

PRACA PROFILAKTYCZNA Z MŁODZIEŻĄ ZAGROŻONĄ NARKOMANIĄ

AUTORZY:

ANNA BORKOWSKA
BOGUSŁAWA BUKOWSKA
KRZYSZTOF KRAJEWSKI
ARTUR MALCZEWSKI
ZYGMUNT MEDOWSKI
KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN
AGNIESZKA PISARSKA
MAGDALENA ROWICKA
PAWEŁ SIĘKOWSKI

REDAKCJA:

TOMASZ KOWALEWICZ

PORADNIK

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	
Tomasz Kowalewicz	5
CZĘŚĆ 1 PODSTAWY PRAWNE I TEORIA PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ	7
Zagadnienia prawne istotne w pracy z młodzieżą zagrożoną narkomanią	
Krzysztof Krajewski	9
Wprowadzenie	9
Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii	10
Przepisy ogólne	10
Podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii	10
Działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza	12
Postępowanie z osobami uzależnionymi	12
Środki odurzające, substancje psychotropowe, nowe substancje psychotropowe, środki zastępcze i prekursory	15
Uprawa maku i konopi	17
Przepisy karne	18
Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich	19
Prawo dotyczące narkotyków, alkoholu i papierosów obowiązujące w szkole	
Anna Borkowska	23
Odpowiedzialność karna nieletnich	24
Procedura postępowania wobec ucznia przejawiającego zachowania świadczące o demoralizacji	24
Procedura postępowania wobec ucznia będącego pod wpływem alkoholu lub narkotyków	25
Procedura postępowania w sytuacji ujawnienia na terenie szkoły substancji przypominającej narkotyki	25
Procedura postępowania w sytuacji podejrzenia, że uczeń jest w posiadaniu substancji odurzającej	26
Skuteczne strategie rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych	
Magdalena Rowicka	27
Wprowadzenie – trzy rodzaje oddziaływań	27
Strategie wykorzystywane w profilaktyce	28
Podsumowanie	32
Podstawy profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży	
Katarzyna Okulicz-Kozaryn	33
Wstęp	33
Podstawowe definicje	33
Praktyka a teoria profilaktyki	34
Wytyczne skutecznej profilaktyki	35
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	37
Bibliografia	38

CZĘŚĆ 2 JAKOŚĆ W PROFILAKTYCE	41
Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków	
Artur Malczewski	43
Wprowadzenie	43
Poradnik dla decydentów	44
Poradnik dla realizatorów	45
Poradnik dotyczący adaptacji i promocji standardów	46
System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce	
Agnieszka Pisarska	47
Wprowadzenie	47
Ogólne dane o programie	48
Okres wdrażania programu	48
Opis problemu	48
Cele programu	49
Założenia programu.....	50
Grupa docelowa	50
Działania	50
Nakłady	51
Sposób wdrażania programu	51
Ewaluacja procesu	52
Ewaluacja wyników	52
Źródła informacji o programie	52
Uwagi końcowe	53
Bibliografia	53
CZĘŚĆ 3 PROFILAKTYKA OKIEM PRAKTYKA	55
Wychowanie i profilaktyka w szkole	
Anna Borkowska	57
Profilaktyka a wychowanie	57
Wychowanie a planowanie działań profilaktycznych	58
Spójność oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych	59
Program wychowawczo-profilaktyczny w szkole.....	59
Co powinien zawierać program wychowawczo-profilaktyczny?.....	61
Profilaktyka uzależnień w programie wychowawczo-profilaktycznym szkoły	61
Warunki skutecznej profilaktyki szkolnej	62
Analiza przykładów wybranych programów profilaktycznych	
Zygmunt Medowski	63
Cechy efektywnych programów profilaktycznych.....	63
Programy profilaktyczne realizowane przez Towarzystwo MROWISKO	64
Środowiskowy program profilaktyki lokalnej „zDolne Miasto”	64
Program Wzmacniania Rodziny.....	65
Program Wczesnej Interwencji „Fred goes net”	66
Profilaktyczne programy pracy ulicznej i kampanie adresowane do młodzieży	
– „Kontakt Bus”, „Street Bus”, „Zażyj wolności”, „Młodość bez procentów”	69
Podsumowanie	69

CZĘŚĆ 4 PRZYKŁADY FORM POMOCY OSOBOM ZAGROŻONYM UZALEŻNIENIAMI OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH.....	71
Dialog motywujący	
Bogusława Bukowska.....	73
Wprowadzenie	73
Filozofia dialogu motywującego	74
Główne zasady dialogu motywującego	74
Umiejętności niezbędne do prowadzenia dialogu motywującego	76
Modyfikacje dialogu motywującego	77
Nieporozumienia w postrzeganiu dialogu motywującego.....	78
Skuteczność dialogu motywującego.....	78
Bibliografia	79
Redukcja szkód	
Paweł Siłakowski	80
Outreach – Streetworking, Partyworking, Networking/Webworking	
Paweł Siłakowski	82

WPROWADZENIE

Poradnik „Praca profilaktyczna z młodzieżą zagrożoną narkomanią” powstał w ramach projektu *E-PROFI, efektywna profilaktyka*, realizowanego w 2017 roku przez Fundację Praesterno na podstawie umowy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Był on współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Celem projektu było zwiększenie kompetencji zawodowych kadry merytorycznej ośrodków socjoterapii, ośrodków wychowawczych i ośrodków resocjalizacyjnych oraz realizatorów programów profilaktycznych pracujących w organizacjach pozarządowych.

120 uczestników wzięło udział w intensywnych zajęciach warsztatowo-superwizyjnych doskonalących umiejętności pracy psychologicznej z młodzieżą oraz poświęconych analizie własnego funkcjonowania zawodowego.

Istotnym elementem projektu był moduł e-learningowy, w ramach którego uczestnikom udostępniono pakiet wykładów prezentowanych przez ekspertów, poświęconych różnym aspektom profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Wykłady dostępne są na stronie eprofi.praesterno.pl/elearn. Każdy wykład uzupełnia test umożliwiający sprawdzenie stopnia zapoznania się z przekazywaną wiedzą.

Treści poradnika „Praca profilaktyczna z młodzieżą zagrożoną narkomanią” odnoszą się do bloku wykładowego i stanowią rozszerzenie jego zawartości. Z drugiej strony poradnik – poprzez nawiązanie do zawartości bloku e-learningowego – pełni rolę promocji tego bloku i ma zachęcać do zapoznania się z nagranyymi wykładami tematycznymi, ponieważ treści e-learningowe są dostępne na stronach www także po zakończeniu projektu.

Poradnik składa się z czterech części.

W części pierwszej – „Podstawy prawne i teoria profilaktyki uzależnień” – prezentowane są cztery tematy. Rozdział „Zagadnienia prawne istotne w pracy z młodzieżą zagrożoną narkomanią” koncentruje się na aktualnych regulacjach prawnych dotyczących narkotyków i narkomanii w Polsce. Omówiono w nim przepisy zawarte w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oraz – co istotne w pracy profilaktycznej z młodzieżą – przybliżona została zawartość ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Rozdział „Prawo dotyczące narkotyków, alkoholu i papierosów obowiązujące w szkole” uzupełnia treści prawne o opis procedur postępowania szkół w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością, narkomanią, alkoholizmem. Dwa kolejne rozdziały skupiają się na założeniach teoretycznych profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Rozdział „Skuteczne strategie rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych” omawia wybrane teorie wyjaśniające mechanizm uzależniania się oraz wprowadza rozróżnienie strategii rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem na dwie kategorie: strategie wiodące i uzupełniające. Rozdział „Podstawy profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży” zwraca uwagę na konieczność stosowania profilaktyki opartej na dowodach naukowych oraz ścisłej współpracy między środowiskami naukowymi a praktykami działań profilaktycznych. Prezentuje sformułowane przez Amerykańskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (Society for Prevention Research) wytyczne dotyczące skutecznej profilaktyki. Omawia także koncepcję wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących na zachowania ryzykowne młodzieży.

Część druga poradnika – „Jakość w profilaktyce” – adresowana jest przede wszystkim do osób, które planują skonstruowanie autorskiego programu profilaktyki, lub chcą dokonać oceny już istniejącego programu. Rozdział „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków” omawia procedurę utworzenia pakietu standardów stanowiących zbiór zasad ułatwiających wypracowanie i ocenę jakości działań w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków oraz opisuje zestaw trzech poradników wspomagających działania profilaktyczne na różnych szczeblach oraz adresy stron internetowych, na których poradniki są dostępne (poradnik 1 dla decydentów, poradnik 2 dla twórców i realizatorów programów profilaktycznych, trzeci – dla osób wdrażających standardy). Rozdział „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce” opisuje zasady funkcjonowania systemu oraz omawia kryteria, jakie musi spełniać program profilaktyczny, aby mógł być umieszczony w systemie rekomendacji. Podkreślono, że poprawa jakości programów profilaktycznych jest obecnie jednym z priorytetów polityki zdrowotnej w Europie.

W części trzeciej – „Profilaktyka okiem praktyka” – przedstawiono konkretne rozwiązania z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. W rozdziale „Wychowanie i profilaktyka w szkole” omówiono zakresy pojęć i wzajemne relacje edukacji, wychowania i profilaktyki w kontekście najnowszych uregulowań prawnych (ustawa Prawo oświatowe). Opisana została wymagana prawem zawartość programu wychowawczo-profilaktycznego oraz warunki, jakie musi spełniać profilaktyka szkolna, by była skuteczna. Rozdział „Analiza przykładów wybranych programów profilaktycznych” umożliwia zapoznanie się z dorobkiem jednej z ważnych instytucji profilaktycznych na mapie naszego kraju – Towarzystwa Profilaktyki Środowiskowej MROWISKO. Charakterystyka działań Towarzystwa pokazuje, jak istotne jest podejmowanie i integrowanie przedsięwzięć na różnych poziomach struktury społecznej, gdzie działania pojedynczej instytucji profilaktycznej wspierane są przez działania na poziomie rodziny, szkoły, społeczności lokalnej i są zgodne z Narodowym Programem Zdrowia.

Część czwarta poradnika – „Przykłady form pomocy osobom zagrożonym uzależnieniami od substancji psychoaktywnych”, wykracza poza profilaktykę i pokazuje możliwe formy działań podejmowanych wobec osób wymagających intensywniejszej pomocy. Rozdział „Dialog motywujący” prezentuje zalety tej metody w leczeniu osób uzależnionych. Warunkiem posługiwania się dialogiem motywującym jest internalizacja filozofii tego podejścia, umożliwiająca przyjęcie wobec klienta określonej postawy oraz opanowanie złożonych, niezbędnych umiejętności charakterystycznych dla tej metody. Rozdział opisuje pakiet tych umiejętności. Uniwersalność dialogu motywującego umożliwia posługiwanie się jego filozofią i technikami także w pracy profilaktycznej. Rozdział „Redukcja szkód” przedstawia filozofię pomocy opartą na „polityce i programach, które próbują przede wszystkim zredukować niepomysłne zdrowotne, socjalne i ekonomiczne konsekwencje dla osób używających narkotyków, ich rodzin i społeczeństwa, wynikające z przyjmowania przez osoby substancji zmieniających nastrój” (charakterystyka za International Harm Reduction Association). Z filozofią podejścia redukcji szkód jest ściśle związany outreach – wyjście z placówki pomocowej i prowadzenie oddziaływań w miejscach przebywania osób używających substancji psychoaktywnych. To podejście opisuje rozdział „Outreach – Streetworking, Partyworking, Networking/Webworking”. Wyjście do odbiorcy i zaproponowanie mu oddziaływań prowadzonych na ulicy (streetworking) opiera się na wcześniej sporządzonej mapie przestrzeni miejskiej, lokalizującej miejsca, gdzie przebywają użytkownicy środków psychoaktywnych. Partyworking polega na pełnieniu dyżurów w klubach lub na imprezach masowych i rozdawnictwie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prezerwatyw oraz na sprawdzaniu, czy nikt nie potrzebuje pomocy przedmedycznej. Net/webworking umożliwia nawiązanie kontaktu w sieci z użytkownikami środków psychoaktywnych i koncentruje się na przekazie informacyjno-edukacyjnym, może też przybierać formę interwencji kryzysowej lub wsparcia wzmacniającego motywację użytkowników do zmiany stylu funkcjonowania.

Większość autorów poradnika to także autorzy wykładów dostępnych w bloku e-learningowym projektu *E-PROFI, efektywna profilaktyka*. Po zapoznaniu się z materiałami pisanymi zachęcamy do kontaktu „na żywo” z ekspertami na stronie eprofi.praesterno.pl/elearn.

CZĘŚĆ 1

PODSTAWY PRAWNE I TEORIA
PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

ZAGADNIENIA PRAWNE ISTOTNE W PRACY Z MŁODZIEŻĄ ZAGROŻONĄ NARKOMANIĄ

Krzysztof Krajewski

WPROWADZENIE

Regulacje prawne dotyczące narkotyków i narkomanii są w Polsce zawarte w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (w skrócie: NarkU; Dz.U. z dnia 19 września 2005 r., Nr 179, poz. 1485 z późniejszymi licznymi zmianami). Jest to dość obszerny akt prawny, który w sposób kompleksowy reguluje działalność określaną mianem przeciwdziałania narkomanii. Ustawa składa się z siedmiu rozdziałów. Zawierają one przede wszystkim przepisy mające charakter norm prawa administracyjnego, dotyczące poszczególnych obszarów przeciwdziałania narkomanii. Natomiast w dwóch końcowych rozdziałach znajdują się przepisy przewidujące sankcje karne i administracyjne za naruszenia uregulowań ustawy.

Łącznie ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii składa się z ośmiu rozdziałów, dotyczących następujących kwestii: przepisy ogólne (rozd. 1), podmioty realizujące zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii (rozd. 2), działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i zapobiegawcza (rozd. 3), postępowanie z osobami uzależnionymi (rozd. 4), prekursorzy, środki odurzające, substancje psychotropowe, środki zastępcze i nowe substancje psychotropowe (rozd. 5), uprawa maku i konopi (rozd. 6), kary pieniężne (rozd. 6a), przepisy karne (rozd. 7), zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe (rozd. 8). W dalszych częściach tego tekstu zostaną pokrótce omówione najważniejsze postanowienia poszczególnych rozdziałów NarkU.

Równocześnie podkreślić należy, że w przypadku młodzieży zagrożonej narkomanią NarkU nie jest jedynym źródłem regulacji prawnych dotyczących tych zagadnień. Stosowanie przepisów tej ustawy w stosunku do osób nieletnich jest bowiem dokonywane zawsze w połączeniu z przepisami Ustawy z dnia 21 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jednolity po ostatniej obszernej nowelizacji z roku 2016: Dz.U. 2016, poz.1654; dalej w skrócie: NielU). Osoby nieletnie nie podlegają bowiem odpowiedzialności karnej na zasadach określonych w Kodeksie karnym, ale w przypadku popełnienia czynu karalnego, a także występowania tzw. przejawów demoralizacji, stosuje się wobec nich specjalne środki wychowawcze i środek poprawczy przewidziany w NielU, a nie kary, środki karne i środki zabezpieczające przewidziane w Kodeksie karnym, a także w NarkU. W związku z tym na zakończenie niniejszego tekstu zostaną omówione najważniejsze rozwiązania i postanowienia NielU w kontekście problematyki pracy z młodzieżą zagrożoną narkomanią.

USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

PRZEPISY OGÓLNE

Zgodnie z przyjętą strukturą aktów legislacyjnych rangi ustawy przepisy ogólne NarkU określają przede wszystkim dwie kwestie: przedmiot regulacji zawartej w ustawie (art. 1) oraz określenie, na czym polega działalność wskazana w tytule ustawy, a mianowicie przeciwdziałanie narkomanii (art. 2).

Odnosząc się do pierwszej kwestii, zgodnie z treścią art. 1 ustawa reguluje przede wszystkim trzy elementy: zasady i tryb postępowania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, zadania i uprawnienia organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów w zakresie przeciwdziałania naruszeniom prawa dotyczącego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz kary za nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Dodatkowo przepisy ustawy określają także organy właściwe do wykonania pewnych aktów prawa Unii Europejskiej dotyczących kontroli tzw. prekursorów narkotykowych.

Uregulowania zawarte w omawianych przepisach wstępnych określają również, jakie rodzaje działalności obejmuje przeciwdziałanie narkomanii (art. 2). Ustawa stwierdza, że działalność ta realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności obejmuje: działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną; leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych; ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych stwarzanych przez używanie substancji psychoaktywnych do celów pozamedycznych; nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii; zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Rozdział pierwszy NarkU zawiera także bardzo ważny przepis w postaci art. 4, stanowiącego tzw. słowniczek pojęć ustawowych. W ramach tego przepisu zawarte są definicje 49 specyficznych pojęć, jakimi posługują się przepisy ustawy (pojęcia w ramach tej listy są uszeregowane w porządku alfabetycznym). Jest to o tyle ważne, że wiele z tych pojęć występuje także w języku potocznym, ale w jego ramach mają one często inne znaczenie niż to, jakie przyjmowane jest przez ustawę. W innych wypadkach chodzi o doprecyzowanie pewnych pojęć, którymi posługuje się NarkU. Dokładne omawianie tych definicji przekracza oczywiście ramy niniejszego opracowania. Dlatego warto w tym miejscu ograniczyć się do dwóch kwestii. W pierwszym rzędzie chodzi o kluczowe dla samej ustawy, występujące w jej tytule **pojęcie narkomanii**, które przede wszystkim w języku potocznym, ale także w literaturze fachowej bywa rozumiane w bardzo zróżnicowany sposób. Ustawa pod tym pojęciem rozumie stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich (art. 4 pkt 11 NarkU). Równocześnie wskazać należy występujące chociażby w powyższej definicji, a powtarzające się wielokrotnie w innych przepisach ustawy, cztery kluczowe pojęcia odnoszące się do substancji będących podstawowym przedmiotem kontroli i regulacji zawartych w ustawie, ponieważ stanowią one źródło problemu narkomanii. Chodzi o pojęcia: **środka odurzającego, substancji psychotropowej, nowej substancji psychoaktywnej i środka zastępczego**. Ponieważ ustawa zabrania dokonywania całego szeregu czynności w odniesieniu do tych czterech rodzajów substancji, a za naruszenie tych zakazów przewiduje sankcje karne i administracyjne, konieczne jest precyzyjne ich zdefiniowanie na potrzeby stosowania przepisów ustawy. Definicje tych substancji znaleźć można w art. 4 pkt 11a, 25, 26, 27 NarkU. Zostaną one dokładniej omówione w dalszej części niniejszego opracowania, przy okazji omawiania przepisów rozdz. 6 ustawy.

PODMIOTY REALIZUJĄCE ZADANIA W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Jak wspomniano wcześniej, rozdział 1 ustawy zawiera regulacje określające podmioty odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii oraz ich zadania. Najogólniej rzecz ujmując, zadania w tym zakresie realizują

przede wszystkim organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego w zakresie określonym w ustawie. Do realizacji rozmaitych, zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii powołane są jednak także przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne wymienione w art. 2 pkt 3-9 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 59), szkoły wyższe, podmioty lecznicze i inne podmioty działające w ochronie zdrowia, jednostki Wojska Polskiego, Policji i Straży Granicznej, organy celne, jednostki organizacyjne Służby Więziennej oraz zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie i regionalne ośrodki polityki społecznej, jednostki organizacyjne wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, o których mowa w art. 2 ust. 3 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 697), oraz asystenci rodziny, rodziny zastępcze i prowadzący rodzinne domy dziecka, a wreszcie także środki masowego przekazu.

Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 NarkU podstawowym organem administracji rządowej odpowiedzialnym za realizację zadań w obszarze przeciwdziałania narkomanii jest **Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii**, będące jednostką budżetową, podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Wykaz zadań, jakie realizować ma Biuro, można znaleźć w art. 6 ust. 3 ustawy. W tym miejscu wspomnieć można, iż wśród zadań tych znajdują się m.in. takie, jak: wykonywanie zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, polegających na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji na podstawie pełnomocnictwa ministra właściwego do spraw zdrowia; inicjowanie działań zmierzających do ograniczania używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych; inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomanią; inicjowanie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii; dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych; opracowywanie standardów w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych; inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest więc podstawowym w Polsce organem inicjującym, koordynującym i wykonującym wszelkie działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii, a szczególnie te dotyczące sfery zdrowia publicznego i oddziaływań profilaktycznych. Umieszczenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w strukturze Ministerstwa Zdrowia podkreśla jednoznacznie fakt, iż polityka przeciwdziałania narkomanii, czy też tzw. polityka narkotykowa, realizowana jest w Polsce przede wszystkim w ramach polityki zdrowotnej i edukacyjnej. Ważną rolę w tym zakresie odgrywają również oczywiście organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a więc polityka karna, ale główny ciężar przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom indywidualnym i społecznym wynikającym z używania rozmaitych substancji psychoaktywnych lokuje się w obszarze oddziaływań, które nie mają charakteru represyjnego.

Istotną rolę w obszarze przeciwdziałania narkomanii na szczeblu centralnym odgrywa także **Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii**, działająca przy Prezesie Rady Ministrów. Zgodnie z treścią art. 12 ust. 3 NarkU jest ona organem koordynacyjno-doradczym w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii. W jej skład wchodzi przewodniczący (będący sekretarzem lub podsekretarzem stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia) oraz zastępca przewodniczącego (będący sekretarzem lub podsekretarzem stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw wewnętrznych), sekretarz Rady (którym jest zawsze Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii), oraz członkowie, którymi są zawsze sekretarze lub podsekretarze stanu w urzędach obsługujących ministra sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw rolnictwa, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, ministra właściwego do spraw finansów publicznych (szefa krajowej administracji skarbowej), ministra właściwego do spraw zagranicznych, ministra właściwego do spraw nauki, ministra właściwego do spraw gospodarki, a także członek będący przedstawicielem strony samorządowej w Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, wskazany przez tę komisję.

Podstawę działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi w Polsce specjalny dokument zwany **Narodowym Programem Zdrowia**, który tworzony jest na podstawie art. 9 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916 oraz z 2016 r. poz. 2003). Zgodnie z art. 9 NarkU stosowne programy przeciwdziałania narkomanii tworzone są także na szczeblu województw. Opracowuje je organ wykonawczy sa-

morządu województwa, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Taki wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii stanowi część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. W celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii organ wykonawczy samorządu województwa może powołać specjalnego pełnomocnika do tych spraw, a także ma obowiązek powołania wojewódzkiego eksperta do spraw informacji o narkotykach i narkomanii.

