci proszków, tabletek lub kryształów 23,6% respondentów. Nie codziennie, ale częściej niż raz w tygodniu używało tych postaci substancji 5,2% respondentów. Do sięgania

po nie raz w tygodniu przyznało się 3,9% badanych. Najmniejszy odsetek deklarował częste używanie NSP. Co dziesiąty badany używał codziennie albo prawie codziennie (3,5%), czyli ta grupa była trzykrotnie mniejsza niż w przypadku osób sięgających po mieszanki ziołowe. Przyjrzyjmy się, w jakiej zazwyczaj formie były używane NSP (n=1409). Największy odsetek sięgał po NSP w formie kryształów i proszków (62,1%). Ponad połowę mniejszy odsetek (28,4%) zadeklarował używanie ich w formie tabletek i pigułek (28,4%). W obydwu formach substancje były zażywane przez 14,5% badanych. Substancje sprzedawane jako proszki, kryształy czy tabletki były zażywane przez respondentów w różny sposób (n=1405). Największy odsetek badanych zadeklarował zażywanie przez wciąganie (60,9%) oraz przez połykanie (56,9%). Co dziesiąty badany mówił o rozpuszczaniu w ustach jako sposobie przyjmowania tego typu NSP (10,1%). W ankiecie pojawiło się również pytanie o używanie NSP w iniekcji. W Polsce czy na Węgrzech w ten sposób przyjmowane są często NSP z grupy stymulantów, w tym przede wszystkim syntetycznych katynonów. 6,5% badanych zadeklarowało używanie NSP w iniekcjach, a niewiele mniej w drodze palenia (6,3%).

**Tabela 1. Używanie poszczególnych grup NSP w 2017 roku w ciągu ostatniego miesiąca (boldem zaznaczono najwyższe odsetki w poszczególnych krajach).**

		Syntetyczne katynony używane w ciągu ostatniego miesiąca	Syntetyczne kannabinoidy używane w ciągu ostatniego miesiąca	Syntetyczne opioidy używane w ciągu ostatniego miesiąca	Inne NSP używane w ciągu ostatniego miesiąca
<b>Belgia</b>	liczba	57	187	30	139
	%	1,3%	<b>4,3%</b>	0,7%	3,2%
<b>Niemcy</b>	liczba	69	250	239	196
	%	1,7%	<b>6,1%</b>	5,9%	4,8%
<b>Estonia</b>	liczba	18	63	24	87
	%	0,9%	3,1%	1,2%	<b>4,3%</b>
<b>Włochy</b>	liczba	9	126	63	6
	%	0,4%	<b>6,1%</b>	3,1%	0,3%
<b>Łotwa</b>	liczba	49	59	68	197
	%	1,4%	1,7%	2,0%	<b>5,7%</b>
<b>Litwa</b>	liczba	17	37	32	56
	%	1,6%	3,4%	3,0%	<b>5,2%</b>
<b>Luksemburg</b>	liczba	16	107	23	33
	%	1,3%	<b>8,7%</b>	1,9%	2,7%
<b>Austria</b>	liczba	55	133	112	132
	%	2,2%	<b>5,2%</b>	4,4%	<b>5,2%</b>
<b>Polska</b>	liczba	538	222	107	206
	%	<b>13,0%</b>	5,3%	2,6%	5,0%
<b>Finlandia</b>	liczba	112	151	146	151
	%	2,9%	<b>4,0%</b>	3,8%	<b>4,0%</b>
<b>Razem</b>	liczba	<b>998</b>	<b>1445</b>	<b>925</b>	<b>1289</b>
	%	3,3%	4,8%	3,1%	4,3%

Podobnie jak w przypadku mieszanek ziołowych, respondenci byli pytani, w jaki sposób zdobyli NSP w formie proszków, tabletek czy kryształów. Największy odsetek badanych wskazał, iż otrzymał lub kupił je od znajomych (46,4%) – spadek o ponad 10 punktów procentowych w porównaniu do mieszanek ziołowych. O wiele rzadziej osoby kupowały je w sklepach stacjonarnych (10,4%) oraz internetowych (12%). Warto zwrócić uwagę, że 25,1% kupiło NSP na kryptorynkach, co jest ponad dwukrotnie większym odsetkiem niż w przypadku mieszanek ziołowych. Co czwarty badany zaopatrywał się w mieszanki ziołowe u dilerów (27,6%). Niewielki odsetek sam przygotowywał NSP (1,2%).