Przeciwdziałanie narkomanii należy także do zadań własnych gminy. Wszystkie zadania gminy w tym zakresie wyliczone są szczegółowo w art. 10 NarkU. W tym miejscu warto jedynie wspomnieć o tym, że jednym z podstawowych zadań jest opracowywanie gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, który jest uchwalany przez radę gminy.

DZIAŁALNOŚĆ WYCHOWAWCZA, EDUKACYJNA, INFORMACYJNA I ZAPOBIEGAWCZA

Zgodnie z treścią art. 19 ust. 1 NarkU działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i profilaktyczna obejmuje promocję zdrowia psychicznego, promocję zdrowego stylu życia, informację o szkodliwości środków i substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz o narkomanii i jej skutkach, edukację psychologiczną i społeczną oraz prawną, a także działania o charakterze interwencyjnym. Oznacza to przede wszystkim obowiązek wprowadzenia problematyki zapobiegania narkomanii do programów wychowawczych jednostek organizacyjnych systemu oświaty, do programów przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem oraz profilaktyką w szkołach i innych placówkach systemu oświaty oraz w szkołach wyższych, oraz do programów szkolenia żołnierzy w czynnej służbie wojskowej. W dalszej kolejności tego typu działalność obejmuje także prowadzenie działalności profilaktycznej, w szczególności w środowiskach zagrożonych uzależnieniem, oraz wspieranie działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji pozarządowych i innych podmiotów, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu oraz innych inicjatyw społecznych. Wreszcie oznacza to konieczność uwzględniania problematyki zapobiegania narkomanii w działalności publicznej radiofonii i telewizji oraz innych środków masowego przekazu, a także obowiązek prowadzenia badań naukowych nad problematyką narkomanii. Szczegółowe przepisy omawianego rozdziału NarkU nakładają cały szereg konkretnych obowiązków w zakresie działalności wychowawczej i informacyjnej na poszczególne resorty. Siłą rzeczy szczególną rolę w tym zakresie odgrywać ma resort oświaty i wychowania. Ustawa przewiduje jednak w tym zakresie także rozmaite obowiązki i zadania dla ministrów właściwych do spraw zdrowia, szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych, administracji publicznej, finansów publicznych, pracy, transportu, ministra obrony narodowej oraz ministra sprawiedliwości.

Jeśli chodzi o szczegółowe postanowienia omawianego rozdziału NarkU, warto wspomnieć także, iż to w nim właśnie znalazł się przepis wprowadzający w sposób wyraźny zakaz bezpośredniej reklamy i promocji substancji psychotropowych lub środków odurzających, ale także zakaz reklamy i promocji pośredniej. Przepis art. 26 ust. 3 NarkU zabrania bowiem reklamy i promocji środków spożywczych lub innych produktów przez sugerowanie, że posiadają one działanie takie, jak substancje psychotropowe lub środki odurzające lub, że ich użycie, nawet niezgodne z przeznaczeniem, może powodować skutki, takie jak skutki działania substancji psychotropowych lub środków odurzających. Jeśli chodzi o reklamę produktów leczniczych zawierających substancje psychotropowe lub środki odurzające, to nie jest ona zabroniona, ale podlega szczególnym uregulowaniom zawartym w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity z późniejszymi zmianami Dz.U. 2017, poz. 2211).

POSTĘPOWANIE Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI

Przepisy rozdziału 4 NarkU regulują przede wszystkim kwestie związane z leczeniem i innymi rodzajami postępowania terapeutycznego i rehabilitacyjnego realizowanego wobec osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych i innych substancji, będących przedmiotem kontroli przez przepisy NarkU. W związku z tym sięgnąć wypada do wspomnianego wcześniej art. 4 NarkU, który zawiera defini-

cje trzech podstawowych form postępowania z osobami uzależnionymi. Zgodnie z tymi przepisami **leczenie** oznacza leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 4 pkt 6 NarkU), **rehabilitacja** oznacza proces, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych osiąga optymalny stan zdrowia, funkcjonowania psychicznego i społecznego (art. 4 pkt 22 NarkU), a **reintegracja** oznacza efekt działań określonych w art. 14-16 i art. 18 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. Nr 122, poz. 1143, z późn. zmianami) (art. 4 pkt 23 NarkU).

Zgodnie z przepisami ustawy (art. 26), leczenie osoby uzależnionej może być prowadzone tylko przez **podmiot leczniczy** lub **lekarza** wykonującego zawód w ramach praktyki zawodowej. Natomiast oddziaływania wchodzące w zakres rehabilitacji mogą być prowadzone albo przez **lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii**, albo przez osobę posiadającą **certyfikat specjalisty terapii uzależnień**. W rehabilitacji osoby uzależnionej może także uczestniczyć osoba posiadająca **certyfikat instruktora terapii uzależnień**, co oznacza jednak, iż taka osoba nie może prowadzić rehabilitacji samodzielnie. Do uzyskania certyfikatu specjalisty terapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień konieczne jest (poza posiadaniem co najmniej wykształcenia średniego) odbycie odpowiedniego szkolenia w dziedzinie uzależnienia i zdanie egzaminu. Ustawa reguluje szczegółowe procedury szkoleniowe, egzaminacyjne i dotyczące wydawania takich certyfikatów, czym zajmuje się Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Natomiast reintegrację osób uzależnionych mogą prowadzić centra integracji społecznej, tworzone na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym, ale także wymienione wcześniej podmioty (lekarze, lekarze psychiatrzy, specjaliści terapii uzależnień), oraz także wcześniej wspomniane organizacje pozarządowe i inne podmioty, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, pomocy społecznej, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub przeciwdziałania patologiom społecznym, promocji i organizacji wolontariatu. Udział tych ostatnich w procesie reintegracji osób uzależnionych może mieć miejsce tylko po przeprowadzeniu konkursu, o którym mowa w art. 11 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. 2003, Nr 96, poz. 873). Wreszcie reintegracja może być realizowana przez samorządy zawodów medycznych, rodziny osób uzależnionych oraz grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin.

System leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków odbywa się w Polsce zgodnie z dwoma fundamentalnymi zasadami. Pierwsza z nich to **bezpłatność uzyskiwania świadczeń** w tym zakresie. Wynika to z treści art. 26 ust. 5 NarkU, zgodnie z którym za świadczenia polegające na leczeniu, rehabilitacji lub reintegracji udzielane osobie uzależnionej, niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju, nie pobiera się od tej osoby opłat. Inaczej mówiąc, koszty tych procedur pokrywane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Druga ze wspomnianych zasad to **dobrowolność podejmowania leczenia, rehabilitacji i reintegracji**. Wynika to wyraźnie z treści art. 25 NarkU, który mówi, iż podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Zasada taka figuruje w polskim ustawodawstwie dotyczącym narkotyków i narkomanii od ponad trzydziestu lat, poczynając od ustawy o zapobieganiu narkomanii z roku 1985. Jest tak pomimo pojawiających się od czasu do czasu postulatów rozszerzenia możliwości leczenia przymusowego. U podłoża przyjęcia przez polskiego ustawodawcę takiej zasady leży przekonanie, iż dobrowolność podjęcia i kontynuowania leczenia uzależnień, aczkolwiek nie jest warunkiem koniecznym sukcesu oddziaływań leczniczych i terapeutyczno-reintegracyjnych, jest jednak bardzo ważną przesłanką zwiększającą prawdopodobieństwo zakończenia procesu terapeutycznego sukcesem i następnie utrzymaniu abstynencji od nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Rola przyznawana dobrowolności podejmowania i kontynuowania leczenia, a w szczególności rehabilitacji i reintegracji, nie oznacza, że ustawodawstwo polskie nie zna wyjątków od zasady dobrowolności postępowania terapeutycznego w stosunku do osób uzależnionych od narkotyków. Podstawowy wyjątek w tym zakresie zawarty jest w art. 30 NarkU. Zgodnie z treścią tego przepisu istnieje możliwość skierowania na przymusowe leczenie i rehabilitację uzależnionej osoby niepełnoletniej, tj. osoby która nie ukończyła 18. roku życia. Wyjątek ten podyktowany jest wyrażonym niekiedy poglądem, iż w przypadku osób niepełnoletnich motywacja do podjęcia i kontynuacji leczenia jest często o wiele trudniejsza do wytworzenia i podtrzymania. Równocześnie przymusowe realizowanie zabiegów leczniczych w stosunku do osób niepełno-

letnich budzi o wiele mniejsze zastrzeżenia natury prawno-konstytucyjnej niż w przypadku osób dorosłych. Przymusowe stosowanie leczenia jest jednak obwarowane określonymi gwarancjami. Przede wszystkim może ono nastąpić jedynie na wniosek uprawnionych podmiotów, do których należą przedstawiciel ustawowy, krewni w linii prostej, rodzeństwo lub faktyczny opiekun, aczkolwiek ustawa dopuszcza tutaj także możliwość działania przez sąd rodzinny z urzędu (co jest regułą w wielu formach postępowania rodzinno-opiekuńczego). Równocześnie decyzja o skierowaniu na leczenie przymusowe, tj. takie, które może być realizowane np. w zakładzie zamkniętym i egzekwowane odpowiednimi środkami przymusu wbrew woli osoby zainteresowanej, może być podjęta wyłącznie przez niezawisły organ sądowy i nie może być decyzją o administracyjnym charakterze. Zgodnie z treścią art. 30 ust. 2 NarkU czasu trwania takiego leczenia przymusowego nie określa się z góry, teoretycznie może ono trwać „tak długo, jak to jest potrzebne”. Równocześnie jednak sąd w obowiązek zwolnić daną osobę z obowiązku leczenia, jeśli terapia zostanie zakończona sukcesem w krótszym czasie. Ustawa przewiduje tutaj generalne ograniczenie maksymalnego czasu trwania takiego leczenia: w żadnym wypadku nie może ono przekroczyć dwóch lat. Jest to wynik założenia, że jeśli terapia nie dała pożądanych efektów przez okres dwóch lat, sens jej kontynuowania powyżej tego okresu jest co najmniej wątpliwy.

Opisana sytuacja jest jedynym wyjątkiem od zasady dobrowolności leczenia, rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od narkotyków, jaką przewiduje ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawodawstwo polskie zna jednak inne wyjątki od tej zasady przewidziane w innych niż NarkU aktach prawnych. Należy przy tym podkreślić, iż dotyczą one wyłącznie osób, które znalazły się w specyficznej sytuacji, a mianowicie dopuściły się takiego czy innego naruszenia przepisów prawa karnego. Przede wszystkim może chodzić o dopuszczenie się tzw. czynu karalnego przez osobę, która w chwili popełnienia takiego czynu nie ukończyła 17. roku życia. Takie osoby prawo określa mianem nieletnich (co należy odróżniać od wspomnianej wcześniej kategorii małoletnich) i odpowiadają one za takie czyny na specjalnych zasadach, określonych w Ustawie z 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (tekst jednolity Dz.U. z roku 2016, poz. 1654). Ustawa ta zna dwa wyjątki od zasady dobrowolności leczenia uzależnień. Po pierwsze, na podstawie art. 12 tej ustawy sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego, który dopuścił się czynu karalnego, w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym m.in. wówczas, gdy stwierdzono u niego nałogowe używanie alkoholu albo innych środków celem wprowadzenia się w stan odurzenia. W takim wypadku umieszczenie w zakładzie zamkniętym celem poddania się leczeniu jest środkiem reakcji na popełniony czyn karalny. Po drugie, zgodnie z art. 90 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, nieletni przebywający w zakładzie poprawczym, tj. taki, wobec którego sąd rodzinny orzekł wcześniej taki środek w związku z popełnieniem przestępstwa poważnego czynu karalnego, może być umieszczony na czas określony w specjalistycznym zakładzie celem podjęcia specjalistycznego leczenia. Aczkolwiek przepisy te używają innej terminologii niż NarkU, pojęcia specjalistyczny zakład i specjalistyczne leczenie odnoszą się również do oddziaływań stanowiących leczenie, rehabilitację i reintegrację w rozumieniu NarkU.

Drugi rodzaj wyjątków od zasady dobrowolności leczenia uzależnień związanych z wejściem w konflikt z prawem karnym dotyczy osób dorosłych (tj. w rozumieniu prawa takich, które w chwili popełnienia tego przestępstwa ukończyły 17. rok życia), skazanych za popełnienie przestępstwa na karę pozbawienia wolności i odbywających tę karę w zakładzie karnym. Z treści art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego (Dz.U. 1997, Nr 90, poz. 557 z późn. zmianami), aktu prawnego regulującego wykonywanie wszystkich kar orzekanych przez sądy w stosunku do osób dorosłych, wynika, iż m.in. skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją. Jeśli jednak skazany takiej zgody nie wyrazi, o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny i ma ono wówczas charakter przymusowy.

Omawiając przepisy NarkU dotyczące leczenia osób uzależnionych, warto jeszcze wspomnieć o regulacjach dotyczących specyficznej formy leczenia, jaką jest tzw. **leczenie substytucyjne**. Leczenie substytucyjne jest stosowaną w uzależnieniu od opioidów formą opieki medycznej, wykorzystującą do leczenia substancję określaną mianem agonisty, tj. posiadającą właściwości i działanie podobne do właściwości i działania narkotyku, który spowodował uzależnienie. Narkotyk zastępowany jest agonistą w celu osiągnięcia przez pacjenta bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Umożliwienie pacjentowi zaprzestania używania substancji nielegalnej ma ogromne znaczenie z uwagi na ograniczenie ryzyka szkód związanych z używaniem substancji nielegalnej. Obecnie podstawowymi lekami stosowanymi w substytucji, także w Polsce, są **metadon** i **buprenor-**

fina. Leczenie substytucyjne może być alternatywą dla leczenia mającego na celu osiągnięcie abstynencji (tzw. substytucja długoterminowa), ale może być także traktowane jako etap na drodze do osiągnięcia całkowitej abstynencji. Jest to procedura medyczna, która swego czasu budziła duże kontrowersje, ponieważ w zasadzie polega na podtrzymywaniu istnienia uzależnienia (stąd niekiedy stosowane określenie terapia podtrzymująca). Dlatego do dzisiaj jest ona na przykład niedopuszczalna w Rosji. W krajach Unii Europejskiej jest ona jednak standardową metodą postępowania w przypadku pacjentów, dla których osiągnięcie abstynencji jest trudne lub wręcz niemożliwe. Ponieważ jednak leki substytucyjne, będące agonistami receptorów opioidowych, takie jak metadon, są zarazem substancjami kontrolowanymi przez prawo jako narkotyki, ich stosowanie wymaga z reguły szczegółowego uregulowania prawnego.

NarkU generalnie dopuszcza stosowanie w leczeniu uzależnień środków substytucyjnych, takich jak metadon czy buprenorfina. Dopuszczalne jest także stosowanie tego leczenia w zakładach karnych i aresztach śledczych (art. 28 NarkU), co przed rokiem 2005 było w Polsce przedmiotem rozmaitych kontrowersji prawnych. Leczenie substytucyjne może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu stosownego zezwolenia marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu, które jest wydawane po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Taka pozytywna opinia jest uzależniona od spełnienia szeregu warunków określonych w szczegółowych przepisach ustawy. Natomiast zezwolenie na leczenie substytucyjne w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności wydaje dyrektor Generalny Służby Więziennej, także po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Sama ustawa reguluje jedynie w sposób ogólny powyższe uprawnienia do prowadzenia programów leczenia substytucyjnego. Szczegóły tej procedury medycznej reguluje natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz.U. 2013, poz. 368). Przewiduje ono, iż ta forma leczenia dotyczyć może pacjentów uzależnionych od opioidów, którzy ukończyli 18 lat i wyrazili zgodę na leczenie i przestrzeganie jego wymogów. W wyjątkowych sytuacjach do leczenia mogą być zresztą zakwalifikowane osoby, które nie ukończyły jeszcze 18. roku życia (§ 3 ust. 2 rozporządzenia). Programy leczenia substytucyjnego w Polsce mają charakter tzw. **programów wysokoprogowych**, tj. pacjenci mają obowiązek zachowania abstynencji od wszelkich innych substancji psychoaktywnych, poza podawanym im środkiem substytucyjnym. W związku z tym pacjenci leczeni według tej metody są badani co najmniej raz w miesiącu na występowanie w moczu lub innych płynach ustrojowych środków odurzających i substancji psychotropowych innych niż stosowane w ramach programu (§ 7), a pozytywne wyniki takich badań, a także pewne inne okoliczności, mogą stanowić podstawę wykluczenia z programu (§ 3 ust. 3). Ze względu na zapobieganie przenikaniu metadonu stosowanego w leczeniu na czarny rynek, środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub wydawany przez farmaceutę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności (§ 6 ust. 1). Rozporządzenie określa jednak także wyjątki od tej reguły, dopuszczające w pewnych okolicznościach wydawanie pacjentom dawek metadonu do domu na okresy dłuższe, wynoszące od 7 do 14 dni (§ 5).

ŚRODKI ODURZAJĄCE, SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE, NOWE SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE, ŚRODKI ZASTĘPCZE I PREKURSORY

Rozdział 5 NarkU reguluje najistotniejsze kwestie związane z kontrolą administracyjną obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi, z których szereg ma legalne zastosowania medyczne i może być wykorzystywana w celach badawczych, a także zakazem obrotu tzw. nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi (tj. składnikami tzw. dopalaczy, stanowiących w ostatnich latach szczególnie problem), i wreszcie obrotu substancjami zwanymi prekursorami narkotykowymi, tj. substancjami, które same narkotykami nie są, ale są wykorzystywane do ich produkcji (jako surowce, katalizatory itp.).

W związku z przedmiotem regulacji rozdziału 5 NarkU, podstawową kwestią jest zakres regulacji jego przepisów, czy też inaczej mówiąc substancje, do których przepisy te się odnoszą. Jak wspomniano, przedmiotem tych regulacji są środki odurzające oraz substancje psychotropowe, a także substancje zwane prekursorami, a od momentu pojawienia się w Polsce problemu tzw. dopalaczy, także środki zastępcze (od roku 2010) i nowe substancje psychoaktywne (od roku 2015). Każde z tych pojęć jest zdefiniowane w art. 4 NarkU. I tak, zgodnie z art. 4 pkt 26 NarkU, środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy, a zgodnie z jego pkt 25, **substancją psychotropową** jest każda substancja pochodze-

nia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy. Polski ustawodawca, tak samo jak wszystkie kraje świata, a także akty prawa międzynarodowego w postaci konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczących kwestii związanych z narkotykami i narkomanią, przyjmuje więc specyficzny sposób definiowania substancji kontrolowanych, polegający na tworzeniu wykazów substancji uważanych za narkotyki i podlegających z tego tytułu stosownej kontroli. W Polsce wykaz ten jest załącznikiem do ustawy, a więc umieszczenie nowych substancji w tych wykazach wymaga podjęcia przez Sejm stosownej procedury legislacyjnej.

Powyższa metoda jest najbardziej precyzyjnym możliwym sposobem definiowania pojęć środka odurzającego i substancji psychotropowej. Rzecz w tym, że sam fakt, iż substancja działa na ośrodkowy układ nerwowy, co jest podstawową charakterystyką farmakologiczną narkotyków, nie jest niestety określeniem dostatecznie precyzyjnym. Ostatecznie na ośrodkowy układ nerwowy oddziałują także alkohol, tytoń, kawa, a nawet herbata i szereg innych substancji. Równocześnie – jak będzie o tym jeszcze mowa przy omawianiu postanowień rozdziału 7 NarkU – naruszenie przepisów dotyczących legalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi stanowi podstawę do pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej. A zgodnie z wymogami Konstytucji RP i Kodeksu karnego opis wszystkich elementów czynu stanowiącego przestępstwo musi być szczególnie precyzyjny i niepozostawiający pola do dowolnych interpretacji. Stąd odwołanie się przez ustawodawcę do niebudzących żadnych wątpliwości wykazów konkretnych substancji.

Przy pomocy takiej samej techniki NarkU definiuje kolejne pojęcie, a mianowicie **prekursora narkotykowego**. Zgodnie z treścią art. 4 pkt 16 NarkU prekursorem narkotykowym jest substancja sklasyfikowana, o której mowa w art. 2 pkt a rozporządzenia 273/2004, którego kategorie określa załącznik nr 1 do tego rozporządzenia. W danym wypadku chodzi o akt prawa Unii Europejskiej w postaci Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady [Europejskiej] w sprawie prekursorów narkotykowych (Dz.U. Unii Europejskiej z 18.02.2004 L47/1). Jak już wspomniano, prekursorzy narkotykowe to substancje nie będące narkotykami, ale wykorzystywane do ich produkcji jako surowce, katalizatory itp. Problem w tym, że wiele prekursorów narkotykowych to substancje powszechnie wykorzystywane w przemyśle chemicznym do jak najbardziej legalnych celów (np. kwas siarkowy czy nadmanganian potasu). Dlatego nie są one substancjami nielegalnymi (jak narkotyki), ale są przedmiotem kontroli, przede wszystkim poprzez specjalne regulacje przewidujące monitoring obrotu nimi. Ze względu na to, że Unia Europejska jest jednolitym obszarem ekonomicznym i pomiędzy poszczególnymi państwami brak jest kontroli granicznych i celnych, regulacja kontroli i monitoringu obrotu prekursorami w ramach Unii, a także z krajami spoza Unii, jest dokonana na szczeblu unijnym, a nie poszczególnych krajów członkowskich. Stąd wykaz substancji uważanych za prekursorzy i podlegających takiemu monitoringowi jest tworzony na szczeblu unijnym.

Załączniki do NarkU, zawierające wykazy środków odurzających i substancji psychotropowych, dokonują ponadto klasyfikacji tych substancji według określonych kryteriów farmakologicznych i toksykologicznych. Jest to o tyle ważne, że niektóre z tych substancji mają całkowicie legalne zastosowania do celów leczniczych, weterynaryjnych, a także w badaniach naukowych. W związku z tym ustawa zawiera w omawianym rozdziale szczegółowe regulacje określające podmioty uprawnione do legalnej produkcji, obrotu hurtowego i detalicznego, oraz posiadania niektórych środków odurzających lub substancji psychotropowych (zakłady przemysłu farmaceutycznego, placówki lecznicze, jednostki badawcze, apteki), a także warunki i procedury, jakie muszą być w takich wypadkach przestrzegane. Naruszenie tych reguł, a więc podejmowanie wbrew przepisom ustawy takich czynności, jak produkcja, wwóz, wywóz, przewóz, obrót hurtowy i detaliczny, udzielanie, posiadanie i szereg innych czynności, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe, stanowią podstawę do pociągnięcia ich sprawców do odpowiedzialności karnej za przestępstwa i wykroczenia określone w rozdziale 7 NarkU. To samo dotyczy pewnych czynów, których przedmiotem są prekursorzy. W tym ostatnim wypadku chodzi przede wszystkim o czyny polegające na obrocie tymi substancjami w celu wykorzystania ich do produkcji narkotyków albo naruszenia zasad monitoringu takiego obrotu.

Kolejnymi pojęciami, o których należy wspomnieć, są pojęcia **nowej substancji psychoaktywnej** i **środka zastępczego**. Definicje obu tych pojęć zostały wprowadzone do NarkU odpowiednio w roku 2015 oraz 2010 w związku z pojawieniem się problemu „dopalaczy” i koniecznością poddania kontroli syntetycznych substancji psychoaktywnych stanowiących ich składniki. Zgodnie z treścią art. 4 pkt 11a NarkU **nową substancją psychoaktywną** jest substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2 NarkU. Ten ostatni przepis daje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia prawo określenia w drodze rozporządzenia, wyka-

zu nowych substancji psychoaktywnych, obejmującego te substancje lub ich grupy, uwzględniając wpływ tych substancji na zdrowie lub życie ludzi lub możliwość spowodowania szkód społecznych. Pojęcie nowej substancji psychoaktywnej jest więc także definiowane przede wszystkim poprzez stosowny wykaz, tyle że jest to wykaz będący załącznikiem do rozporządzenia ministra, a nie bezpośrednio do ustawy. Takie rozwiązanie podyktowane zostało tym, iż podstawową cechą rynku nowych syntetycznych narkotyków jest nieustanne pojawianie się nowych substancji, tworzonych wyłącznie w celu obejścia mechanizmów kontrolnych: nowa substancja nie jest przedmiotem kontroli dopóty, dopóki nie zostanie ona umieszczona w odpowiednim wykazie. Uzupełnianie wykazów stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra jest zaś prostsze i szybsze niż analogiczne działania w przypadku załączników do ustawy, co umożliwia szybszą reakcję na pojawianie się na rynku nowych substancji.

Natomiast środkiem zastępczym w rozumieniu art. 4 pkt 27 NarkU jest produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, a których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych (jak ma to np. miejsce w przypadku alkoholu czy tytoniu). Definicja ta nie opiera się więc na żadnym wykazie i ma charakter otwarty. To, czy dana substancja zostanie uznana za środek zastępczy, zależy od specjalistycznej oceny jej właściwości i szkodliwości. Pojęcie to umożliwia przede wszystkim wycofywanie z obrotu przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej „dopalaczy” i ich składników, zanim zostaną one umieszczone we wspomnianym wcześniej wykazie nowych substancji psychoaktywnych.

Zgodnie z treścią art. 44b NarkU wytwarzanie, przywóz i wprowadzanie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych jest całkowicie zakazane, a za naruszenie tego zakazu art. 52a NarkU przewiduje karę pieniężną o charakterze administracyjnym w wysokości od 20 000 zł do 1 000 000 zł, wymierzaną przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Można więc powiedzieć, że w polskim systemie prawnym kontrola wszelkiego rodzaju nielegalnych substancji psychoaktywnych ma dwutorowy charakter. Naruszenia przepisów dotyczących kontroli środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów zagrożone są sankcjami karnymi, natomiast naruszenia zakazu obrotu nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi zagrożone są sankcjami finansowymi o charakterze administracyjnym.

UPRAWA MAKU I KONOPI

Przepisy rozdziału 6 NarkU zawierają regulacje wprowadzające reglamentację upraw dwóch roślin, a mianowicie maku i konopi. **Reglamentacja upraw maku** została wprowadzona w Polsce w roku 1985, w związku z tym, iż słoma makowa była surowcem do produkcji tzw. kompotu, produkowanego domowymi sposobami silnego środka typu opiatowego, który był wówczas głównym źródłem problemu narkomanii. **Reglamentacja upraw konopi** jest natomiast związana z tym, że z rośliny tej, zawierającej substancję psychoaktywną tetrahydrokannabinol (THC), uzyskuje się marihuanę i haszysz, najpopularniejsze dzisiaj nielegalne środki psychoaktywne. W związku z tym art. 45 NarkU wprowadza w tym zakresie kilka reguł. Po pierwsze, uprawa maku tzw. wysokomorfinowego (tj. o odpowiednio wysokiej zawartości alkaloidów opium, nadającego się do wykorzystania do produkcji „kompotu”), może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu farmaceutycznego i nasiennictwa. Po drugie, uprawa maku niskomorfinowego może być prowadzona wyłącznie na cele spożywcze i nasiennictwa. Po trzecie, uprawa konopi włóknistych, tj. o odpowiednio niskiej zawartości THC, może być prowadzona wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego, materiałów budowlanych oraz nasiennictwa. Po czwarte, uprawa konopi innych niż włókniste (tj. umożliwiających uzyskanie marihuany lub haszyszu), jest całkowicie zabroniona.

Przepisy tego rozdziału zawierają dodatkowo szczegółowe regulacje dotyczące legalnej uprawy wyżej wymienionych roślin w postaci szczegółowych warunków, jakie muszą spełniać te uprawy i prowadzące je podmioty (np. obowiązek uzyskania stosownego zezwolenia, ograniczenia dotyczące obszaru upraw, zasady dotyczące sprzedaży i przekazywania plonów uprawnionym podmiotom przemysłu farmaceutycznego, spożywczego lub włókienniczego itp.). Naruszenia powyższych przepisów stanowią znowu przestępstwa i wykroczenia określone w rozdziale 7 NarkU.

PRZEPISY KARNE

Rozdział 7 NarkU definiuje czyny zabronione pod groźbą kary, stanowiące przestępstwa i wykroczenia. Jak wspomniano, stanowią je z reguły czynności, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe, a także ewentualnie prekursorzy, jeśli czynności te podejmowane są wbrew przepisom ustawy. To ostatnie oznacza, że czynności te podejmowane są dla celów innych niż dopuszczone przez ustawę zastosowania medyczne i badawcze.

Wśród przestępstw zdefiniowanych przez NarkU wskazać należy czyny polegające na dokonywaniu wbrew przepisom ustawy następujących czynności: wytwarzaniu, przetwarzaniu lub przerobieniu środków odurzających bądź substancji psychotropowych (art. 53); posiadaniu przyrządów lub naczyń służących do wyrobu narkotyków (art. 54); przywozie, wywozie lub przewozie (tj. przemyśle) takich substancji lub środków (art. 55); wprowadzaniu ich do obrotu (art. 56); przygotowaniu przemytu i wprowadzaniu ich do obrotu (art. 57); udzielaniu ich innej osobie (art. 58); udzielaniu ich innej osobie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (art. 59); niezawiadomieniu przez właściciela, działającego w jego imieniu zarządcę albo kierownika zakładu gastronomicznego, lokalu rozrywkowego lub prowadzącego inną działalność usługową o przypadkach handlu narkotykami na terenie tego zakładu lub lokalu (art. 60); obrocie prekursorami wbrew przepisom ustawy w celu wytwarzania środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 61); posiadaniu środków odurzających lub substancji psychotropowych (art. 62); uprawie wbrew przepisom ustawy maku lub konopi, oraz zbiorze mlecza makowego (art. 63); zaborze w celu przywłaszczenia środków odurzających, substancji psychotropowych, mlecza makowego lub słomy makowej (art. 64); uprawie wbrew przepisom ustawy maku niskomorfinowego lub konopi włóknistych (art. 65); obrocie wbrew przepisom ustawy prekursorami (art. 66); niedopełnianiu obowiązków ewidencyjnych związanych z legalnym obrotem prekursorami (art. 67); reklamie środków odurzających lub substancji psychotropowych w celach innych niż medyczne (art. 68).

Niektóre z tych czynów, mające drobniejszy charakter, stanowią wykroczenia zagrożone karą grzywny. Większość jednak to przestępstwa stanowiące tzw. występki zagrożone karą pozbawienia wolności w różnym wymiarze. Tzw. górna granica ustawowego zagrożenia w ich wypadku (tj. najsurowsza możliwa kara), wynosi najczęściej 3 lub 5 lat pozbawienia wolności, aczkolwiek są i takie, gdzie wynosi ona 8, 10, a nawet 12 lat pozbawienia wolności. Trzy spośród tych przestępstw (produkcja znacznych ilości, przemyt znacznych ilości, udzielanie w celu osiągnięcia korzyści majątkowej małoletniemu) stanowią natomiast przestępstwa w postaci tzw. zbrodni, zagrożone karą pozbawienia wolności na okres co najmniej 3 lat, a maksymalnie do lat 15.

Przedmiotem szczególnych kontrowersji, nie tylko w Polsce, jest karalność posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych w niewielkich ilościach przeznaczonych na własny użytek (przewidziana w art. 62 NarkU). Podstawowy argument przeciwko takiemu rozwiązaniu związany jest z tym, iż uważa się, że karanie za takie przestępstwo młodych, a nawet bardzo młodych ludzi, jest szkodliwe i przynosi wiele negatywnych konsekwencji (poza samą karą stygmatyzującą takiego młodego człowieka jako przestępcę, chodzi chociażby o zapis o uprzedniej karalności w Krajowym Rejestrze Karnym). Samo używanie narkotyków i ściśle z nim związane posiadanie ich na własny użytek powinno być traktowane przede wszystkim jako problem z zakresu polityki zdrowia publicznego i jako takie być przedmiotem oddziaływania środkami z zakresu informacji i edukacji, a także interwencji za pomocą odpowiednich programów profilaktycznych i terapeutycznych. Dlatego w wielu krajach Unii Europejskiej posiadanie niewielkich ilości takich substancji na własny użytek, aczkolwiek zabronione przez prawo administracyjne, nie stanowi przestępstwa (tzw. **dekryminalizacja**), a w innych istnieje możliwość odstąpienia w takich wypadkach przez prokuratora lub sąd od ścigania karnego (tzw. **depenalizacja**). Rozwiązania, takie jak dekryminalizacja lub depenalizacja, nie stanowią nigdy przyzwolenia na używanie i posiadanie narkotyków. Wycofanie za ich pomocą represji karnej w stosunku do użytkowników narkotyków ma na celu umożliwienie łatwiejszego i efektywniejszego docierania do tej grupy osób z ofertą działań profilaktycznych i terapeutycznych w ramach polityki ochrony zdrowia publicznego.

Rozwiązanie o charakterze depenalizacyjnym obowiązuje w Polsce od roku 2011. Zgodnie z treścią art. 62a NarkU prokurator ma prawo umorzyć postępowanie przygotowawcze w sprawach o posiadanie narkotyków, jeżeli przedmiotem czynu są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, a orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. W latach 2012–2015 prokuratorzy coraz częściej sięgali do tego przepisu. W roku 2015 na jego podstawie umorzono w Polsce ok. 16% wszystkich spraw o przestępstwa z art. 62 NarkU.

W wielu ustawodawstwach istnieją także rozwiązania umożliwiające stosowanie wobec użytkowników narkotyków dopuszczających się różnych przestępstw środków alternatywnych o charakterze leczniczym, które mogą być stosowane **obok kary** lub **zamiast kary**. Realizują one tzw. zasadę **leczyć zamiast karać**, stwarzającą preferencję dla podejmowania przez osoby uzależnione i innych użytkowników narkotyków, którzy dopuszczają się przestępstw działań leczniczych i terapeutycznych, mających rozwiązywać ich problemy z używaniem narkotyków, a nie tylko poprzestawać na ich karaniu. W NarkU przepisem dającym możliwość stosowania takich alternatyw leczniczych jest art. 72. Zgodnie z jego treścią, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji psychoaktywnych szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie przygotowawcze do czasu zakończenia leczenia. Po podjęciu postępowania prokurator, w zależności od wyniku leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, postanawia albo o dalszym prowadzeniu postępowania (tj. w przypadku negatywnego wyniku leczenia wnosi do sądu akt oskarżenia), albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania (w przypadku pozytywnego wyniku). Warunkowe umorzenie postępowania (połączone zawsze z wyznaczeniem przez sąd odpowiedniego okresu próby), jest w takim wypadku swoistą „premią” dla sprawcy za to, że podjął on leczenie i ukończył je z pozytywnym wynikiem. Możliwość natomiast dalszego prowadzenia postępowania i wniesienia aktu oskarżenia jest swoistym czynnikiem motywującym do podjęcia tego leczenia i wytrwania w tym postanowieniu. Pokreślić należy, iż leczenie takie nie ma charakteru przymusowego, aczkolwiek nie jest też całkowicie dobrowolne. Decyzja o tym, czy podjąć leczenie i w ten sposób uniknąć odpowiedzialności karnej, należy bowiem do samego zainteresowanego.

Przepisem mającym ułatwić prokuratorowi stosowanie art. 72 NarkU, jest wprowadzony do ustawy w roku 2011 art. 70a. Zgodnie z jego treścią, jeśli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zarządza zebranie przez osoby, które na zasadach wskazanych w ustawie uzyskały certyfikat specjalisty terapii uzależnień, informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. Uzyskanie przez prokuratora takich informacji na temat charakteru problemów podejrzanego z narkotykami może mieć kluczowe znaczenie dla podjęcia przez prokuratora trafnej decyzji o zastosowaniu alternatyw leczniczych.

USTAWA O POSTĘPOWANIU W SPRAWACH NIELETNICH

Jak wspomniano na wstępie niniejszego opracowania, w stosunku do osób nieletnich nie mają zastosowania zasady odpowiedzialności karnej przewidziane w Kodeksie karnym. Nieletni za swoje postępowanie sprzeczne z obowiązującym prawem ponoszą specjalny rodzaj odpowiedzialności, która jest uregulowana w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich (NielU). Nie stosuje się więc wobec nich kar, środków karnych oraz środków zabezpieczających, jakie w związku z popełnieniem przestępstwa stosuje się wobec osób dorosłych, lecz tzw. środki wychowawcze i środek poprawczy przewidziane w NielU, a sprawy nieletnich rozpatrywane są w specjalnym trybie postępowania sądowego, przed specjalnym sądem zwanym sądem rodzinnym. Oznacza to, że w przypadku osób, które prawo traktuje jako nieletnie, przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stosowane są zawsze w sposób zmodyfikowany wymaganiami wynikającymi z ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Warto pokrótce wspomnieć, na czym te modyfikacje polegają.

Pierwszą kwestią wymagającą poruszenia jest zakres stosowania przepisów NielU, tzn. rodzaj zachowań nieletnich, wobec których znajdują zastosowanie przepisy tej ustawy (tzw. zakres przedmiotowy jej stosowania). Zgodnie z przepisem art. 2 NielU przewidziane w ustawie działania podejmuje się w wypadkach, gdy nieletni wykazuje **przejawy demoralizacji** lub dopuści się **czynu karalnego**. Pojęcie czynu karalnego jest zdefiniowane w art. 1 § 1 pkt 2 NielU i oznacza przestępstwo (tj. czyn zabroniony pod groźbą kary określony w Kodeksie karnym lub innym akcie prawnych, w tym w rozdziale 7 NarkU) lub przestępstwo skarbowe (tj. czyn zabroniony pod groźbą kary określony w Kodeksie karnym skarbowym), albo wymienione w tym przepisie wykroczenia określone w Kodeksie wykroczeń (a więc tylko niektóre spośród przewidzianych przez polskie prawo wykroczeń). Zgodnie z polskim prawem osoby nieletnie nie popełniają więc przestępstw, lecz czyny

karalne, na które to pojęcie składają się wszystkie przestępstwa i przestępstwa skarbowe, oraz tylko niektóre wykroczenia zdefiniowane w Kodeksie wykroczeń.

Pojęcie „demoralizacji” określone jest natomiast w sposób pośredni w art. 4 § 1 NielU poprzez przykładowe wymienienie zachowań mogących stanowić jej przejawy: naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, **używanie** alkoholu lub **innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia**, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych. Wyliczenie powyższe jest wyliczeniem jedynie najbardziej typowych przejawów tego, co ustawa nazywa demoralizacją. A zatem możliwa jest interwencja także w przypadku innych zachowań, niż te wymienione w tym przepisie, jeśli zostaną one uznane za przejawy demoralizacji.

Drugim podstawowym zagadnieniem przy omawianiu przepisów NielU są osoby, wobec których mają one zastosowanie (tzw. zakres podmiotowy stosowania), tj. przyjmowana przez ustawę definicja pojęcia nieletniego. Pojęcie to nie ma na gruncie NielU jednolitego charakteru i jest zależne od tego, o jaką podstawę interwencji wobec nieletniego chodzi. Zgodnie z przepisem art. 1 § 1 pkt 1 NielU w zakresie zapobiegania i zwalczania demoralizacji przepisy ustawy stosuje się w stosunku do osób, które nie ukończyły lat 18. W tym wypadku pojęcie nieletniego pokrywa się więc z cywilnoprawnym pojęciem niepełnoletniości, dla którego granicą jest również ukończenie 18 lat. Natomiast przepisy ustawy dotyczące odpowiedzialności za czyny karalne (we wspomnianym wcześniej rozumieniu) mają zastosowanie wobec osób, które dopuściły się takiego czynu po ukończeniu lat 13, a przed ukończeniem lat 17. Oznacza to, że w przypadku dopuszczenia się czynu zabronionego pod groźbą kary po ukończeniu 17. roku życia, sprawca odpowiada już jako osoba dorosła na zasadach określonych w Kodeksie karnym.

W tym kontekście warto zwrócić więc uwagę, iż w przypadku popełnienia przez osobę w wieku pomiędzy 13. a 17. rokiem życia jednego z przestępstw zdefiniowanych w rozdziale 7 NarkU (choćby np. posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych, o którym mowa w art. 62 NarkU, czy jakiegokolwiek innego czynu zdefiniowanego w tej ustawie), nie będzie ona ponosiła odpowiedzialności na ogólnych zasadach określonych w Kodeksie karnym, tylko na zasadach określonych w NielU. Natomiast w przypadku popełnienia takiego czynu przez nieletniego przed ukończeniem 13. roku życia, interwencja będzie możliwa, ale nie w związku z popełnieniem czynu karalnego, tylko w związku z tym, że w tym wieku popełnienie takiego czynu traktowane jest jako ewentualny przejaw demoralizacji (z przytoczonej wcześniej definicji tego pojęcia wynika, iż popełnienie takiego czynu może być uznane za przejaw demoralizacji). Co więcej, z przytoczonych wcześniej definicji wynika, iż interwencja w stosunku do nieletnich używających środków psychoaktywnych jest możliwa w zakresie szerszym niż w stosunku do osób dorosłych. Jak wynika z przytoczonych wcześniej przepisów karnych NarkU, sam fakt używania środków odurzających lub substancji psychotropowych nie może być podstawą do pociągnięcia osoby dorosłej do odpowiedzialności karnej (może nim być natomiast np. ich posiadanie). W przypadku natomiast osób nieletnich samo używanie środków odurzających lub substancji psychotropowych w celu wprowadzenia się w stan odurzenia (art. 4 § 1 NielU) może być uznane za przejaw demoralizacji i stanowić podstawę stosownej interwencji aż do ukończenia 18. roku życia, niezależnie od tego, czy osoba taka dopuściła się jakiegokolwiek czynu karalnego (np. wspomnianego posiadania).

W przypadku podejmowania przez sąd rodzinny wobec osoby nieletniej interwencji w związku z popełnieniem czynu karalnego (a więc np. dopuszczeniem się przez nieletniego posiadania narkotyków), nie stosuje się wobec niego kar przewidzianych przez prawo karne (w danym wypadku przepisy rozdziału 7 NarkU), lecz specjalne środki wychowawcze, a w szczególnie drastycznych przypadkach środek poprawczy przewidziany przez NielU. Jest to wynik tego, iż polskie ustawodawstwo dotyczące nieletnich przyjmuje tzw. opiekuńczo-wychowawczy, a nie represyjny model interwencji w tym obszarze, co oznacza, że właściwym sposobem reakcji wobec naruszania przez osoby nieletnie przepisów prawa nie jest represja, lecz podejmowanie działań profilaktycznych i wychowawczych. Takie cele stosowania przepisów NielU są wyraźnie określone w art. 3 § 1, który stwierdza, iż w sprawie nieletniego należy kierować się przede wszystkim jego dobrem, dążąc do osiągnięcia korzystnych zmian w osobowości i zachowaniu się nieletniego oraz zmięrkując, w miarę potrzeby, do prawidłowego spełnienia przez rodziców lub opiekuna ich obowiązków wobec nieletniego, uwzględniając przy tym interes społeczny. W związku z tym w myśl § 2 tego przepisu w postępowaniu z nieletnim bierze się pod uwagę osobowość nieletniego, a w szczególności wiek, stan zdrowia, stopień rozwoju psychicznego i fizycznego, cechy charakteru, a także zachowanie się oraz przyczyny i stopień demoralizacji, charakter środowiska oraz warunki wychowania nieletniego. Można więc powiedzieć, że w stosunku do nieletnich zagrożonych narkomanią, NielU jako jednoznaczny priorytet przewiduje działania o charakterze profilaktycznym, wychowawczym i leczniczym.