## Badania ilościowe a NSP

W odniesieniu do prezentowanych danych warto zwrócić uwagę, że wyniki badania w podziale na poszczególne państwa należy interpretować z zastrzeżeniem wynikającym, po pierwsze, z różnej, a przede wszystkim niereprezentatywnej próby osób, która wzięła udział w badaniu. Po drugie, wyniki innych badań dotyczących nowych substancji psychoaktywnych, np. ESPAD z 2015 roku, pokazują, że respondenci nie zawsze odpowiadają na pytanie dotyczące NSP zgodnie z intencjami badacza. Według ostatniego pomiaru badania ESPAD z 2015 roku najwyższe odsetki badanych deklarujących używanie NSP odnotowano w Polsce i w Estonii (po 10% wśród 15-16-latków). O ile w Polsce wyniki innych badań dotyczących NSP mogą potwierdzać wyższe od średniej europejskiej wskaźniki używania tych substancji, to w przypadku Estonii dane z monitorowania problemu narkotyków i NSP nie odnotowują dużej skali używania NSP czy problemów związanych z nimi. Wyjątkiem jest używanie opioidów z grupy fentanyli i nowych fentanyli (NSP z grupy opioidów), które jednak w Estonii przyjmowane są przede wszystkim w iniekcjach. W badaniach on-line w niewielkim stopniu uczestniczą osoby zażywające NSP w iniekcjach. Innym przykładem wyzwań w próbie monitorowania NSP jest Irlandia. Według międzynarodowych reprezentatywnych badań Eurobarometr Irlandia znajduje się na pierwszym miejscu w UE z odsetkami na poziomie 22% używania NSP (używanie kiedykolwiek w życiu wśród osób w wieku 15-24 lata) i jest to wzrost

w stosunku do pierwszego pomiaru z 2011 roku o 6 punktów procentowych (16%). Z kolei wyniki badań populacyjnych realizowanych w Irlandii na próbce osób w wieku 15-64 lata odnotowują wskaźniki o wiele niższe od danych Eurobarometru i pokazują na tendencję spadkową w używaniu NSP. Dlatego też dane dotyczące NSP z badań ankietowych warto próbować walidować na podstawie innych źródeł, innych badań czy też na podstawie danych instytucji reagujących na problem, które mają informacje na temat NSP. W omawianym badaniu wzięto pod uwagę dane nie ze wszystkich krajów. Z analiz zostało wykluczony Cypr z powodu zbyt małej liczby odpowiedzi, jak również dodano odpowiedzi z Niemiec, które uzyskano dzięki badaniu w Austrii, przeprowadzonym przez tamtejszy Focal Point. Warto podkreślić, iż badania on-line wydają się interesującą metodą stosowaną do próby opisu nowej grupy użytkowników NSP, w szczególności osób, które zażywają NSP w drodze palenia, czyli przede wszystkim użytkowników syntetycznych kannabinoidów, ale również wciągających proszki (przede wszystkim syntetyczne katynony). W przypadku używania NSP w drodze iniekcji, jak już to zostało wspomniane, badania on-line mają małą możliwość dotarcia do tych grup użytkowników. Do nich można dotrzeć z pomiarem za pośrednictwem programów redukcji szkód nastawionych na wymianę igieł i strzykawek. Zatem badania on-line nie są w tym przypadku tak cennym narzędziem w rekrutowaniu respondentów do badań, jak to może być w przypadku użytkowników nieinieckacyjnych.