W związku z powyższym NielU przewiduje w art. 5, iż wobec nieletniego mogą być stosowane środki wychowawcze oraz środek poprawczy w postaci umieszczenia go w zakładzie poprawczym. Szczegółowe wyliczenie możliwych środków reakcji wobec przejawów demoralizacji nieletnich i dopuszczania się przez nich czynów karalnych, zawiera art. 6 NielU. Zgodnie z tym przepisem sąd rodzinny może w stosunku do nieletniego zastosować następujące środki:

- 1) udzielić upomnienia;
- 2) zobowiązać do określonego postępowania, a zwłaszcza do naprawienia wyrządzonej szkody, do wykonania określonych prac lub świadczeń na rzecz pokrzywdzonego lub społeczności lokalnej, do przeproszenia pokrzywdzonego, do podjęcia nauki lub pracy, do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach albo do zaniechania używania alkoholu lub innego środka w celu wprowadzania się w stan odurzenia;
- 3) ustanowić nadzór odpowiedzialny rodziców lub opiekuna;
- 4) ustanowić nadzór organizacji młodzieżowej lub innej organizacji społecznej, zakładu pracy albo osoby godnej zaufania – udzielających poręczenia za nieletniego;
- 5) zastosować nadzór kuratora;
- 6) skierować do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, po uprzednim porozumieniu się z tą organizacją lub instytucją;
- 7) orzec zakaz prowadzenia pojazdów;
- 8) orzec przepadek rzeczy uzyskanych w związku z popełnieniem czynu karalnego;
- 9) orzec umieszczenie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym albo w rodzinie zastępczej zawodowej, która ukończyła szkolenie przygotowujące do sprawowania opieki nad nieletnim;
- 10) orzec umieszczenie w zakładzie poprawczym;
- 11) zastosować inne środki zastrzeżone w niniejszej ustawie do właściwości sądu rodzinnego, jak również zastosować środki przewidziane w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, z wyłączeniem umieszczenia w rodzinie zastępczej spokrewnionej, rodzinie zastępczej niezawodowej, rodzinnym domu dziecka, placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej i regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej.

W przypadku nieletnich używających środków odurzających lub substancji psychotropowych, możliwe jest także zastosowanie wspomnianych wcześniej specjalnych środków leczniczych o charakterze przymusowym, o których jest mowa w art. 12 oraz 90 § 1 pkt 3 NielU. Natomiast wymieniony w pkt 10 tego przepisu szczególnie środek zwany umieszczeniem w zakładzie poprawczym, jest środkiem szczególnym, który może być orzekany tylko w sytuacji popełnienia czynów karalnych (nie może być więc stosowany w związku z występowaniem u nieletniego przejawów demoralizacji), oraz jeśli przemawiają za tym szczególne okoliczności, o których mowa w art. 10 NielU.

Zgodnie z treścią art. 21 § 1 NielU sąd rodzinny wszczyna postępowanie w sprawie nieletniego, jeżeli chodzi uzasadnione podejrzenie istnienia okoliczności, o których mowa w art. 2, czyli albo popełnienia przez nieletniego czynu karalnego, albo występowania u niego przejawów demoralizacji. Sąd rodzinny jest więc zobowiązany do działania w takich sytuacjach z urzędu i dla wszczęcia przezeń postępowania (poza tymi sytuacjami, gdy chodzi o czyny karalne stanowiące przestępstwa ścigane na wniosek lub z oskarżenia prywatnego), nie są wymagane żadne szczególne wnioski formalne ze strony uprawnionych podmiotów. W praktyce oczywiście sądy rodzinne podejmują odpowiednie działania bardzo często po otrzymaniu stosownych sygnałów od określonych instytucji państwowych, samorządowych czy społecznych, które w takich czy innych okolicznościach uzyskują informacje na temat nieletnich i ich rodzin dotkniętych takimi czy innymi problemami wychowawczymi, oraz popełniania przez tych nieletnich konkretnych czynów zabronionych (w tym ostatnim wypadku informacja dla sądu pochodzi najczęściej od organów Policji, która jednak w postępowaniu w sprawach nieletnich odgrywa w zasadzie ograniczoną rolę).

W tym kontekście warto wskazać na jedno szczególne uregulowanie NielU, które niekiedy uznawane jest za dość kontrowersyjne, w tym także z pedagogicznego punktu widzenia. Chodzi o art. 4 NielU, który stwierdza, co następuje:

- § 1. Każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych, ma społeczny obowiązek odpowiedniego przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkoły, sądu rodzinnego, Policji lub innego właściwego organu.
- § 2. Każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu czynu karalnego przez nieletniego, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym sąd rodzinny lub Policję.
- § 3. Instytucje państwowe i organizacje społeczne, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym sąd rodzinny lub Policję oraz przedsięwziąć czynności niecierpiące zwłoki, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów popełnienia czynu.

Warto w związku z tym zwrócić uwagę, iż przepisy art. 4 § 1-2 NielU nakładają na każdego, kto dowiedział się o wspomnianych tam zdarzeniach lub okolicznościach dotyczących nieletniego jedynie tzw. **społeczny obowiązek zawiadomienia** o tym sądu rodzinnego lub Policji. Obowiązek społeczny ma jedynie charakter ogólnego, obywatelskiego zobowiązania, w związku z czym w przypadku jego niezrealizowania, wobec nikogo nie mogą być wyciągane jakiegokolwiek negatywne konsekwencje, w tym o charakterze prawnym. Nieco inaczej sprawa ta wygląda w przypadku art. 4 § 3 NielU, który to przepis nakłada na wskazane tam instytucje państwowe i organizacje społeczne **obowiązek prawny** zawiadomienia sądu rodzinnego lub organów Policji o popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego ściganego z urzędu (tj. nie dotyczy on czynów ściganych na wniosek pokrzywdzonego oraz w trybie tzw. oskarżenia prywatnego). Obowiązek zawiadamiania ciąży na instytucji, przez co rozumieć należy przede wszystkim jej kierownictwo (zarząd), ale także każdy jej organ powołany do czuwania nad prawidłowością działania tej instytucji (inaczej mówiąc obowiązek ten nie dotyczy każdego pracownika tej instytucji czy każdej osoby związanej z nią w jakiś inny sposób). Fakt, iż w tym wypadku NielU przewiduje obowiązek prawny skierowania takiego zawiadomienia, oznacza, że niewykonanie obowiązku wynikającego z art. 4 § 3 NielU może pociągnąć za sobą odpowiedzialność karną z art. 231 Kodeksu karnego.

Powstaje pytanie o racjonalność tak rygorystycznego i bezwzględного ujęcia tego obowiązku. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż z pedagogiczno-wychowawczego punktu widzenia w wielu przypadkach pewnych drobnych czynów karalnych popełnianych typowo przez nieletnich o wiele racjonalniejszym podejściem może być załatwienie danej sprawy w ramach wewnętrznych możliwości określonej instytucji, szczególnie jeśli chodzi o instytucję mającą stricte wychowawczo-edukacyjny charakter, jak np. szkoła. Nakładanie na szkoły obowiązku zawiadamiania sądu rodzinnego lub Policji o każdym przypadku np. posiadania przez ucznia narkotyków wydaje się być jednak zbyt daleko idące, szczególnie jeśli istnieją możliwości rozwiązania danego problemu przez samą szkołę. Trzeba oczywiście pamiętać o tym, iż sam fakt złożenia takiego zawiadomienia nie musi oznaczać, że wobec nieletniego zostaną przez sąd zastosowane środki wychowawcze. Sądy rodzinne mają bowiem bardzo szerokie uprawnienia do elastycznego reagowania na przypadki popełniania przez nieletnich czynów karalnych. Obejmuje to możliwość niewszczynania postępowania lub jego umarzania w sytuacjach, gdy prowadzący sprawę sędzia uzna, iż – biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności sprawy – stosowanie środków wychowawczych czy innych form interwencji nie jest uzasadnione. Zgodnie z treścią art. 32j NielU sąd rodzinny może również zawsze przekazać sprawę nieletniego, za jego zgodą, szkole, do której nieletni uczęszcza, albo organizacji młodzieżowej, sportowej, kulturalno-oświatowej lub innej organizacji społecznej, do której nieletni należy, jeżeli uzna, że środki oddziaływania wychowawczego, jakimi dana szkoła lub organizacja dysponuje, są wystarczające.

PRAWO DOTYCZĄCE NARKOTYKÓW, ALKOHOLU I PAPIEROSÓW OBOWIĄZUJĄCE W SZKOLE

Anna Borkowska

Sposoby postępowania wobec uczniów zagrożonych przestępczością i demoralizacją reguluje wiele aktów prawnych, w tym:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich z późn. zm. (jednolity tekst ustawy Dz.U. z 2014, poz. 382);
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 35, poz. 230 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59);
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. Nr 30, poz. 179 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii;
- Zarządzenie Komendanta Głównego Policji w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich.

Pierwsze procedury postępowania szkół w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością, narkomanią, alkoholizmem powstały w 2002 roku. Zadanie opracowania procedur szkolnych włączono wówczas do programu „Zapobiegania niedostosowaniu społecznemu i przestępczości wśród dzieci i młodzieży”, który został powołany do życia Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 marca 2002 roku. Ich skonstruowanie powierzono zespołowi składającemu się z przedstawicieli resortów: spraw wewnętrznych i administracji, sprawiedliwości, zdrowia, pracy i polityki społecznej oraz oświaty. Podstawowym celem wprowadzenia procedur było usprawnienie i zwiększenie trafności oraz skuteczności oddziaływań szkoły w sytuacjach zagrożenia młodzieży przestępczością i demoralizacją. Procedury miały być prawną wykładnią wytyczającą ogólną drogę postępowania szkoły w trudnych sytuacjach.

Obowiązek posiadania przez szkoły tego rodzaju procedur został powtórnie wskazany w rozporządzeniu MEN z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii w § 4 pkt 2:

4) Działalność informacyjna obejmuje w szczególności:

- *informowanie uczniów i wychowanków oraz ich rodziców lub opiekunów o obowiązujących procedurach postępowania nauczycieli i wychowawców oraz o metodach współpracy szkół i placówek z Policją w sytuacjach zagrożenia narkomanią.*

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA NIELETNICH

Odpowiedzialność karna nieletnich została w polskim prawie uregulowana dwutorowo. W stosunku do uczniów niepełnoletnich mogą mieć zastosowanie przepisy **ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich**, która m.in. reguluje postępowanie wobec nieletniego dopuszczającego się czynu zabronionego, a która zasadniczo ma na celu przeciwdziałanie wszelkim przejawom demoralizacji i przestępczości nieletnich bądź **przepisy kodeksu karnego**, które w pewnych wyjątkowych wypadkach przewidują możliwość zastosowania do nieletniego ogólnych zasad odpowiedzialności karnej.

Co do zasady za przestępstwa nie odpowiada osoba, która nie ukończyła 17 lat, choć w wyjątkowych sytuacjach odpowiedzialność może ponosić już 15-latek (za tzw. ciężkie przestępstwa może on odpowiadać jak dorosły zgodnie z przepisami Kodeksu karnego – np. zamach na życie Prezydenta, zabójstwo, ciężki uszczerbek na zdrowiu, rozbój itd.). Młodszy odpowiada zgodnie z ustawą o postępowaniu w sprawach nieletnich:

- czyny popełnione przez osoby do 13. roku życia – to demoralizacja;
- sprawcą czynu karalnego jest nieletni w wieku 13–17 lat;
- powyżej 17. roku życia odpowiada jak dorosły.

Institucje państwowe, a więc także szkoły, mają obowiązek reagować na przejawy demoralizacji uczniów lub popełniane przez nich czyny karalne. W przypadku czynów karalnych ściganych z urzędu, szkoły są zobowiązane zawiadomić sąd rodzinny lub organy ścigania oraz przedsięwziąć czynności niecierpiące zwłoki, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów popełnienia przestępstwa (art. 4 § 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – u.p.n.). Czynnościami tymi są:

- zabezpieczenie miejsca popełnienia czynu;
- niedopuszczenie w to miejsce osób postronnych i
- ewentualnie ustalenie świadków zdarzenia.

Obowiązek niezwłocznego zawiadomienia sądu rodzinnego lub Policji spoczywa na kierownictwie danej instytucji państwowej czy organizacji. W przypadku szkoły jest to przede wszystkim jej dyrektor.

Podstawowy zestaw procedur interwencyjnych w szkole powinien obejmować procedury:

1. postępowania wobec ucznia przejawiającego zachowania świadczące o demoralizacji;
2. postępowania wobec ucznia będącego pod wpływem substancji psychoaktywnych;
3. postępowania w przypadku znalezienia na terenie szkoły narkotyków;
4. postępowania wobec ucznia posiadającego substancje psychoaktywne;
5. postępowania w przypadku ucznia – sprawcy czynu karalnego;
6. postępowania w przypadku ucznia – ofiary czynu karalnego.

Z uwagi na zakres tematyczny niniejszego opracowania omówimy tylko procedury odnoszące się bezpośrednio do sytuacji związanych z używaniem przez uczniów substancji psychoaktywnych lub ich obecnością na terenie szkoły.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA WOBEC UCZNIA PRZEJAWIAJĄCEGO ZACHOWANIA ŚWIADCZĄCE O DEMORALIZACJI

Demoralizacja to stan lub proces (powtarzalność, a nie incydentalność!) polegający na przejawianiu przez małoletniego lub nieletniego negatywnych zachowań wymienionych w art. 4 § 1 u.p.n.:

- naruszanie zasad współżycia społecznego;
- popełnienie czynu zabronionego;
- systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego;
- używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia;
- uprawianie nierządu, włóczęgostwo;
- udział w grupach przestępczych;
- inne zachowania naruszające przyjęte normy społeczne.

Opis procedury:

1. W przypadku powzięcia przez pracownika szkoły informacji o przejawach demoralizacji ucznia, należy powiadomić wychowawcę klasy, do której uczęszcza uczeń. Wychowawca z kolei informuje o fakcie pedagoga/psychologa szkolnego i dyrektora szkoły.
2. Wychowawca wzywa do szkoły rodziców (prawnych opiekunów) ucznia i przekazuje im uzyskaną informację, przeprowadza rozmowę z rodzicami oraz z uczniem, w ich obecności.
3. W przypadku potwierdzenia informacji, zobowiązuje ucznia do zaniechania negatywnego postępowania, a rodziców zobowiązuje do szczególnego nadzoru nad dzieckiem.
4. Wychowawca może w toku interwencji profilaktycznej zaproponować rodzicom skierowanie dziecka do specjalistycznej placówki i udział dziecka w programie terapeutycznym.
5. Jeżeli rodzice odmawiają współpracy lub nie stawiają się do szkoły, a nadal z wiarygodnych źródeł napływają informacje o przejawach demoralizacji ich dziecka, dyrektor szkoły pisemnie powiadamia o zaistniałej sytuacji sąd rodzinny lub policję (specjalistę do spraw nieletnich).
6. W sytuacji, gdy szkoła wykorzysta wszystkie dostępne jej środki oddziaływań wychowawczych (rozmowa z rodzicami, ostrzeżenie ucznia, spotkania z pedagogiem, psychologiem itp.), a ich zastosowanie nie przynosi oczekiwanych rezultatów, dyrektor szkoły powiadamia sąd rodzinny lub policję. Dalszy tok postępowania leży w kompetencji tych instytucji.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA WOBEC UCZNIA BĘDĄCEGO POD WPŁYWEM ALKOHOLU LUB NARKOTYKÓW

Przepisy prawa oświatowego nakładają na nauczycieli i dyrekcję szkoły obowiązek zapewnienia uczniom bezpieczeństwa podczas zajęć organizowanych przez szkołę (np. art. 6 ust. 1 Karta Nauczyciela). Jeżeli uczniowie znajdujący się pod opieką nauczycieli spożywali alkohol lub inne substancje psychoaktywne, nauczyciele mają obowiązek niezwłocznie poinformować o tym fakcie rodziców, wychowawcę klasy i dyrektora szkoły oraz podjąć kroki zgodnie z opisaną poniżej procedurą interwencji. Sprawdzenie, czy uczeń rzeczywiście jest pod wpływem środków psychoaktywnych, należy do kompetencji lekarza. Nauczyciele i dyrektorzy szkół nie mają uprawnień do przeprowadzania na terenie szkoły badań na obecność narkotyków czy wykonywania badania alkometrem. Dyrektor szkoły ma natomiast prawo podjąć decyzję o sprawdzeniu, czy uczeń jest pod wpływem alkoholu. Badanie wykonuje lekarz lub policja.

Opis procedury:

1. Nauczyciel powiadamia o swoich przypuszczeniach wychowawcę i odizolowuje ucznia od reszty klasy.
2. Wychowawca wzywa lekarza w celu zbadania stanu zdrowia ucznia i potwierdzenia stanu trzeźwości lub odurzenia (lub wyeliminowania podejrzenia). Lekarz może też udzielić pomocy medycznej, jeśli zachodzi taka potrzeba.
3. Wychowawca zawiadamia dyrektora szkoły oraz rodziców/opiekunów, których zobowiązuje do niezwłocznego odebrania ucznia ze szkoły.
4. Gdy rodzice odmówią odebrania dziecka, o pozostaniu ucznia w szkole, czy przewiezieniu do placówki służby zdrowia, albo przekazaniu go do dyspozycji funkcjonariuszom policji decyduje lekarz.
5. Szkoła zawiadamia policję, gdy rodzice ucznia odmawiają przyścia do szkoły, a jest on np. agresywny. Policja ma możliwość przewiezienia ucznia np. do izby wytrzeźwień.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA W SYTUACJI UJAWNIECIA NA TERENIE SZKOŁY SUBSTANCJI PRZYPOMINAJĄCEJ NARKOTYK

Opis procedury:

1. Nauczyciel, który znalazł na terenie szkoły substancję przypominającą narkotyk, zabezpiecza znalezioną substancję do czasu przyjazdu policji. W miarę możliwości może też próbować ustalić, do kogo należy znaleziona substancja.
2. Następnie nauczyciel powiadamia o zaistniałym zdarzeniu dyrektora szkoły i wzywa policję.
3. Po przyjeździe policji przekazuje zabezpieczoną substancję i informacje dotyczące szczegółów zdarzenia.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA W SYTUACJI PODEJRZENIA, ŻE UCZEŃ JEST W POSIADANIU SUBSTANCJI ODURZAJĄCEJ

1. Nauczyciel w obecności innej osoby żąda, aby uczeń przekazał mu substancję, pokazał zawartość torby szkolnej itp.
2. Następnie nauczyciel powiadamia dyrektora szkoły oraz rodziców ucznia i wzywa ich do natychmiastowego stawiennictwa.
3. Gdy uczeń odmawia przekazania substancji i pokazania zawartości plecaka, szkoła wzywa policję. Policja przeszukuje przedmioty należące do ucznia, zabezpiecza substancję i zabiera ją do ekspertyzy.
4. Jeżeli uczeń wyda substancję dobrowolnie, nauczyciel, po odpowiednim zabezpieczeniu, jest zobowiązany bezzwłocznie przekazać ją do jednostki policji.

Pamiętajmy, że wszelkie czynności procesowe z udziałem nieletniego powinny odbywać się przy obecności rodziców lub opiekunów prawnych ucznia. Policja może w toku czynności procesowych w niezbędnym zakresie przesłuchać nieletniego w charakterze sprawcy czynu karalnego lub dokonać przeszukania rzeczy osobistych ucznia. Przesłuchanie nieletniego odbywa się w obecności rodziców lub opiekuna, a jeżeli zapewnienie ich obecności jest w danym wypadku niemożliwe, przesłuchanie może się odbyć w obecności nauczyciela, przedstawiciela powiatowego centrum pomocy rodzinie lub przedstawiciela organizacji społecznej, do której zadań statutowych należy oddziaływanie wychowawcze na nieletnich lub wspomaganie procesu resocjalizacji.

SKUTECZNE STRATEGIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Magdalena Rowicka

WPROWADZENIE – TRZY RODZAJE ODDZIAŁYWAŃ

Rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych należy podzielić na trzy obszary, w zależności od poziomu zagrożenia. Pierwszym z nich jest promocja zdrowia psychicznego, drugim profilaktyka, a trzecim – terapia.

Celem promocji zdrowia psychicznego jest wspieranie rozwoju psychospołecznego jednostek. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.), celem promocji zdrowia jest przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym (m.in. takim, jak depresja, ale także uzależnienia). W programach promocji zdrowia psychicznego rzadko omawia się bezpośrednio zagadnienia zaburzeń psychicznych, np. program „Przyjaciele Zippiego” ukierunkowany jest na wzmacnianie umiejętności, takich jak komunikowanie się, rozwiązywanie konfliktów czy radzenie sobie z trudnościami, które będą przydatne dla każdego dziecka. W ramach innego programu promocji zdrowia psychicznego – „Spójrz inaczej”, omawiane są następujące tematy: (1) przeżywanie uczuć i emocji, (2) funkcjonowanie w grupie, (3) budowanie poczucia własnej wartości, (4) rozwiązywanie problemów i konfliktów i (5) dbanie o zdrowie i nieangażowanie się w uzależnienia. Zakres zachowań, którym oba programy mają przeciwdziałać jest dość szeroki, np. dzięki wspieraniu samooceny i zdrowemu przeżywaniu złości, programy są ukierunkowane na zapobieganiu agresji; dzięki wspieraniu umiejętności komunikacji i funkcjonowania w grupie przeciwdziałają wykluczeniu.

Celem oddziaływań profilaktycznych jest podwyższenie wieku angażowania się w zachowania problemowe, np. podwyższenie wieku inicjacji seksualnej albo alkoholowej lub ograniczenie występowania danego zachowania, np. używania substancji psychoaktywnych. Oddziaływania profilaktyczne dzielą się na uniwersalne, selektywne i wskazujące, w zależności od charakterystyki grupy docelowej i celu działań. Profilaktyka uniwersalna skierowana jest do ogółu społeczeństwa, a jej celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom angażowania się w zachowania problemowe, takie jak używanie substancji psychoaktywnych (ale także zachowania agresywne). Profilaktyka selektywna skierowana jest do grupy tzw. podwyższonego ryzyka, tzn. osób narażonych na oddziaływanie czynników ryzyka (np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, dzieci z problemami szkolnymi). Jej celem jest także przeciwdziałanie pierwszym próbom angażowania się w zachowania problemowe lub podwyższenie wieku takiego angażowania (np. w przypadku alkoholu). Profilaktyka wskazująca jest skierowana do osób, które są w początkowej fazie angażowania się w dane zachowanie (np. z pojedynczymi doświadczeniami używania substancji psychoaktywnych). Jej celem jest zaprzestanie angażowania się w takie zachowania. Przykładem oddziaływań na tym poziomie jest program „Fred goes net”, który jest skierowany do

młodzieży i młodych dorosłych używających alkoholu lub środków odurzających w sposób okazjonalny lub szkodliwy (z wyłączeniem heroiny)¹.