## Przypisy

<sup>1</sup> W wolnym tłumaczeniu termin oznacza „odczynniki do badań chemicznych”; po zamknięciu sklepów w 2010 roku NSP zaczęto sprzedawać na specjalnych stronach lub podstronach, gdzie były one oferowane jako substancje chemiczne do badań naukowych. Kupujący otrzymywał zatem czystą substancję, a etykieta zawierała wzór chemiczny substancji. W przeciwieństwie do tradycyjnych „dopalaczy”, w przypadku których często nie wiadomo było, co zawierają, tutaj produkt miał nazwę chemiczną sprzedawanej substancji. Dodatkowo można było zakupić substancje w większych ilościach, np. 100 gramów lub więcej.

<sup>2</sup> Przykładem takiego kryptorynku był Silk Road (Jedwabny Szlak) – internetowa platforma aukcyjna działająca w sieci Tor, zamknięta w 2013 roku przez organy ścigania USA. Większość oferowanych przez sprzedawców towarów była nielegalna. Handlowano na niej m.in. narkotykami, co odbywało się za zgodą i wiedzą twórcy platformy ([https://pl.wikipedia.org/wiki/Silk\\_Road#cite\\_note-11](https://pl.wikipedia.org/wiki/Silk_Road#cite_note-11)).

Bibliografia dostępna w redakcji.

# BLOG TRZECI.ORG

Blog trzeci.org poświęcony jest zagadnieniom związanym z funkcjonowaniem organizacji pozarządowych. Działa on od maja 2016 roku i jest prowadzony przez Łukasza Gorczyńskiego i Tomasza Pawłowskiego z Fundacji trzeci.org z siedzibą w Gliwicach.

Fundacja trzeci.org

Strona główna

Wpisy ▾

Tezy ▾

Szkolenia ▾

Kontakt

## Jeden temat, dwa poglądy, trzeci sektor.

Łukasz Gorczyński i Tomasz Pawłowski piszą o organizacjach pozarządowych.



### Indywidualny mikrorachunek podatkowy

11 grudnia 2019 / porady

### Jakie wzory dokumentów dla obecnie ogłoszanych konkursów?

4 grudnia 2019 / porady

### Mazowiecki trzeci sektor w Gliwicach

27 listopada 2019 / opinie



### Jakie wzory dokumentów dla obecnie ogłoszanych konkursów?

4 grudnia 2019 / porady

Dla konkursów ogłoszanych w 2019 roku stosujemy wzory zgodne z rozporządzeniem Przewodniczącego Komitetu do spraw Pozytku Publicznego z dnia 24 października 2018 r.

WIĘCEJ



### Baza aktów prawnych dotyczących organizacji pozarządowych

16 października 2019 / porady

Lista najważniejszych aktów prawnych dotyczących działalności społecznej.

WIĘCEJ

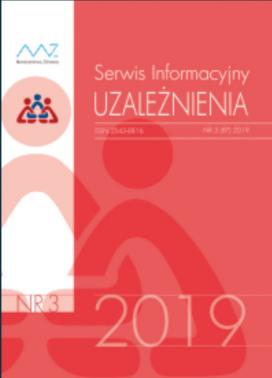
Misją Fundacji trzeci.org jest działalność na rzecz rozwoju społeczeństwa obywatelskiego oraz współpracy międzysektorowej, wzmocnienie potencjału III sektora i tworzenie przyjaznych warunków dla działalności społecznej poprzez zapewnienie dostępu do praktycznych informacji na temat zasad działania sektora, wsparcie ekspertów zajmujących się doradztwem, szkoleniami i badaniami organizacji pozarządowych oraz oddziaływanie na podmioty i środowiska otoczenia ekonomii społecznej.

Na blogu co tydzień umieszczane są wpisy dotyczące praktycznych aspektów działania stowarzyszeń i fundacji. W publikacjach poruszane są m.in. tematy współpracy organizacji pozarządowych z samorządem (zwłaszcza w zakresie udzielanych przez samorządy dotacji), sprawy dotyczące formalnych i podatkowych aspektów działalności dobroczynnej, czy wreszcie – teksty wskazujące na niedoskonałości prawa związanego z działaniem organizacji i postulujące jego zmiany. Teksty te wiążą się z zagadnieniami prowadzenia przez organizacje działalności ekonomicznej (w formie działalności odpłatnej pozytku publicznego oraz działalności gospodarczej), kwestiami podatkowymi czy rejestracji (tutaj sporo miejsca poświęcono zagadnieniom klubów sportowych). Wszystkie te zdiagnozowane problemy zostały zebrane i stanowią materiał dostępny na blogu jako „Tezy w sprawie uproszczeń” – proces koordynowany jest przez działaczy organizacji pozarządowych i samorządowców z całej Polski, skupionych w Stowarzyszeniu Dialog Społeczny. Postuluje się uproszczenia w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej, uproszczenia podatkowe i stworzenie dodatkowych mechanizmów finansowania organizacji. Wskazuje się też na bardzo konkretne problemy w działalności społecznej, takie jak obserwowane ostatnimi czasy w powiatowych urzędach pracy odmowy przyznawania statusu osoby bezrobotnej osobom, które nie pracują, ale społecznie zasiadają w zarządzach organizacji pozarządowych, czy wysokie kwoty podatku od darowizny od pomocy udzielanej przez organizacje pozarządowe osobom potrzebującym.

Poza tym na stronie dostępne są prezentacje on-line, stanowiące materiał szkoleniowy z zakresu m.in. źródeł finansowania organizacji (dotacje, zbiórki publiczne, darowizny, działalność ekonomiczna), aspektów formalnych, wolontariatu czy sprawozdawczości, związane bezpośrednio z działalnością szkoleniową Fundacji trzeci.org, prowadzoną na rzecz samorządów, organizacji pozarządowych oraz przedsiębiorców.

# „SERWIS INFORMACYJNY UZALEŻNIENIA” W INTERNECIE

## Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA



strona główna  
najnowszy numer  
wszystkie numery  
działы  
szukaj

« Fundacja Praesterno 

 Ministerstwo Zdrowia  
 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Kwartalnik „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA” ukazuje się od 1995 roku z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Od 2007 roku – do chwili obecnej – redagowaniem pisma zajmuje się Fundacja Praesterno.

Wyszukaj tytuł artykułu lub autora

 Wyszukiwarka umożliwia przeszukiwanie autorów i tytułów artykułów opublikowanych w kwartalniku „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA” (do numeru 76. „Serwis Informacyjny NARKOMANIA”) począwszy od numeru 36. Nie trzeba podawać całych słów, ale minimalna wymagana liczba znaków wynosi 3.

podejmowanych w zakresie przeciwdziałania narkomanii, pojawiła się problematyka dotycząca uzależnień behawioralnych. Rozszerzeniu zawartości towarzyszyła zmiana nazwy pisma z „Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA” na „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA” (SIU). Serwis publikuje najnowsze dane epidemiologiczne, raporty z badań, opisy przedsięwzięć inicjowanych przez instytucje rządowe i organizacje pozarządowe, doniesienia z kraju i zagranicy; porusza zagadnienia z obszaru profilaktyki i leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych.

Na stronie siu.praesterno.pl zgromadzono wszystkie numery Serwisu od roku 2007. Dostępne są spisy treści wszystkich numerów, możliwe jest również pobranie wszystkich numerów w formacie pdf, a od numeru 1/2017 także w formacie ePUB. Do ściągnięcia są pojedyncze artykuły z poszczególnych numerów kwartalnika.

Zamieszczona na stronie internetowej wyszukiwarka umożliwia znalezienie autora i tytułu artykułu opublikowanego w Serwisie, począwszy od numeru 1/2007.

### Spisy treści

 Ponizej mogą Państwo przeczytać artykuły z kwartalnika „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA”, a także pobrać kompletne wydania w formacie PDF lub ePUB:

- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 87 (3/2019) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 86 (2/2019) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 85 (1/2019) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 84 (4/2018) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 83 (3/2018) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 82 (2/2018) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 81 (1/2018) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 80 (4/2017) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 79 (3/2017) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 78 (2/2017) [pobierz cały numer](#)  
- Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA nr 77 (1/2017) [pobierz cały numer](#)  

Od 2017 roku zmieniło się źródło finansowania. Pismo jest dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Rozszerzona została także tematyka kwartalnika. Obok informacji o działaniach

## Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

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

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

Zadanie publiczne współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz środków własnych Fundacji Praesterno.

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

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