Celem oddziaływań terapeutycznych jest ograniczenie negatywnych skutków (terapia redukcji szkód), utrzymanie abstynencji, rozwijanie kompetencji związanych z optymalnym, zdrowym funkcjonowaniem psychicznym, fizycznym i społecznym. Wśród wielu szkół psychoterapii największą popularnością w terapii uzależnień cieszy się podejście poznawczo-behawioralne (CBT). Badania efektywności psychoterapii wskazują na wysoką jej skuteczność. Jedną ze strategii w ramach terapii CBT jest praca nad deficytami psychospołecznymi.

Z omówionych powyżej trzech rodzajów oddziaływań, najbardziej kompleksowo została przebadana i opisana profilaktyka. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, że właśnie w profilaktyce dysponujemy dość obiektywnie przyjętymi standardami (o których mowa w innym rozdziale niniejszego poradnika) i strategiami. Jest to o tyle ważne, że posługując się standardami i wykorzystując adekwatne strategie, możemy z dużym prawdopodobieństwem stworzyć program, który będzie efektywny (oczywiście niezbędna jest ewaluacja, aby to sprawdzić). Dla odmiany, w terapii stosuje się różne szkoły (np. psychodynamiczną, poznawczo-behawioralną, systemową czy Gestalt). Każda z nich pracuje nieco innymi technikami, przyjmuje inne strategie. Trudno zatem mówić o ujednoczeniu standardów terapeutycznych, choć zasady etyczne i czynniki leczące w psychoterapii są podobne (np. kontakt z terapeutą, jego empatia itd.), ale właśnie techniki pracy już się różnią. W przypadku promocji zdrowia psychicznego, w zależności od tego, jak bardzo program jest ukierunkowany na dany problem czy zaburzenie psychiczne, będzie wymagał nieco innych strategii (np. w programie wspierającym dzieci rodziców chorujących psychicznie będą wykorzystywane nieco inne strategie niż w programie „Przyjaciele Zippiego”).

STRATEGIE WYKORZYSTYWANE W PROFILAKTYCE

Strategie profilaktyczne, które uznano za skuteczne, zostały skonstruowane na podstawie teorii. Obecnie w literaturze można znaleźć wiele teorii, które tłumaczą skłonność do zachowań ryzykownych i mechanizmy angażowania się w nie, ale najbardziej kompleksowymi są teorie: biopsychospołeczna oraz czynników chroniących i czynników ryzyka. Zgodnie z pierwszą z nich na funkcjonowanie jednostki wpływ mają zarówno uwarunkowania biologiczne (np. temperament, impulsywność), psychologiczne (np. osobowość, deficyty psychospołeczne, poziom samooceny) i społeczne (np. relacje z rówieśnikami, relacje w rodzinie). Druga teoria nieco bardziej uszczegóławia poszczególne wymiary. Zgodnie z nią istnieją pewne obszary, w ramach których mogą rozwijać się zarówno czynniki promujące angażowanie się w zachowania ryzykowne, jak i takie, które im przeciwdziałają. Do najważniejszych obszarów należą: (1) rodzina; (2) rówieśnicy; (3) szkoła; (4) posiadanie mentora; (5) czynniki indywidualne. Obie koncepcje czerpią z teorii społecznego uczenia się Bandury, która kładzie duży nacisk na wpływ społeczny i wagę środowiska, w jakim przebywa jednostka.

Strategie profilaktyczne adresują zatem zarówno czynniki biologiczne (w pewnym, ale ograniczonym sensie), psychologiczne i społeczne. Adresatami są także: rodzina, grupy rówieśnicze, szkoły. Ponadto na każdym poziomie oddziaływań profilaktycznych wykorzystuje się strategie, które w największym stopniu realizują postawione cele. Istnieje pewien standardowy zestaw strategii, z których niektóre są stosowane na każdym poziomie oddziaływań profilaktycznych, a inne raczej na jednym. Do tych ostatnich należy np. socjoterapia².

Strategie oddziaływań w profilaktyce zostały podzielone na tzw. wiodące i uzupełniające. Pierwsza z tych kategorii oznacza, że są to działania o potwierdzonej naukowo skuteczności i są rekomendowane do wykorzystania przy budowaniu programów. Uzupełniające strategie nie przynoszą efektów, jeśli zastosuje się je w pojedynkę, ale jeśli będą stanowiły dodatkowy element w programach, to mogą się okazać efektywne.

Do strategii wiodących należy m.in. strategia rozwijania umiejętności psychospołecznych (zwanymi także umiejętnościami życiowymi) (Botvin, 1990, 1995, 2000). Składają się na nie m.in.: (1) samoświadomość i empatia; (2) twórcze i krytyczne myślenie; (3) podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów, (4) porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych; (5) radzenie sobie z emocjami i stresorami. Zgodnie z teoriami wyjaśniającymi, dlaczego się uzależniamy, jednym z ważniejszych powodów jest brak umiejętności

¹ Więcej informacji można znaleźć na stronie www.programyrekomendowane.pl.

² Socjoterapia jako strategia profilaktyczna została opisana w dalszej części tego rozdziału.

radzenia sobie z negatywnymi emocjami, problemami czy stresem, w związku z tym ucieczka w alkohol czy inne substancje psychoaktywne (żeby zapomnieć, nie myśleć). Zatem pokazanie dzieciom czy młodzieży, w jaki sposób można poradzić sobie ze złością lub smutkiem, w jaki sposób można próbować rozwiązać problem, będzie poszerzało repertuar możliwości, z których tylko jedna będzie polegała na ucieczce (w alkohol czy inne substancje). Drugim ważnym czynnikiem leżącym u podłoża zachowań problemowych, w tym uzależnień, jest brak wsparcia społecznego, który z kolei może być powodowany brakiem umiejętności nawiązywania relacji. Możliwość porozmawiania z drugą osobą albo wspólne wykonywanie aktywności stanowi czynnik chroniący (oczywiście pod warunkiem, że tą wspólną aktywnością nie jest spożywanie alkoholu czy eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi). Inną ważną kwestią jest świadomość swoich emocji i myśli oraz adekwatne reagowanie. Kolejną jest umiejętność krytycznego myślenia (aby nie wierzyć we wszystko, co się przeczyta w internecie), jak również kreatywnego myślenia (żeby np. się nie nudzić albo żeby znaleźć rozwiązanie problemu). Wymieniona liczba czynników indywidualnych nie jest skończona. Można do niej np. dopisać samoocenę, która powinna być adekwatna wraz ze świadomością własnych możliwości i akceptacją wad.

Kolejną strategią o potwierdzonej skuteczności jest **wspieranie rozwoju umiejętności wychowawczych rodziców i opiekunów**. Jej celem jest: (1) przekazanie wiedzy na temat etapów rozwojowych dziecka (np. że bunt jest naturalnym etapem); (2) uświadomienie, jaką rolę odrywają dorośli jako wzorce postaw i zachowań (jeśli komunikacja na poziomie werbalnym nie jest spójna z zachowaniem, to dziecko raczej będzie powielało zachowanie, np. jeśli rodzic mówi, że palenie jest złe, a sam pali, to dziecko nie zbuduje postawy negatywnej wobec palenia na podstawie tego, co mówi rodzic); (3) wzmacnianie umiejętności: (a) budowanie więzi i porozumiewanie się z dzieckiem, (b) rozwiązywanie konfliktów z dzieckiem, (c) ustalanie i egzekwowanie zasad zachowania, (d) wspieranie dziecka w osiąganiu celów i radzeniu sobie z trudnościami. Należy także zwrócić uwagę na to, jak ważny jest udział rodziców w oddziaływaniach profilaktycznych skierowanych do ich dzieci.

Środowisko, w którym funkcjonuje jednostka, można podzielić ze względu na etapy rozwojowe. W pierwszym okresie życia bardzo ważne są relacje w rodzinie (czy rodzice zaspokajają potrzeby dziecka, jaki reprezentują styl wychowawczy, jakie zachowania modelują). W związku z tym, tak ważne jest, aby wyposażyć rodziców w wiedzę i umiejętności z zakresu wspierania rozwoju dziecka. W kolejnym okresie ważną funkcję przejmują rówieśnicy (stąd niezbędne są strategie wspierające umiejętności komunikacyjne, ale także nieulegania wpływom społecznym). W okresie szkolnym, poza rówieśnikami, ważna jest także szkoła (jakie relacje w niej panują, czy dziecko lubi do niej chodzić). Kolejnym ważnym czynnikiem środowiskowym jest to, czy dziecko ma wzorce do naśladowania poza domem, np. czy ma mentora, ale także, czy ma zainteresowania, które go pasjonują. Kolejną rekomendowaną strategią jest **edukacja normatywna**. Jej celem jest: (1) kształtowanie i wzmacnianie norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych; (2) modyfikowanie subiektywnych norm akceptujących używanie substancji psychoaktywnych poprzez korygowanie błędnego przekonania na temat: (a) rozmiarów używania substancji psychoaktywnych (np. wszyscy piją); (b) stopnia akceptacji tego zjawiska (to jest normalne, że wszyscy piją); (3) osłabienie subiektywnie odczuwanej presji społecznej (presja społeczna może być egzekwowana za pomocą norm i odczuwania konieczności podporządkowania się jej, gdyż w przeciwnym wypadku będzie się odrzuconym, np. jak się nie napiję, to nie będą mnie lubić). Ta strategia odnosi się także do funkcjonowania społecznego jednostki.

Kolejną **strategią jest budowanie i wzmacnianie pozytywnych więzi ze szkołą**. Celem tej strategii nie jest wspieranie dzieci w nauce *per se*, ale wspieranie relacji pomiędzy nimi i pomiędzy uczniami a nauczycielami. Może to być realizowane poprzez: (1) organizowanie wsparcia w nauce szkolnej; (2) tworzenie okazji do rozwijania zainteresowań i pasji poprzez np. dostęp do zajęć pozalekcyjnych czy klubów; (3) tworzenie klimatu, który daje poczucie sprawiedliwości, ale także poczucie współdecydowania (włączenie dzieci w podejmowanie decyzji). Warto zauważyć, że organizowanie samej pomocy w nauce nie jest wystarczające, gdyż działanie powinno być nieco bardziej kompleksowe, tak aby na ogół młodsze dziecko widziało kogoś w rodzaju mentora w swoim starszym koledze, kogoś, na kogo może liczyć, komu może się wyzalić, opowiedzieć o tym, co się dzieje w szkole, w domu czy na podwórku. Tej idei odpowiada program „Starszy brat – starsza siostra”, choć akurat ten program wykracza poza granice szkoły i wpisuje się w nieco inną strategię – **włączania naturalnych mentorów** (mentor, osoba nieco starsza, ale spoza rodziny, która udziela wsparcia emocjonalnego i modeluje zachowania adaptacyjne).

Strategia rozwoju zasobów środowiskowych zakłada zmienianie warunków życia zarówno pod względem jego planowania (w tym np. współpraca służb na różnym szczeblu), jak i zmieniania standardów obyczajowych (związanych z używaniem substancji), zmieniania atmosfery na taką, która stymuluje prawidłowy i wszechstronny rozwój młodej osoby. Jest to jedna z bardziej skomplikowanych strategii, gdyż zakłada udział i pracę różnych interesariuszy, a nawet zmiany w systemie edukacji. Te ostatnie wymagają najwięcej pracy, gdyż zakładają nie tylko pracę nad programami nauczania pod względem merytorycznego zakresu z poszczególnych przedmiotów, ale przede wszystkim integrację nauczania (np. nauczanie nie przedmiotami a obszarami tematycznymi). Jednym z przykładów miejsc, gdzie tworzy się odpowiednią atmosferę do rozwoju, są szkoły demokratyczne. Innym przykładem wdrożenia tej strategii jest program „Community Trials Intervention to Reduce High-Risk Drinking (RHRD)”. Jest to program profilaktyki uniwersalnej, na który składają się: (1) ograniczenie dostępu do alkoholu dla dzieci i młodzieży poprzez analizę koncentracji barów i sklepów sprzedających alkohol, kampanie na rzecz stref wolnych od alkoholu itp.; (2) zabranie kluczyków przez barmanów, jeśli klient wypił więcej niż minimalną ilość alkoholu; (3) wprowadzenie większej liczby kontroli trzeźwości; (4) wprowadzenie całkowitego i skutecznego niesprzedawania alkoholu nieletnim.

Wymienione strategie wiodące są wykorzystywane na każdym poziomie oddziaływań profilaktycznych, co oznacza, że np. strategię rozwijania umiejętności psychospołecznych należy wdrażać w pracy zarówno na poziomie uniwersalnym, ale także na poziomie selektywnym i wskazującym. Warto jednak zaznaczyć, że niektóre ze strategii są zdecydowanie częściej sugerowane na jednym z poziomów profilaktyki, np. socjoterapia czy krótka interwencja kryzysowa są sugerowane do stosowania na poziomie profilaktyki wskazującej.

Na poziomie profilaktyki selektywnej zdecydowanie częściej poleca się specjalnie adresowane strategie, np. tzw. **strategię korygowania deficytów rozwojowych** i **strategię włączania naturalnych mentorów** (opisana wcześniej)³. Pierwsza z nich zakłada, że istnieje pewna pula czynników ryzyka, które jeśli zostaną zidentyfikowane i przeanalizowane, to mogą odnosić mniejszy wpływ na jednostkę. Część z tych deficytów można korygować (np. bycie nieśmiałym), a w przypadku innych należy uczyć, jak sobie z nimi radzić (np. problem alkoholowy w domu rodzinnym). Do takich czynników na poziomie rodzinnym należą konflikty czy uzależnienia w rodzinie, brak kontroli ze strony rodziców. Na poziomie środowiskowym mogą należeć: absencja w szkole, słabe wyniki w szkole, bezrobocie czy ubóstwo. Na poziomie biologicznym mogą to być: impulsywność, potrzeba stymulacji czy zaburzenia psychiczne. W przypadku deficytów na poziomie rodzinnym wskazane byłoby, aby dziecko mogło je rekompensować w szkole, w klubach zainteresowań, w świetlicach, tzn. aby mimo braku pozytywnych wzorców w rodzinie, mogło ono przebywać w adaptacyjnych warunkach. Pozytywny stosunek do szkoły i nauki jest ważny ze względu na to, że dziecko czy nastolatek spędza w niej bardzo dużo czasu (alternatywą jest spędzanie tego czasu z rówieśnikami, którzy najczęściej także opuszczają szkołę i angażują się w zachowania problemowe). Środowisko związane z bezrobociem i ubóstwem stanowi czynnik ryzyka ze względu na społeczny proces odziedziczania biedy⁴, a także z powodu wyuczonej bezradności. W związku z tym tak ważne jest, aby dzieci z ubogich rodzin poza edukacją formalną otrzymywały dostęp do edukacji w obszarze rozwijania umiejętności psychospołecznych. Przykładem takich programów są: „Program rozwoju psychospołecznego dzieci nielubianych” czy „Program rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych” (gdzie bycie nielubianym czy nieśmiałym zostało uznane za czynnik ryzyka).

Innym przykładem programu profilaktyki selektywnej jest amerykański „Project Towards No Drug Abuse”. Program wykorzystuje strategię rozwoju umiejętności psychospołecznych, strategię edukacji normatywnej i strategię informacyjną (więcej informacji: <http://tnd.usc.edu>). Warto podkreślić, że programy najbardziej obiecujące to te, które wykorzystują więcej niż jedną strategię, a tym samym mogą rozwiązywać problem zachowań ryzykownych w sposób kompleksowy.

³ Pisarska A. i Okulicz-Kozaryn K., „Profilaktyka zachowań ryzykownych – dlaczego warto się nią zajmować?”, konferencja „Program wychowawczy i działania profilaktyczne realizowane w szkołach i placówkach systemu oświaty. Rekomendowane kierunki działań”, Katowice 25.10.2016 roku.

⁴ Tarkowska E., „Zróznicowanie polskiej biedy w świetle badań jakościowych” (w:) Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje, nr 4/2002, s. 128.

Na poziomie profilaktyki wskazującej najczęściej stosuje się jedną z dwóch głównych strategii: **krótką interwencję i socjoterapię**. Obie strategie polegają na indywidualnej diagnozie problemu i poradnictwie (mogą być realizowane grupowo, ale grupa była wcześniej dobrana na podstawie indywidualnej diagnozy). W zależności od programu, polega ona na wykorzystaniu technik dialogu motywującego albo poznawczo-behawioralnych. Program „Fred goes net” opiera się głównie na dialogu motywującym. Podobnie amerykański program „Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students”, na który składają się: (1) motywowanie do redukcji konsumpcji alkoholu w celu redukcji negatywnych konsekwencji; (2) ujawnienie braku spójności pomiędzy zachowaniem a celami/wartościami – dysonans poznawczy (więcej na stronie internetowej: <http://depts.washington.edu/abrc/basics.htm>).

Poza wymienionymi strategiami wiodącymi, istnieje także zestaw strategii uzupełniających: strategie informacyjne, działań alternatywnych czy liderów rówieśniczych.

Strategie informacyjne polegają na przekazie informacji dotyczących danego zachowania problemowego, np. w przypadku substancji psychoaktywnych bardzo często informuje się o negatywnych konsekwencjach ich zażywania. Autorzy takich przekazów wychodzą z założenia, że dzieci, młodzież (a nawet dorośli) są racjonalni i gdyby zdawali sobie sprawę z negatywnych konsekwencji danego zachowania, to by się w nie nie angażowali. Jednak bardzo często te konsekwencje są odroczone i nie mają miejsca w każdym przypadku. Na przykład komunikat: „palenie papierosów zabija” – nie będzie oddziaływał na młodzież, gdyż oni wiedzą, że nawet jeśli zabija, to po wielu latach ciągłego palenia, ale i tak nie wszystkich. Ten przekaz nie przeciwdziała rekreacyjnemu paleniu młodzieży. Wykorzystywanie przekazu negatywnego będzie działało wtedy, kiedy prezentowane konsekwencje będą szybkie i nieodwołne, np. „palisz, żadna dziewczyna cię nie pocałuje” albo „palisz, śmierdzą ci ubrania”. Reasumując, przekazy informacyjne oparte na strachu, nie odnoszą zamierzonych efektów. Jedną z kampanii przeciwko zażywaniu „dopalaczy” polegała na tym, że pod szkołę gimnazjalną podjechały karawany i osoby, które z nich wysiadły rozdawały ulotki z kuponami rabatowymi (dla osób, które zażywają „dopalacze”, oferta rabatowa na pogrzeb). Pomysł można uznać za mniej lub bardziej bulwersujący, ale z całą pewnością można stwierdzić, że była to jedna z mniej efektywnych kampanii profilaktycznych – oddziaływała jedynie na strach, nie wspierała żadnych kompetencji i była jednorazowa. Nawet jeśli w jej efekcie dziecko nie zażyje „dopalaczy”, to sięgnie po inną substancję czy zachowanie problemowe, bo problemy, z którymi się mierzy, będą je przerastały niezależnie od tego, czy widziało tę kampanię, czy nie. Gdyby kampanie informacyjne polegały na przekazie informacji na temat tego, jak działa proces uzależniania, jak funkcjonuje osoba uzależniona od strony biologicznej, co sobie zastępuje substancjami, to być może efektywność byłaby inna. Można się zainspirować programem harwardzkiej Szkoły Medycznej „Facing the odds”, który wprowadza młodzież w naukę prawdopodobieństwa na przykładach gier hazardowych (na czym polega losowość, jakie są szanse wygrania w poszczególne gry, wykorzystując określone kombinacje, jak należy interpretować doniesienia z pracy itp.). Efektywność tego programu została oszacowana jako bardzo wysoka – młodzież biorąca udział w programie zdecydowanie rzadziej grała. Było to spowodowane tym, że nawet jeśli taka osoba zagrała, to zdawała sobie sprawę z tego, że to był przypadek i nie doszukiwała się związków pomiędzy wynikami gry a innymi czynnościami.

Drugą strategią, która nie działa, jest strategia działań alternatywnych. Jeśli zorganizujemy dzieciom czas, to sam brak wolnego czasu nie będzie czynnikiem chroniącym przed zachowaniami problemowymi. Jeśli natomiast jedno z tym zajęć okaże się być pasjonujące dla młodego człowieka, to możliwość zaangażowania się w nie, będzie stanowiła czynnik chroniący. Oznacza to, że zaoferowanie dziecku różnych aktywności po to, aby znalazło coś, co lubi, coś, co zacznie sprawiać mu dużo przyjemności i w co będzie chciało się zaangażować, jest czynnikiem chroniącym, podczas gdy zorganizowanie czasu tak, aby nie miało wolnej chwili – może odnieść przeciwny efekt (brak czasu wolnego, brak możliwości zaangażowania się w coś, co jest ciekawe).

Edukacja liderów rówieśniczych również nie jest strategią pierwszego wyboru. Edukacja rówieśnicza polega na włączaniu odpowiednio przygotowanych liderów rówieśniczych w realizację określonych zadań prowadzonych w ramach programu profilaktycznego. Jednak bycie liderem dla grupy rówieśniczej nie oznacza, że taka jednostka będzie chciała uczestniczyć w treningu do programu profilaktycznego.

PODSUMOWANIE

Profilaktyka zachowań ryzykownych powinna być oparta na solidnych podstawach teoretycznych, to znaczy na teoriach wyjaśniających, dlaczego młodzież angażuje się w niekonstruktywne zachowania. Do dwóch dominujących należy model biopsychospołeczny i model czynników chroniących i czynników ryzyka. Zgodnie z tymi modelami za uzależnienia w dużej mierze odpowiadają brak umiejętności psychospołecznych i wpływ środowiska (rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego, społecznego). Zatem działania profilaktyczne powinny brać pod uwagę te obszary. Do najważniejszych strategii należy zatem strategia rozwijania umiejętności psychospołecznych (zarówno u dzieci, jak i u ich rodziców). W zależności od tego, czy działania są skierowane do ogółu społeczeństwa (profilaktyka uniwersalna), czy do grupy ryzyka (profilaktyka selektywna) bądź do grupy już sięgającej po substancje psychoaktywne (profilaktyka wskazująca), nieco inne strategie powinny stanowić podstawę podejmowanych oddziaływań. Warto podkreślić, że strategie profilaktyczne uznane za skuteczne w odniesieniu do zachowań ryzykownych, w tym używania substancji psychoaktywnych, można także stosować wobec tzw. nowych zachowań ryzykownych, tzn. grania w gry hazardowe, problemowego używania internetu czy grania w gry komputerowe. Wyniki badań sugerują, że przyczyny angażowania się w jedne i drugie zachowania ryzykowne są podobne, zatem można się spodziewać, że podobne strategie profilaktyczne będą skuteczne w przypadku obu grup zachowań (wymaga to jednak potwierdzenia badaniami ewaluacyjnymi).

PODSTAWY PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH MŁODZIEŻY

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

WSTĘP

W ciągu ostatnich 30 lat nastąpił znaczący postęp w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Dotyczył on przede wszystkim wykorzystania przy opracowywaniu programów wiedzy teoretycznej i empirycznej z takich dziedzin, jak epidemiologia, psychologia, socjologia, etnografia czy medycyna oraz gromadzenia dowodów naukowych świadczących o skuteczności programów. Jednak nadal w wielu krajach europejskich profilaktyka stosowana w praktyce nie nadąża za tymi zmianami. Profilaktycy powszechnie stosują nieskuteczne lub niesprawdzone programy profilaktyczne, które nie opierają się na żadnych podstawach naukowych.

Dlatego podstawowym celem niniejszego opracowania jest przybliżenie czytelnikom idei profilaktyki jako dziedziny wiedzy naukowej. W pierwszej części tekstu omówiono znaczenie i wzajemne powiązania występujące między badaniami i działaniami praktycznymi w profilaktyce. Druga część jest poświęcona prezentacji najważniejszych, z perspektywy profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży, wniosków z badań i doświadczeń praktycznych.

PODSTAWOWE DEFINICJE

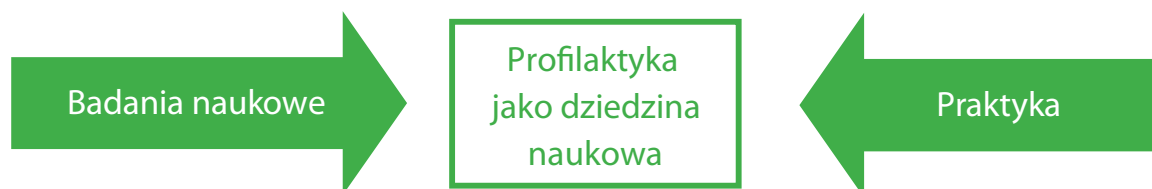
Profilaktyka to „działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom” (słownik internetowy PWN). Z perspektywy zachowań ryzykownych młodzieży celem profilaktyki może być opóźnienie wieku inicjacji (pierwszych prób z danym zachowaniem, np. seksem); ograniczenie rozpowszechnienia danego zachowania ryzykownego (np. używania narkotyków) lub ograniczenie negatywnych konsekwencji zachowania (np. ryzyka wypadków związanych z pićem alkoholu).

Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (*evidence-based practice* lub *evidence-based prevention* – EBP) **oznacza podejście, w którym w procesie wyboru sposobu postępowania wykorzystuje się najlepsze, aktualnie dostępne dowody naukowe oraz wiedzę o odbiorcach działań – ich charakterystyce, sytuacji i preferencjach** (McKibbon, 1998). Jak piszą Barczykowska i Dzierżyńska-Breś (2013): „Obecnie *evidence based practice* traktowane jest z jednej strony jako ideologia, a z drugiej metoda działania. Ideologia rodzi się z etycznej zasady, mówiącej o konieczności dostarczenia najskuteczniejszej interwencji, oddziaływania, leczenia. Z kolei jako metoda *evidence based practice* stanowi drogę wdrażania w życie tych interwencji, których skuteczność została pozytywnie zweryfikowana poprzez badania naukowe oraz codzienność” (s. 133).

PRAKTYKA A TEORIA PROFILAKTYKI

Cechą charakterystyczną profilaktyki opartej na dowodach naukowych (EBP) jest ściśle powiązanie praktyki z teorią. I to w obie strony: współczesne programy profilaktyczne są budowane na podstawie wyników badań naukowych, a nauki profilaktyczne rozwijają się dzięki praktyce, czyli systematycznemu monitorowaniu i ewaluacji różnych interwencji (ryc. 1).

Ryc. 1. Badania naukowe i działania praktyczne w profilaktyce opartej na dowodach.



Naukowcy opracowują i rozwijają różne teorie wyjaśniające, dlaczego niektórzy młodzi ludzie wpadają w tarapaty i podejmują zachowania stwarzające zagrożenie dla ich prawidłowego rozwoju, zdrowia i bezpieczeństwa, a inni unikają takich problemów (opis teorii najczęściej wykorzystywanych w profilaktyce można znaleźć np. na stronie <http://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/teorie,7>). Teorie te są podstawą konstrukcji programów profilaktycznych (patrz rozdział M. Rowickiej „Skuteczne strategie rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych”). Z kolei badania ewaluacyjne oceniające skuteczność programów profilaktycznych, a szczególnie takie badania, które sprawdzają, czy założony mechanizm działania programu sprawdził się w praktyce, dostarczają informacji bezcennych z perspektywy rozwoju koncepcji teoretycznych. Natomiast po to, by sensownie wykorzystać programy opracowane na podstawie wyników badań (EBP), niezbędna jest wiedza, jaką posiadają jedynie bezpośredni realizatorzy działań (praktycy). To oni najlepiej znają potrzeby i problemy grupy/osób, z którymi pracują, a także warunki, w jakich prowadzą swoją działalność. Dzięki temu mogą dobrać taki program profilaktyczny oparty na dowodach naukowych, który najlepiej odpowiada możliwościom i potrzebom ich grupy.

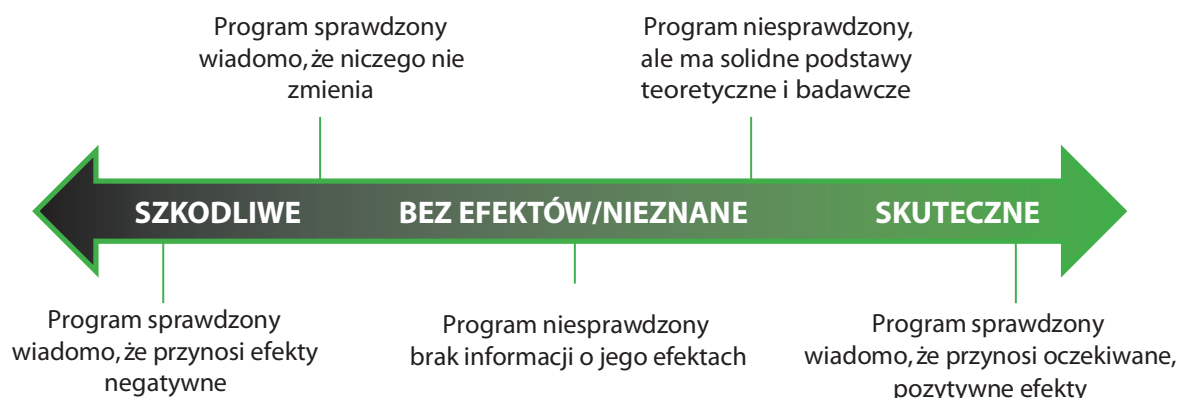
Żeby taki system rzeczywiście sprawnie funkcjonował, niezbędna jest ścisła współpraca między środowiskami naukowymi a praktykami działań profilaktycznych. Badacze muszą słuchać praktyków i uwzględniać ich potrzeby w swojej pracy, a praktycy – muszą realizować programy opracowane z wykorzystaniem dowodów naukowych i przekazywać wnioski ze swoich doświadczeń badaczom. Modelowy przebieg takiej współpracy można opisać jako cykl kolejnych badań i działań (ryc. 2). Pierwszy etap to badania, których celem jest zrozumienie tzw. predyktorów, czyli czynników zwiększających lub zmniejszających ryzyko wystąpienia danego problemu lub przeciwnie – pozytywnego rozwoju jednostki; poznanie epidemiologii i historii danego zjawiska. Po nim następuje faza opracowania programu profilaktycznego, wykorzystującego wiedzę teoretyczną i wyniki badań nad predyktorami zachowań ryzykownych. Kolejny krok to sprawdzenie skuteczności programu profilaktycznego (w badaniach prowadzonych na małą skalę w ściśle kontrolowanych warunkach), a następny – sprawdzenie efektywności programu w realnym świecie (w takich warunkach realizacji, w jakich jest standardowo prowadzony). Wyniki badań ewaluacyjnych powinny zostać wykorzystane do ulepszania programu i poszerzania ogólnej wiedzy naukowej o profilaktyce zachowań ryzykownych (Society for Prevention Research, 2011).

Niestety, w realnym świecie taki model pracy profilaktycznej należy do rzadkości. Na szczęście zdobywa on coraz większą popularność i w USA jest już standardem działania, który stopniowo upowszechnia się również w Europie. Obecnie wszystkie programy profilaktyczne realizowane w Polsce i w innych krajach można uporządkować wzdłuż linii, na której jednym krańcu są działania przynoszące efekty negatywne (tzn. zwiększające ryzyko zachowań problemowych), a na drugim krańcu – działania o potwierdzonej skuteczności (zmniejszające ryzyko zachowań problemowych). Generalnie w praktyce (w szkołach, świetlicach, poradniach, ośrodkach pomocy itp.) dąży się do tego, aby na jak najszerszą skalę były stosowane programy skuteczne, jak najrzadziej – programy o niepotwierdzonej (nieznanej) skuteczności, a nigdy – programy szkodliwe (ryc. 3).

Ryc. 2. Cykl badań i działań w profilaktyce.



Ryc. 3. Kontinuum jakości programów profilaktycznych.



WYTYCZNE SKUTECZNEJ PROFILAKTYKI

Amerykańskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (Society for Prevention Research, 2011), po przeanalizowaniu wszystkich dostępnych badań, sformułowało wytyczne dotyczące skutecznej profilaktyki. Oto te najbardziej istotne z perspektywy profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży:

1. **Perspektywa rozwojowa.** Poszczególne okresy życia wiążą się z różnego rodzaju wpływami (rodziny, szkoły, miejsca pracy, znajomych i przyjaciół, grup społecznych, mediów itd.). Niektóre z nich zwiększają ryzyko zachowań ryzykownych (mówimy wtedy o czynnikach ryzyka), a inne zmniejszają ryzyko podejmowania działań niebezpiecznych dla naszego zdrowia lub bezpieczeństwa (mówimy wtedy o tzw. czynnikach chroniących)⁵. W poszczególnych okresach życia spotykamy się też z różnymi wyzwaniem i mamy do zrealizowania różne tzw. zadania rozwojowe, takie jak np. opanowanie umiejętności chodzenia, czytania, krytycznego myślenia, odpowiedzialności za własne czyny itd. Zestawienie kluczowych na każdym etapie rozwoju dzieci i młodzieży czynników zawiera tabela 1.

⁵ Problematyka czynników ryzyka i czynników chroniących jest szeroko omawiana w polskiej literaturze przedmiotu, np. ostatnio: Borucka 2016; Ostaszewski 2016; Pisarska 2014.

Na każdym etapie życia grożą nam też inne choroby i dolegliwości. W związku z tym, wszystkie interwencje (w tym też programy profilaktyczne) muszą być dostosowane do etapu rozwojowego odbiorców, ich sytuacji i czynników ryzyka, jakim podlegają. Jest to podstawowa wiedza determinująca podjęcie działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej lub wskazującej⁶.

2. **Podejście transakcyjno-ekologiczne.** W realnym świecie pojedyncze osoby, rodziny, szkoły, instytucje społeczności lokalnej, narody itd. są ze sobą powiązane i oddziałują na siebie nawzajem. Dlatego też w działaniach profilaktycznych, np. adresowanych do dzieci w szkole, nie można zapominać o innych (pozaszkolnych) wpływach, jakim podlegają uczniowie. W profilaktyce najbardziej skuteczne okazuje się podejście uwzględniające interakcję pomiędzy jednostką (z jej indywidualnymi cechami genetycznymi i biologicz-

Tabela 1. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące kluczowe na poszczególnych etapach rozwoju dzieci i młodzieży.

Grupa wiekowa	Kluczowe czynniki ryzyka	Kluczowe czynniki chroniące
Niemowlęta i małe dzieci (0-5 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • Brak właściwej opieki • Niskie umiejętności wychowawcze rodziców • Wczesnodziecięce zachowania problemowe (np. nieposłuszeństwo, agresja) 	<ul style="list-style-type: none"> • Silna więź z matką, a w późniejszym okresie również z innymi członkami rodziny • Opanowanie wczesnodziecięcych zadań rozwojowych, takich jak samoregulacja, zachowania i umiejętności społeczne niezbędne np. do zabawy z rówieśnikami
Dzieci w młodszym wieku szkolnym (6-11 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia zdrowia psychicznego w rodzinie • Brak wsparcia i kontroli ze strony rodziców • Używanie substancji psychoaktywnych przez rodziców lub rodzeństwo • Poczucie zagrożenia w domu, szkole, grupie rówieśniczej lub środowisku lokalnym • Odrzucenie przez rówieśników • Problemy z nauką • Złe relacje z nauczycielami • Wysokie zapotrzebowanie na stymulację • Zachowania problemowe, takie jak niewypełnianie obowiązków szkolnych, wagary, zachowania buntownicze 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobre relacje w rodzinie • Wsparcie i kontrola ze strony rodziców • Posiadanie przyjaciół wśród rówieśników • Wysoki poziom nauczania w szkole • Poczucie więzi ze szkołą • Wysokie aspiracje edukacyjne • Optymizm • Mentor spoza rodziny – dorosła osoba służąca dziecku wsparciem, zwłaszcza w sytuacji, gdy rodzice mają trudności z prawidłowym wypełnianiem swoich ról • Opanowanie zadań rozwojowych związanych z nauką w szkole (pisania, czytania, liczenia, słuchania poleceń), kontrolą impulsów i samokontrolą
Okres dorastania i wchodzenia w dorosłość (12-18 lat)	<ul style="list-style-type: none"> • Jw. + • „Eksperymentowanie” z zachowaniami kojarzonymi z dorosłością (np. pić alkoholu, seksem) • Kontakt z rówieśnikami, którzy sami zachowują się ryzykownie 	<ul style="list-style-type: none"> • Jw. + • Wysokie kompetencje społeczne • Postawa prospołeczna • Opanowanie kolejnych zadań rozwojowych, a przede wszystkim umiejętności podejmowania decyzji, stawiania sobie celów i ich realizacji, krytycznego myślenia

Opracowanie własne na podstawie UNODC, 2015.

⁶ Zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r., § 5.2:** Działalność profilaktyczna w szkole i placówce polega na realizowaniu działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, a działalność profilaktyczna obejmuje:

- 1) **w przypadku profilaktyki uniwersalnej** – wspieranie wszystkich uczniów i wychowanków w prawidłowym rozwoju i zdrowym stylu życia oraz podejmowanie działań, których celem jest ograniczanie zachowań ryzykownych niezależnie od poziomu ryzyka używania przez nich środków i substancji psychoaktywnych;
- 2) **w przypadku profilaktyki selektywnej** – wspieranie uczniów i wychowanków, którzy ze względu na swoją sytuację rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są w wyższym stopniu narażeni na rozwój zachowań ryzykownych;
- 3) **w przypadku profilaktyki wskazującej** – wspieranie uczniów i wychowanków, u których rozpoznano wczesne objawy używania środków i substancji psychoaktywnych, lub występowania innych zachowań ryzykownych, które nie zostały zdiagnozowane jako zaburzenia lub choroby wymagające leczenia.

nymi) i jej bezpośrednim otoczeniem społecznym (rodziną, szkołą, rówieśnikami), w szerokim kontekście środowiskowym (miejsca zamieszkania, przekazów medialnych, uwarunkowań prawnych i społecznych).

3. **Indywidualna motywacja i proces zmiany.** Podstawą skutecznej interwencji, czyli takiej, która prowadzi do oczekiwanej zmiany w zachowaniu, jest uwzględnienie motywacji, intencji i przekonania odbiorców o tym, że mogą w swoim życiu wprowadzić określone zmiany (tzw. poczucie własnej skuteczności). Dlatego bardzo użyteczna może być znajomość procesu wprowadzania zmian w zachowaniu (Prochaska i wsp., 2008) oraz idei dialogu motywującego (Rollnick i wsp., 2010).
4. **Dostrzeganie różnorodności.** W przypadku wielu zagadnień wchodzących w zakres profilaktyki zachowań problemowych młodzieży, pomimo generalnych prawidłowości (patrz punkty 1, 2 i 3), trzeba się liczyć z możliwymi różnicami pomiędzy poszczególnymi osobami. Mogą one dotyczyć zarówno przyczyn wystąpienia, jak i skutków danego problemu. Dlatego też zawsze trzeba się starać poznać i zrozumieć specyfikę czynników ryzyka i czynników chroniących, jakim podlegają poszczególne osoby i w planie pracy profilaktycznej uwzględnić te różnorodne mechanizmy.
5. **Praca zespołowa.** Ze względu na złożoność zagadnień i potrzebę integrowania wiedzy i umiejętności z zakresu różnych dziedzin naukowych i praktycznych najlepsze efekty w profilaktyce zachowań ryzykownych można osiągnąć, pracując w zespole transdyscyplinarnym. W takim zespole powinny być osoby znające się na etiologii różnych zachowań problemowych młodzieży (np. psycholodzy kliniczni, socjologowie, pedagodzy, specjaliści resocjalizacji), opracowywaniu i realizacji w praktyce programów profilaktycznych (np. nauczyciele i wychowawcy, osoby prowadzące szkolenia i warsztaty), metodologii badań naukowych (pracownicy naukowcy, badacze).
6. **Przestrzeganie zasad etyki.** Dotyczy to zarówno elementów badawczych, jak i praktycznych, czyli realizacji programów profilaktycznych (więcej na temat etyki w profilaktyce w: Okulicz-Kozaryn, Szymańska, 2016). Podstawowe zasady etyki w profilaktyce są następujące:
 - a. Pomagać a nie szkodzić – celem profilaktyki jest pomaganie i ograniczanie szkód, również związanych z nieodpowiednimi próbami „pomocy”.
 - b. Działać odpowiedzialnie – profilaktyka jest budowana na wzajemnym zaufaniu pomiędzy jej realizatorami i odbiorcami.
 - c. Spójność i uczciwość – w badaniach, działaniach, edukacji.
 - d. Sprawiedliwość – wszyscy uczestnicy badań i działań profilaktycznych mają równe prawa do korzystania z najwyższej jakości świadczeń.
 - e. Poszanowanie praw i godności każdego człowieka – wszyscy uczestnicy badań i działań profilaktycznych mają prawo do prywatności, zachowania poufności i samodzielnego decydowania o sobie (np. czy przystąpić do programu lub badania, czy też nie).

CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI CHRONIĄCE

Podjmując działania z zakresu profilaktyki warto pamiętać, że podobnie jak czynniki, które mogą do nich prowadzić, tak i same zachowania ryzykowne młodzieży mają swoją dynamikę rozwojową. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest najwyższe w okresie późnego dzieciństwa i dorastania, a później znacząco spada. Pojawienie się takich zachowań nie jest też nigdy sytuacją nagłą. Spostrzeżenie przez nas, dorosłych, zachowania ryzykownego u dziecka oznacza, że wcześniej musiał mieć miejsce cały proces rozwoju ryzyka, na które złożyły się cechy indywidualne dziecka, jego sytuacja życiowa, wpływy rodziny, rówieśników, szkoły, sąsiadów, internetu itd. I każdy młody człowiek ma za sobą jakąś swoją indywidualną drogę, która doprowadziła go do takiego a nie innego sposobu zachowania. A my (dorośli) przez lata kontaktu z dzieckiem (naszym własnym lub oddanym pod naszą opiekę w szkole lub innej placówce) mogliśmy przez ten czas nie wykorzystywać okazji do skutecznego zahamowania procesu rozwoju ryzyka. A wiadomo, że im wcześniej podejmie się interwencję, tym większe szanse na osiągnięcie pozytywnych efektów, przy jak najmniejszych nakładach czasu, sił i środków. Dlatego tak ważna jest profilaktyka uniwersalna, czyli adresowana do wszystkich, niezależnie od tego, na jakie specyficzne czynniki ryzyka są lub nie są narażeni.

W przypadku każdego dziecka zachowania ryzykowne mogą mieć też różne konsekwencje. Prześledźmy to na przykładzie palenia marihuany. Wyobraźmy sobie grupkę nastolatków (powiedzmy 15-latków), którzy pierwszy raz w życiu razem palą trawkę. To, że po nią sięgnęli, jest uwarunkowane przede wszystkim czynnikami środowiskowymi: ktoś ze znajomych ją przyniósł, więc była łatwo dostępna, kilku rówieśników już jej próbowało, byli sami w domu bez nadzoru rodziców itd. Poza tym dla ich zachowania miały też znaczenie czynniki indywidualne: naturalna w tym wieku potrzeba eksperymentowania z nowymi zachowaniami oraz potrzeba robienia czegoś w grupie. Po tej pierwszej próbie część nastolatków stwierdziła, że palenie marihuany nie jest dla nich niczym atrakcyjnym i dlatego przy kolejnych okazjach odmawiali. Miały na to wpływ przede wszystkim ich cechy indywidualne: umiejętności społeczne oraz poczucie własnej wartości. Ich koledzy natomiast nadal palili, a zdarzyło im się również próbować innych substancji psychoaktywnych. Przy czym każdy z nich sięgał po marihuanę i inne środki z inną częstotliwością i w innych ilościach. A wzór używania narkotyków przez każdego z nich zależał już nie tylko od czynników indywidualnych (np. większego lub mniejszego zapotrzebowania na stymulację, bardziej lub mniej sprecyzowanych i ambitnych celów życiowych, wyższych lub niższych kompetencji społecznych) oraz środowiskowych (np. dobre radzenie sobie lub problemy w domu albo szkole), ale również od właściwości farmakologicznych poszczególnych substancji psychoaktywnych i uwarunkowanych biologicznie reakcji organizmu każdego z nich na dany środek. W związku z tym część kolegów nadal (dłużej lub krócej) eksperymentowała z używaniem substancji bez wyraźnych negatywnych konsekwencji dla swojego zdrowia, relacji z innymi ludźmi, nauki i pracy. U kilku osób, które paliły marihuanę i sięgały po inne substancje psychoaktywne, pojawiły się natomiast jakieś problemy z tym związane, np. pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, uszkodzenia ciała w związku z nieodpowiedzialnymi zachowaniami w stanie odurzenia, konflikty z prawem. Decydujące znaczenie dla wystąpienia tych problemów mogły mieć przede wszystkim własności farmakologiczne używanych substancji i wrodzona podatność na ich działanie, ale także czynniki indywidualne (np. nieumiejętność radzenia sobie ze stresem) oraz społeczne (np. brak wsparcia ze strony rodziny lub innych dorosłych).

Powyższa opowieść wskazuje, że wpływ poszczególnych czynników ryzyka i czynników chroniących na zachowanie zależy nie tylko od wieku rozwojowego, ale także od stopnia zaangażowania w używanie substancji psychoaktywnych lub inne zachowania ryzykowne. W związku z tym, po to, by skutecznie zapobiegać zachowaniom ryzykownym młodzieży, trzeba nie tylko znać typowe mechanizmy rozwoju problemów w poszczególnych okresach życia i umiejętnie korzystać z wyników badań naukowych, ale także umieć spojrzeć na każde dziecko jak na jednostkę o specyficznych, niepowtarzalnych cechach i historii. Warto też pamiętać, że dobrze realizowane, sensowne działania profilaktyczne, opracowane na podstawie dogłębnej i rzetelnej wiedzy naukowej, mogą pomóc wielu takim jednostkom. A w przypadku innych – nasza wiedza, umiejętności, profesjonalizm i zaangażowanie okażą się niewystarczające do tego, by je ustrzec przed problemami.

BIBLIOGRAFIA

- Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S., „Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)”, *Resocjalizacja Polska*, 4, 2013, 131-152.
- Borucka A., „Zrozumieć profilaktykę. Krótki przewodnik dla nauczycieli”, Instytut Nagrody Zaufania Złoty OTIS, Warszawa 2016.
- McKibbin K.A., „Evidence Based Practice”, *Bull Med Libr Assoc*, 86(3), 1998, 396-401.
- Okulicz-Kozaryn K., Szymańska J., „Etyczne aspekty promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki” (w:) *Jak zadbać o jakość w profilaktyce – System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego*, Fundacja ETOH, Warszawa 2016.
- Ostaszewski K., „Kompendium wiedzy o profilaktyce” (w:) *Jak zadbać o jakość w profilaktyce – System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego*, Fundacja ETOH, Warszawa 2016.
- Pisarska A., „Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z ryzykownymi i problemowymi zachowaniami młodzieży – kilka wskazówek” (w:) Macander D. (red.), *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C., „Zmiana na dobre”, Instytut Amity, Warszawa 2008.
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C., „Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej. Jak pomóc pacjentom w zmianie złych nawyków i ryzykownych zachowań”, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2010.

Society for Prevention Research (2011): Standards of knowledge for the science of prevention. <http://www.preventionresearch.org/Society%20for%20Prevention%20Research%20Standards%20of%20Knowledge.pdf>

UNODC (2015): International Standards on Drug Use Prevention, Vienna, https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

CZĘŚĆ 2
JAKOŚĆ W PROFILAKTYCE

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

Artur Malczewski

WPROWADZENIE

Niniejszy rozdział ma na celu przedstawienie informacji dotyczących standardów w profilaktyce, jak również poradników i innych narzędzi, które mogą być pomocne w wyborze lub tworzeniu programów profilaktycznych. Zawarte informacje zainteresują zatem przede wszystkim osoby zajmujące się tworzeniem, zlecaniem lub koordynowaniem realizacji programów profilaktycznych. W przypadku osób, które zajmują się bezpośrednią pracą z młodzieżą, moim zdaniem, warto również zapoznać się z ogólnymi informacjami na temat działań podejmowanych w Europie w obszarze podnoszenia jakości działań profilaktycznych. Tym bardziej, że Polska aktywnie uczestniczyła w tych pracach zarówno na poziomie centralnym, jak i wojewódzkim. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) uczestniczyły w międzynarodowym projekcie pt. „Promocja dobrych praktyk w profilaktyce uzależnień od narkotyków”, znanym również pod nazwą Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (European Drug Prevention Quality Standards – EDPQS), faza II. Projekt był finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach unijnego Programu Informacji i Profilaktyki Uzależnień od Narkotyków (Drug Prevention and Information).

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków zostały opracowane przez Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce w latach 2008–2010, a następnie opublikowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w 2011 roku. W pierwszej fazie projektu uczestniczyła Polska (KBPN), Wielka Brytania, Włochy (dwa regiony: Liguria i Mediolan), Hiszpania (region: Galicja), Węgry oraz Rumunia. W ramach prac nad standardami zgromadzono i przeanalizowano istniejące standardy. Łącznie zebrano 77 dokumentów, z których wyselekcjonowano jako najbardziej odpowiednie do opracowania Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) 19 zawierających standardy jakości i zalecenia w zakresie najlepszych praktyk. Zebrane dokumenty zostały następnie poddane przeglądowi, w wyniku którego wyodrębniono treści dotyczące jakości. Na ich podstawie opracowano nowy dokument, opublikowany przez KBPN w języku polskim w 2012 roku.

Podczas kolejnego kroku pierwsza lista standardów została poddana konsultacjom on-line za pomocą metody delfickiej i z wykorzystaniem grup fokusowych. Ostatnia wersja standardów również została poddana analizie z wykorzystaniem między innymi grup fokusowych. Efektem prac w ramach pierwszego projektu, jak już wspomniano, był podręcznik. Oficjalna prezentacja publikacji odbyła się na corocznej konferencji Europejskiego Towarzystwa Badań w Obszarze Profilaktyki (European Society for Prevention Research). Polska wersja jest dostępna na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=454227.

Standardy zostały sformułowane na podstawie ośmioetapowego cyklu projektowego: 1) Ocena potrzeb, 2) Ocena zasobów, 3) Ramy programu, 4) Konstrukcja interwencji, 5) Zarządzanie i mobilizacja zasobów, 6) Realizacja i monitoring, 7) Ewaluacje końcowe oraz 8) Rozpowszechnianie i doskonalenie. Standardy sformułowano również, biorąc pod uwagę cztery kwestie wspólne dla wszystkich etapów cyklu projektowego: A) Trwałość i finansowanie, B) Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy, C) Organizacja i rozwój personelu, D) Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków.

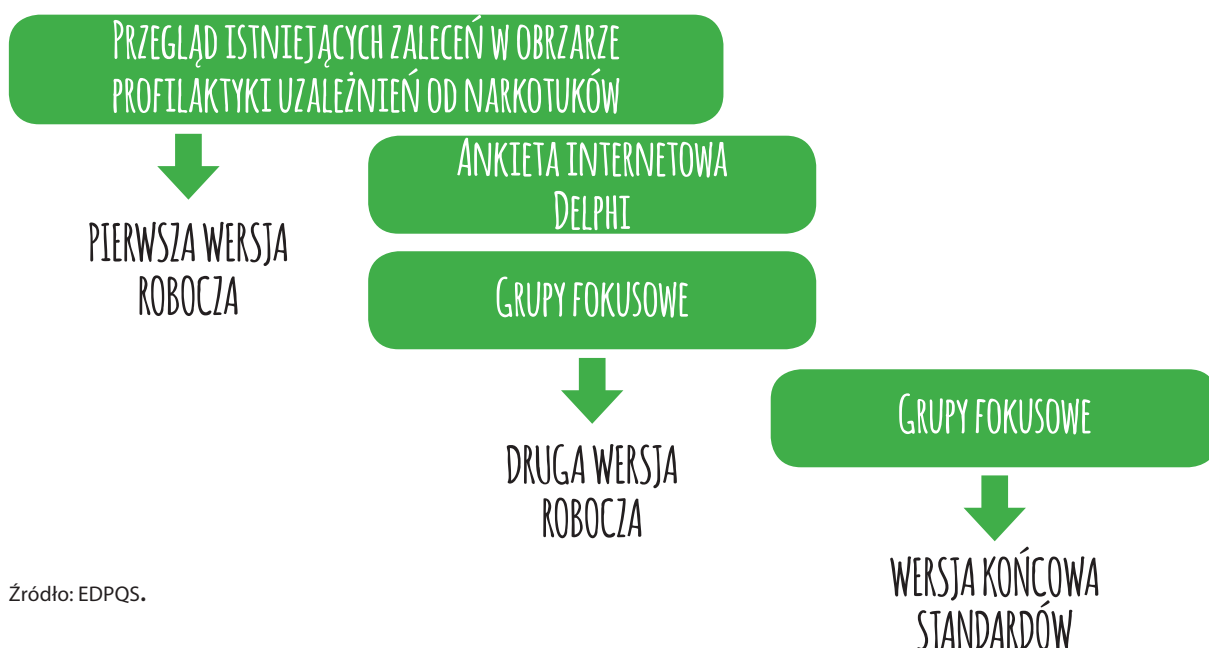
Standardy nie narzucają żadnych strategii ani interwencji, a skupiają się na strukturalnych i proceduralnych aspektach działalności profilaktycznej (np. sposobach angażowania uczestników). W projekcie EDPQS (drugi etap) uczestniczyło osiem regionów i krajów członkowskich UE, w tym także Polska. Liderem projektu był Liverpool John Moores University. Druga faza projektu EDPQS miała na celu praktyczne wdrożenie Europejskich Standardów poprzez opracowanie materiałów dodatkowych. Informacje o działaniach w ramach drugiej fazy projektu zostały przedstawione w postaci krótkiego przewodnika opublikowanego w języku polskim i dostępnego na stronie internetowej: http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2015/10/EDPQS_Quick_Guide_PL.pdf.

Europejskie Standardy (EDPQS) stanowią zbiór zasad wspomagających wypracowanie i ocenę jakości działań w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków. Powstały one w wyniku przeglądu i syntezy istniejących międzynarodowych i krajowych standardów oraz konsultacji z ponad 400 profesjonalistami z sześciu krajów europejskich. EDPQS to pierwszy na skalę europejską system odniesienia w zakresie wysokiej jakości profilaktyki uzależnień od narkotyków, zbudowany na konsensusie i na podstawie dowodów naukowych i doświadczeń praktycznych. Europejskie Standardy mogą mieć szerokie zastosowanie, dotyczą działań profilaktycznych (np. edukacja narkotykowa, usystematyzowane programy, działalność środowiskowa, krótkie interwencje), miejsc (np. szkoła, społeczność, rodzina, miejsca rekreacji, wymiar sprawiedliwości) oraz populacji docelowych (np. młodzież, rodziny, grupy etniczne). Działania profilaktyczne uwzględniające Europejskie Standardy mogą obejmować substancje legalne, takie jak alkohol lub tytoń i/lub nielegalne, mogą również być wykorzystywane w ramach szerszych działań promujących zdrowie.

PORADNIK DLA DECYDENTÓW

Poradnik nr 1 skierowany jest do twórców, kierowników oraz realizatorów strategii, jak również do decydentów, zleceniodawców i sponsorów zajmujących się profilaktyką uzależnień od narkotyków bądź promocją

Wykres 1. Dwuletni proces rozwoju Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) w ramach pierwszej fazy projektu.



Źródło: EDPQS.

zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym. Mogą z nich skorzystać osoby, które zajmują się finansowaniem programów profilaktycznych. Celem publikacji jest pomoc wyżej wymienionym osobom w dbaniu o jakość wspieranych przez nie działań profilaktycznych. Poradnik ma również na celu usprawnienie procesu decyzyjnego poprzez dostarczenie podstawowych informacji na temat tego, czym jest jakość w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Poradnik dotyka dwóch ważnych kwestii: dlaczego jakość ma znaczenie oraz w jaki sposób dbać o jakość w programach profilaktycznych. Pomysł opracowania poradnika dla tych grup odbiorców wynika z założenia, że w większości przypadków to twórcy, kierownicy, realizatorzy strategii oraz inni decydenci odpowiadają za opracowywanie i wdrażanie polityk, strategii oraz planów działania. Osoby te mogą również zajmować się szerszymi strategiami, w tym planami związanymi z promocją zdrowia oraz rozwojem społecznym, które swoim zasięgiem obejmują również profilaktykę uzależnień od narkotyków. Mają one zatem wpływ na to, jakie działania są finansowane i wybierając programy dobrej jakości, mogą się przyczynić do finansowania programów przynoszących efekty. Przewodnik Strategiczny zawiera jasne rekomendacje, w jaki sposób podchodzić do poszczególnych rozwiązań w pracy profilaktycznej, zmierzając do osiągnięcia wysokiej jakości. Oprócz części teoretycznej, w poradniku została umieszczona lista kontrolna, służąca do oceny jakości programu profilaktycznego, która może być wykorzystana zarówno przez osoby zlecające program, jak również realizatorów interwencji. Warto wspomnieć, że narzędzie z podręcznika należy zaadaptować do lokalnych warunków, a następnie można je wykorzystywać w codziennej praktyce jako wsparcie w procesie podejmowania decyzji finansowych, jak również w realizacji kolejnych edycji istniejących programów.

Poradnik nr 1 dla twórców strategii, kierowników strategii, realizatorów strategii, decydentów, zlecających i sponsorów, np. przedstawicieli samorządu terytorialnego można znaleźć na stronie: http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2015/03/EDPQS_Toolkit1_Funding_Decision-Making_PL.pdf.

PORADNIK DLA REALIZATORÓW

Poradnik nr 2 ma na celu wsparcie twórców programów profilaktycznych oraz wypełnienie luki między nauką a praktyką. W szczególności może on stanowić pomoc w planowaniu bądź wdrażaniu działań profilaktycznych. Będzie on najlepszym narzędziem do wykorzystania przez realizatorów interwencji. Co więcej, może on również służyć jako model komunikacji między różnymi specjalistami od profilaktyki, wspomagać rozwój zawodowy i organizacyjny, a także pomagać w tworzeniu kultury zawodowej w obszarze profilaktyki dobrej jakości. Celem poradnika jest wsparcie i promocja samodzielnego uczenia się, autorefleksji i samodoskonalenia osób zajmujących

Wykres 2. Cykl projektowy Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków.

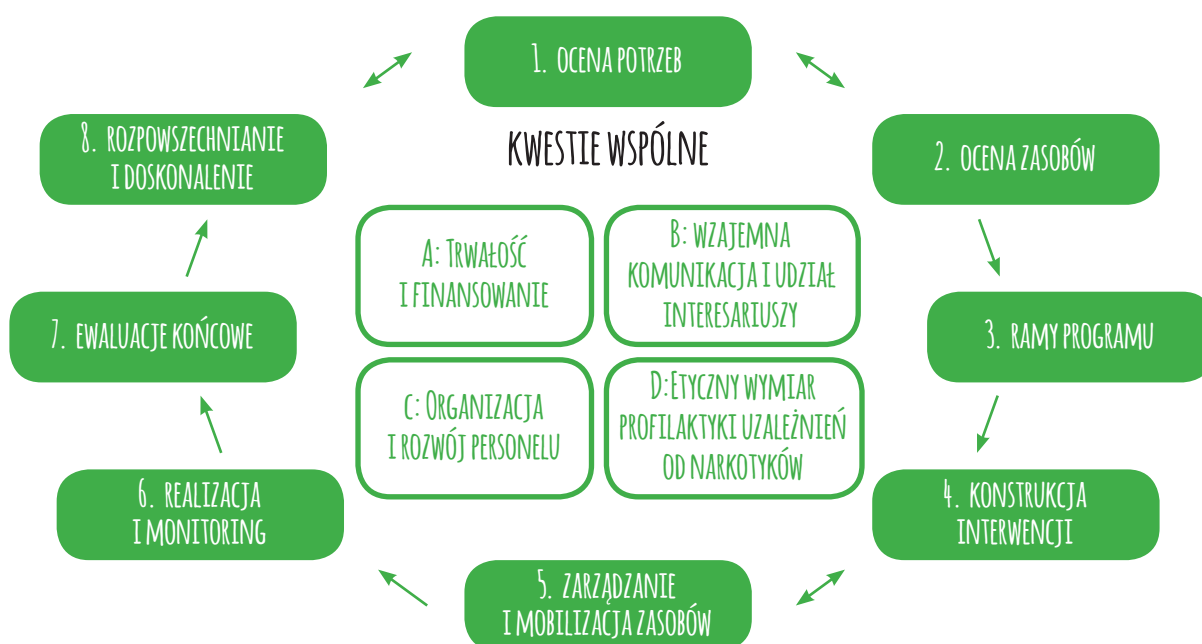


Tabela 1. Komponenty jakości w ramach Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków.

Kwestie wspólne
A: Trwałość i finansowanie
B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy
C: Organizacja i rozwój personelu
D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków
1. Ocena potrzeb
1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa
1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności
1.3 Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji
1.4 Rozpoznanie grupy docelowej
2. Ocena zasobów
2.1 Ocena grupy docelowej i potrzeb społeczności
2.2 Ocena własnego potencjału
3. Ramy programu
3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej
3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego
3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i częściowych
3.4 Określenie miejsca realizacji
3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności
3.6 Ustalenie harmonogramu
4. Konstrukcja interwencji
4.1 Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności
4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji
4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej
4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów
5.1 Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu
5.2 Określenie wymagań finansowych
5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu
5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników
5.5 Przygotowanie materiałów do realizacji interwencji
5.6 Opis programu
6. Realizacja i monitoring
6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej
6.2 Realizacja interwencji
6.3 Monitoring w fazie realizacji
6.4 Modyfikacje w fazie realizacji
7. Ewaluacje końcowe
7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku
7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu
8. Rozpowszechnianie i doskonalenie
8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany
8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie
8.3 Działania w przypadku raportu końcowego

się profilaktyką. Poradnik nr 2 daje możliwość zwiększenia skuteczności codziennej pracy oraz uwzględnienia ważnych kwestii dotyczących zapewnienia odpowiedniej jakości w wysiłkach w zakresie zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych i promocji zdrowia. W ramach tego poradnika użytkownik znajdzie listę kontrolną, kwestionariusz oraz szablon planu działania do samodzielnego zastosowania. Profil Syntezy Jakości (ang. *quality synthesis profile*) pokazuje w sposób graficzny, jak działania profilaktyczne odnoszą się do Europejskich Standardów na każdym etapie oraz w całym cyklu projektowym. Profil Syntezy identyfikuje obszary krytyczne, które wymagają poprawy. Ponadto dział wskazówek oferuje dodatkowe narzędzia oparte na dowodach naukowych, które wspomagają i orientują działania doskonalące w kierunku wysokiej jakości.

Poradnik nr 2 dla twórców i realizatorów programów profilaktycznych jest dostępny na stronie internetowej: http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2015/03/EDPQS_Toolkit2_-Self-Assessment_PL.pdf.

PORADNIK DOTYCZĄCY ADAPTACJI I PROMOCJI STANDARDÓW

Ostatni poradnik (nr 4) przetłumaczony na język polski zawiera opis ośmiu projektów, w ramach których wykorzystano Europejskie Standardy do promocji standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Opisane projekty dają możliwość skorzystania z doświadczeń osób, które pracowały już wg tych standardów. Poradnik nr 4 podsumowuje najważniejsze zalecenia wypływające z tych projektów. Ponadto zawiera on wiele praktycznych ćwiczeń, które pomagają w odniesieniu treści i zaleceń do konkretnego kontekstu adaptacji. W poradniku znalazły się przykłady różnej implementacji standardów przez kilka podmiotów z Polski, Węgier, Chorwacji, Holandii, Niemiec, Belgii oraz Szwecji.

Poradnik nr 4 – podręcznik dla osób wdrażających standardy (przykłady implementacji) jest dostępny na stronie internetowej: http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2015/03/EDPQS_Toolkit4_-Adaptation_Dissemination_PL.pdf.

SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE

Agnieszka Pisarska

WPROWADZENIE

Na przestrzeni ostatnich 30 lat obserwujemy systematyczny rozwój naukowych podstaw profilaktyki i promocji zdrowia, powstało także wiele skutecznych programów przeciwdziałania problemom zdrowia publicznego. Profilaktyka to obecnie dziedzina nauki, oparta na wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących związanych z problemami zdrowia psychicznego i somatycznego, mechanizmach odpowiedzialnych za wystąpienie niepożądanych zjawisk i problemów zdrowotnych, a także wiedzy o skutecznych strategiach przeciwdziałania tym zjawiskom i problemom. Wyzwaniem pozostaje jednak nadal wdrażanie wiedzy naukowej do praktyki.

W Polsce od lat prowadzone są liczne działania, mające na celu zapobieganie problemom zdrowia psychicznego oraz zachowaniom ryzykownym, szczególnie w grupach dzieci i młodzieży. Od końca lat 90. obowiązek realizacji programów przeciwdziałania problemom związanym z piciem alkoholu oraz używaniem narkotyków należy do samorządów lokalnych. Na prowadzenie takich działań wydawane są duże środki finansowe. W 2014 roku samorządy gmin wydatkowały na te cele ponad 704 mln złotych. Z danych zbieranych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w niewielu społecznościach lokalnych realizowane są programy o udokumentowanej skuteczności, rekomendowane przez instytucje centralne zajmujące się profilaktyką. Na realizację takich programów w 2014 roku gminy wydały około 5 mln złotych. Najwięcej gmin wspiera finansowo spektakle profilaktyczne, czyli przedstawienia teatralne lub muzyczne dotyczące zagrożeń związanych z sięganiem przez nastolatków po substancje psychoaktywne, rozmaite konkursy, prelekcje i pogadanki poświęcone tej problematyce, festyny dla mieszkańców społeczności lokalnych, a przede wszystkim imprezy sportowe (Zin-Sędek, 2015). Niestety, tego typu programy i działania nie są zazwyczaj poddawane badaniom ewaluacyjnym. Nie dysponujemy więc dowodami na ich skuteczność, co więcej, istnieje ryzyko, że niektóre z tych działań mogą przynosić szkody odbiorcom.

Jak pokazują powyższe dane, jakość działań profilaktycznych prowadzonych w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Podobnie jest w większości krajów Unii Europejskiej. Powszechną praktyką jest korzystanie z pozabawionych podstaw naukowych, niesprawdzonych oraz nieskutecznych programów profilaktycznych. Dane European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) z 2015 roku wskazują, że w działaniach profilaktycznych prowadzonych w szkołach nadal dominuje nieskuteczne podejście poznawczo-informacyjne.

Poprawa jakości programów profilaktycznych jest obecnie jednym z priorytetów polityki zdrowotnej w Europie. W Polsce, w odpowiedzi na konieczność podnoszenia jakości działań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki zachowań ryzykownych, wdrożony został w 2010 roku „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”. Celem tego systemu, oprócz tworzenia banku sprawdzonych programów, jest także popularyzacja wiedzy na temat skutecznej profilaktyki oraz upowszechnianie dobrych programów w kraju.

System rekomendacji powstał z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Założenia systemu zostały przygotowane przez zespół, w skład którego weszły osoby reprezentujące Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Źródłem inspiracji dla twórców polskiego systemu był program Exchange Drug Demand Reduction Action (EDDRA), prowadzony przez EMCDDA.

Obecnie w skład Zespołu ds. Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego wchodzi przedstawiciele instytucji, które brały udział w opracowywaniu założeń systemu. W ramach pracy zespołu dokonywana jest ocena programów promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zachowań ryzykownych, w tym używania substancji psychoaktywnych. Programy spełniające kryteria jakości, otrzymują rekomendację, zaś informacje o nich i zasadach ich upowszechniania zamieszczane są w bazie prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.programyrekomendowane.pl). Każdy program może otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów:

I. Program obiecujący – program poprawnie skonstruowany, dysponujący wynikami ewaluacji procesu uprawniającymi do wnioskowania o możliwości uzyskania oczekiwanych rezultatów w efekcie jego realizacji.

II. Dobra praktyka – program poprawnie skonstruowany, o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na czynniki, które pośredniczą w osiągnięciu zmian w zachowaniu – innymi słowy o potwierdzonej skuteczności w zakresie osiągnięcia celów szczegółowych programu.

III. Program modelowy – program o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności w zakresie wpływu na zachowania problemowe.

Pierwszym krokiem w uzyskaniu rekomendacji jest złożenie wniosku aplikacyjnego na adres Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub przez serwis www.programyrekomendowane.pl.

Następnie, program jest oceniany przez zespół pod kątem szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości oraz poszczególnych etapów jego konstruowania, realizacji, ewaluacji i monitorowania. Poniżej zostały scharakteryzowane standardy i kryteria oceny programów.

OGÓLNE DANE O PROGRAMIE

Ogólne dane o programie zawierają nazwę programu, nazwiska jego autorów oraz nazwę organizacji (instytucji, którą reprezentują). W tym miejscu zamieszczana jest także informacja, czy program dotyczy promocji zdrowia, czy też profilaktyki uniwersalnej, selektywnej bądź wskazującej.

OKRES WDRAŻANIA PROGRAMU

Przyjętym w ramach systemu standardem jest, by program ubiegający się o rekomendację, był realizowany przynajmniej od roku. Programy, które są dopiero planowane bądź były realizowane w okresie krótszym niż rok, nie mogą więc starać się o otrzymanie rekomendacji. Wymagane jest więc pewne doświadczenie w realizacji przygotowanego projektu profilaktycznego. Na tym etapie oceny programu pod uwagę brane jest jedno kryterium: czy program jest realizowany dłużej niż rok.

OPIS PROBLEMU

Kolejnym standardem jest diagnoza, czyli zebranie i przedstawienie danych dotyczących natury i rozpowszechnienia problemu, któremu program ma przeciwdziałać. Dane te pozwalają określić, kim będą odbiorcy programu. Na przykład, jeśli program dotyczy sięgania przez nastolatków po alkohol, to w tym miejscu wniosku aplikacyjnego powinny znaleźć się dane dotyczące rozpowszechnienia tego problemu wśród nastoletniej młodzieży. Ważne jest przy tym, by dane te były aktualne, czyli odwoływały się do najnowszych dostępnych badań oraz uwzględniały sytuację w danym środowisku lokalnym. Ponadto muszą one dotyczyć adresatów programu, w omawianym przykładzie – młodzieży. Z opisu rozpowszechnienia zjawiska wyłania się problem, któremu pro-

gram ma przeciwdziałać. Poprawny opis stanu rzeczy znajduje swoje bezpośrednie odzwierciedlenie w sformułowanym celu głównym. Standardem w tym punkcie opisu jest ponadto charakterystyka czynników ryzyka i czynników chroniących powiązanych z problemem. We wspomnianym programie będą to czynniki ryzyka sprzyjające picciu oraz czynniki chroniące młodzież przed sięganiem po alkohol. Jednym z takich czynników ryzyka jest przekonanie nastolatka, że picie alkoholu przez młodzież jest powszechne, zaś rówieśnicy akceptują picie alkoholu, czynnikiem chroniącym jest wsparcie emocjonalne oraz nadzorowanie zachowania dziecka przez rodziców.

Na tym etapie analizy programu stosowane są kryteria oceny, których weryfikacji służą poniższe pytania:

- Czy została przeprowadzona diagnoza sytuacji krajowej/lokalnej?
- Czy wykorzystano aktualne i adekwatne dane?
- Czy zidentyfikowany problem wynika z danych przedstawionych w diagnozie?
- Czy problem został jasno sformułowany?
- Czy w opisie uwzględniono czynniki ryzyka/chroniące związane z problemem, któremu program ma przeciwdziałać?

CELE PROGRAMU

Standardem odnoszącym się do celu głównego programu jest zgodność tego celu ze zidentyfikowanym problemem. Cel główny powinien być odpowiedzią na problem, tj. dotyczyć modyfikacji sytuacji niepożądaną na pożądaną. Przede wszystkim jednak cel główny powinien zostać tak sformułowany, by było wiadomo, jaki jest oczekiwany efekt końcowy programu. Wracając do przykładu, jeśli problemem jest sięganie przez nastolatki po alkohol, to celem programu może być opóźnienie inicjacji alkoholowej oraz ograniczenie picia wśród młodzieży, która już sięga po alkohol.

Kolejnym elementem programu są cele szczegółowe, których realizacja ma doprowadzić do osiągnięcia celu głównego. Formułując cele szczegółowe, można zastosować dwa komplementarne sposoby postępowania. Pierwszy polega na odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki ryzyka są odpowiedzialne za występowanie problemu, drugi sposób wymaga odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki przeciwdziałają jego pojawieniu się. Cele szczegółowe programu dotyczą bowiem ograniczania działania czynników leżących u źródeł problemu lub wzmacniania czynników chroniących, które mogą być dla nich przeciwwagą. Innymi słowy cele szczegółowe wskazują „drogi” osiągnięcia celu głównego.

Istotne jest przy tym, aby cel główny oraz cele szczegółowe spełniały kryteria SMART. Oznacza to, że cel główny i cele szczegółowe powinny być:

- **S**pecyficzne – sformułowane precyzyjnie oraz w jasny sposób, tak by nie było wątpliwości, do czego zmierza autor programu.
- **M**ierzalne – możliwy jest dobór odpowiednich wskaźników (miar), które pozwolą dokonać oceny efektów programu, czyli sprawdzenie, czy cel został osiągnięty.
- **A**dekwatne – sformułowane w formie oczekiwanej pozytywnej zmiany u uczestników programu, która odnosi się bezpośrednio do problemu, będącego przedmiotem programu.
- **R**ealistyczne – możliwe do osiągnięcia, biorąc pod uwagę analizę dostępnych zasobów oraz posiadane kompetencje.
- **T**erminowe – został wyznaczony czas, w którym zostanie osiągnięty.

Na tym etapie oceny programu stosowane są przez zespół następujące kryteria oceny:

- Czy został sformułowany cel ogólny?
- Czy cel ogólny spełnia kryteria SMART?
- Czy zostały sformułowane cele szczegółowe?
- Czy cele szczegółowe spełniają kryteria SMART?

ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Znajomość modeli teoretycznych, które pozwalają wyjaśnić przyczyny zachowań ryzykownych oraz wskazują mechanizmy zmiany zachowań niepożądanych na pożądane jest obecnie wymogiem stawianym autorom programów profilaktycznych. Programy profilaktyczne powinny opierać się na wiedzy o strategiach, które mają udokumentowany związek z ograniczaniem wpływu czynników ryzyka oraz wzmacnianiem czynników chroniących. Dobry program profilaktyczny powinien być zatem oparty na modelach teoretycznych, których skuteczność została potwierdzona w literaturze naukowej oraz sprawdzona w badaniach ewaluacyjnych, a także w codziennej praktyce. Przykładem skutecznej strategii profilaktycznej jest doskonalenie umiejętności społecznych dzieci i młodzieży. Wiadomo bowiem z prac teoretycznych oraz licznych badań, że jedną z przyczyn zachowań ryzykownych (w tym używania substancji psychoaktywnych) jest niedostateczna umiejętność radzenia sobie z wyzwaniami okresu dorastania, takimi jak budowanie autonomii czy nawiązywanie relacji społecznych. Z tego powodu w programie profilaktycznym dotyczącym alkoholu, wykorzystywanym tu jako przykład, warto zastosować strategię, która polega właśnie na doskonaleniu umiejętności przydatnych w kontaktach z rówieśnikami.

Na tym etapie oceny programu stosowane są następujące kryteria:

- Jakie są wcześniejsze doświadczenia autorów programu?
- Jakie są wyniki ewaluacji innych, podobnych programów?
- Czy podczas konstruowania programu wykorzystano sprawdzone modele teoretyczne wyjaśniające zjawisko, któremu program ma przeciwdziałać?

GRUPA DOCELOWA

Kolejnym standardem jest odpowiedni dobór uczestników programu, czyli grupy docelowej. Wybór grupy docelowej ma kluczowe znaczenie, ponieważ pozwala ustalić, czy należy zaplanować program profilaktyki uniwersalnej, selektywnej czy wskazującej. Istotne jest przy tym, by grupa docelowa została wybrana na podstawie diagnozy sytuacji oraz prawidłowo sformułowanego problemu. Niekiedy twórcy programów zakładają, że program przyniesie także korzyści osobom, które nie są bezpośrednio zaangażowane w realizację programu. Osoby te tworzą grupę docelową pośrednią, podczas gdy uczestnicy zajęć przewidzianych w programie to grupa docelowa bezpośrednia. Standardem w opisie grupy docelowej jest określenie kryteriów kwalifikacji do programu oraz kryteriów wykluczenia. W przypadku programu profilaktyki alkoholowej, którego celem jest opóźnienie inicjacji alkoholowej kryterium kwalifikacji jest wiek potencjalnych odbiorców (10-12 lat, czyli przed momentem inicjacji) oraz zgoda uczniów i ich rodziców na udział w programie. Podobnie, kryterium wykluczającym może być wiek (starsi niż 13 lat, co oznacza, że w większości są po inicjacji alkoholowej) oraz brak zgody dzieci lub ich rodziców na uczestniczenie w programie.

Ocena opisu odbiorców programu prowadzona jest na podstawie trzech kryteriów:

- Czy grupa docelowa została wybrana na podstawie diagnozy oceny sytuacji oraz prawidłowo sformułowanego problemu?
- Czy zostały określone kryteria kwalifikacji do programu?
- Czy zostały określone kryteria wykluczenia z programu?

DZIAŁANIA

Opis działań programu pozwala wyobrazić sobie, co konkretnie zostanie zrobione. Z tego względu standardem jest szczegółowa charakterystyka tych działań, w tym: jak będą przebiegały proponowane uczestnikom zajęcia, jakie tematy uwzględniono w scenariuszach poszczególnych zajęć, jak długo będą one trwały oraz jak często będą się odbywały. Działania muszą być dostosowane do specyfiki i wieku odbiorców programu (grupy docelowej) oraz celu głównego i celów szczegółowych programu. Celem programu, który służy nam tutaj jako przykład, jest opóźnienie inicjacji oraz ograniczenie picia alkoholu wśród młodzieży. Z badań i praktyki wynika, że takie działania, jak przekazywanie wiedzy o szkodliwości alkoholu, nie są skuteczne, nie przyczyniają się bo-

wiem do zmiany zachowań odbiorców programu. Jeśli cel naszego programu ma zostać zrealizowany, należy więc zaplanować działania, które dają szansę powodzenia. Na przykład cykl warsztatów ukierunkowanych na doskonalenie umiejętności społecznych młodzieży, które są pomocne w radzeniu sobie z presją rówieśników dotyczącą sięgania po alkohol.

Przy ocenie opisu działań wykorzystywane są następujące kryteria oceny:

- Czy działania zostały szczegółowo opisane?
- Czy rodzaj, długość, intensywność działań jest odpowiednia do specyfiki grupy docelowej?
- Czy działania są odpowiednie do celu programu?

NAKŁADY

Standardem w profilaktyce jest adekwatność nakładów w stosunku do rodzaju i rozmiaru planowanych działań oraz specyfiki grupy docelowej. Kolejnym punktem do opisu programu są więc nakłady, jakie trzeba ponieść w związku z jego realizacją. Realizacja programu wymaga przygotowanej kadry i odpowiednich materiałów. Kadre programu stanowią realizatorzy i koordynatorzy działań. Osoby te muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań, co oznacza, że powinny dysponować wiedzą z zakresu profilaktyki oraz bardzo dobrze znać program, który będą realizować. W literaturze dotyczącej skuteczności działań profilaktycznych podkreśla się bowiem znaczenie wierności (ang. *fidelity*) realizacji programu wobec jego modelowej wersji. Wprowadzenie daleko idących modyfikacji w dobrze zaplanowanym i poddanym ewaluacji programie, może ograniczyć lub wręcz pozbawić go skuteczności. Taką modyfikacją może być rezygnacja z części zaplanowanych scenariuszy zajęć i wprowadzenie w to miejsce innych propozycji.

Kryteria oceny programu na tym etapie to:

- Czy przygotowanie i kompetencje realizatorów są odpowiednie do rodzaju programu?
- Czy materiały są odpowiednie do rodzaju programu i dla jego odbiorców?

SPOSÓB WDRAŻANIA PROGRAMU

Standardem we wdrażaniu programu powinno być zapewnienie odpowiedniej jakości jego rutynowych realizacji. Oznacza to, że oprócz zajęć oferowanych adresatom programu należy również opracować system szkolenia realizatorów oraz koordynować ich pracę. Osoby prowadzące zajęcia przewidziane w programie muszą być dobrze przygotowane do swoich zadań oraz mieć dostęp do odpowiednich materiałów. Bardzo pomocne są cykliczne spotkania z realizatorami (tzw. superwizje), poświęcone wymianie doświadczeń oraz dzieleniu się sukcesami i trudnościami. Kolejną sprawą jest monitorowanie, czyli systematyczne zbieranie danych na temat przebiegu zajęć oraz odbioru programu przez adresatów. Wyniki monitorowania ewaluacji procesu powinny być wykorzystywane do udoskonalania programu. Nie zaleca się oczywiście wprowadzania zmian po każdej realizacji programu. Przemiany kulturowe i technologiczne powodują jednak, że nowatorskie początkowo treści i rozwiązania metodyczne programu mogą po kilku latach być już przestarzałe. Najlepszym tego przykładem jest wpływ nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych na system edukacji. Warto więc co kilka lat dokonać analizy danych zebranych podczas ewaluacji procesu, dokonać przeglądu programu i wprowadzić niezbędne zmiany. Na przykład uwzględnić w treściach programu problematykę korzystania przez młodzież z internetu.

Kryteria oceny wdrażania programu to:

- Czy wszystkie działania programu mają zapewnione odpowiednie nakłady (np. kadre, koordynatorów, podręczniki dla realizatorów, materiały dla uczestników)?
- Czy został opracowany i wdrożony system szkolenia realizatorów?
- Czy istnieje system wspierania realizatorów (np. superwizje)?
- Czy jest systematycznie prowadzone monitorowanie programu?
- Czy wyniki monitorowania są uwzględniane w doskonaleniu programu?

EWALUACJA PROCESU

Standardem w przypadku programów ubiegających się o rekomendację na I poziomie (program obiecujący) jest ewaluacja procesu. Ewaluacja procesu, tak jak monitorowanie, ma na celu ocenę realizacji oraz odbioru programu przez uczestników. Badania prowadzone w ramach ewaluacji procesu są jednak bardziej szczegółowe, ponieważ ich wyniki służą dokonaniu wyboru najlepszych rozwiązań i udoskonaleniu wstępnej wersji programu. Ewaluacja procesu oparta jest na analizie wskaźników realizacji działań. Generalnie, wskaźniki to dane, które świadczą o sukcesie lub niepowodzeniu programu. Wskaźniki działań pozwalają ustalić, czy program został zrealizowany zgodnie z założeniami. W ramach ewaluacji procesu zbierane są więc dane dotyczące liczby przeprowadzonych zajęć, frekwencji na tych zajęciach, trudności podczas realizacji oraz sposobów ich rozwiązywania, a także zaangażowania odbiorców oraz ich opinii o programie.

Kryteria oceny dotyczące ewaluacji procesu to:

- Czy i jak została opisana metodologia ewaluacji procesu (osoby badane, metody, narzędzia, harmonogram zbierania danych)?
- Czy zostały opisane wskaźniki ewaluacji procesu?
- Czy i jak zostały opisane wyniki ewaluacji procesu?

EWALUACJA WYNIKÓW

Standardem wymaganym w przypadku tzw. dobrych praktyk oraz programów modelowych jest ewaluacja wyników. Ten rodzaj ewaluacji polega na przeprowadzeniu badań, których celem jest ustalenie, czy w wyniku realizacji programu udało się osiągnąć zamierzony cel główny, a także cele szczegółowe. Innymi słowy, ewaluacja wyników odpowiada na pytanie o skuteczność programu. Opis metodologii ewaluacji programu powinien zawierać schemat badawczy, w tym, czy zastosowano jedynie schemat pretest – posttest czy też schemat z grupą eksperymentalną i porównawczą, jak dobierano respondentów do grupy eksperymentalnej i porównawczej. W opisie metodologii powinna być także zamieszczona charakterystyka osób objętych badaniami – wiek, płeć oraz inne ważne z perspektywy programu cechy uczestników. Następnie powinna zostać opisana procedura zbierania danych, charakterystyka narzędzi badawczych, w tym pytań zamieszczonych w ankietach oraz przyjętych wskaźników. Wracając do przykładu programu profilaktyki alkoholowej, wskaźnikiem w ewaluacji wyników może tu być odsetek uczniów, którzy po programie sięgnęli po alkohol. Wreszcie, należy opisać sposób analizy danych oraz uzyskane wyniki.

Prowadzenie badań społecznych, do których należą także badania ewaluacyjne, wymaga przestrzegania standardów etycznych. Z tego względu bardzo ważnym wymogiem systemu rekomendacji jest przestrzeganie przez autorów programów zasad etyki prowadzenia badań. Takim standardem jest poinformowanie osób badanych o celu i metodzie badań, poszanowanie ich prywatności, dbanie o poufność informacji uzyskanych od uczestników, a także rzetelność i bezstronność badacza.

Na tym etapie oceny programu stosowane są następujące kryteria oceny:

- Czy zostały opracowane wskaźniki ewaluacji wyników?
- Czy i jak została opisana metodologia ewaluacji wyników?
- Czy i jak zostały opisane wyniki ewaluacji?
- Czy ewaluacja wyników była prowadzona zgodnie z etycznymi standardami obowiązującymi w badaniach społecznych?

ŹRÓDŁA INFORMACJI O PROGRAMIE

Informacje o programie i wyniki ewaluacji powinny być dostępne dla osób zainteresowanych, w tym decydentów, przedstawicieli społeczności lokalnych, szkół i innych placówek edukacyjnych, a także potencjalnych odbiorców. Z tego względu kryterium oceny programu są także publikacje o nim. W tym przypadku są stosowane dwa kryteria oceny:

- Czy dostępne są publikacje naukowe na temat zawartości i ewaluacji programu?
- Czy dostępne są publikacje popularno-naukowe na temat programu?

UWAGI KOŃCOWE

Opisane powyżej standardy i kryteria stawiają przed autorami programów duże wymagania. Warto jednak zaznaczyć, że do otrzymania rekomendacji nie jest konieczne spełnienie wszystkich kryteriów na najwyższym poziomie. Należy też podkreślić, że zespół do spraw rekomendacji przede wszystkim służy pomocą autorom programów. Każdy wniosek jest wnikliwie czytany, zaś autorzy otrzymują szczegółową informację zwrotną dotyczącą mocnych i słabych stron programu, a także sugerowanych poprawek we wniosku aplikacyjnym. Negatywna opinia zespołu nie przekreśla możliwości ponownego ubiegania się o rekomendację.

Do tej pory rekomendację uzyskały 23 programy. Wśród nich znajdują się programy promocji zdrowia, profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Do zespołu nadsyłane są kolejne wnioski. Rozwojowi profilaktyki w Polsce sprzyjają rozwiązania systemowe. Wdrażanie programów rekomendowanych zostało zalecane w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

BIBLIOGRAFIA

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, „European Drug Report 2015: Trends and Developments”, Publications Office of the European Union, Luxemburg 2015.

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Węgrzecka-Giluń J. (red.), „Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki”, Fundacja ETOH, Warszawa 2010.

Zin-Sędek M., „Wydatkowanie środków w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”, Świat Problemów, 10, 2015.

CZĘŚĆ 3
PROFILAKTYKA OKIEM
PRAKTYKA

WYCHOWANIE I PROFILAKTYKA W SZKOLE

Anna Borkowska

PROFILAKTYKA A WYCHOWANIE

W dyskusjach o wychowaniu i profilaktyce często podkreśla się odrębność obu procesów, zwraca się uwagę na różnice w celach działań, podnosi się kwestie nadrzędności jednego procesu nad drugim. Rzeczywiście – profilaktyka i wychowanie to odrębne systemy oddziaływań, jednak to także procesy ściśle ze sobą powiązane, uzupełniające się wzajemnie i posiadające pewien wspólny obszar – szczególnie na poziomie profilaktyki uniwersalnej.

Rozumienie procesów wychowawczych i profilaktycznych jako wzajemnie uzupełniających się znalazło odzwierciedlenie w nowych zapisach prawa oświatowego. Od 2017 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej połączyło, funkcjonujące dotychczas oddzielnie, programy: wychowawczy i profilaktyki w jeden program wychowawczo-profilaktyczny szkoły, wskazując jednocześnie na nadrzędną rolę wychowania i kompensacyjną rolę działań profilaktycznych.

Wychowanie definiowane jest jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej. Powinno być ono wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży⁷.

Tak więc celem wychowania jest wszechstronnie dojrzały człowiek, a celem profilaktyki jest wspomaganie wychowania i kompensowanie jego niedostatków. Wspólnym obszarem obu procesów są zaś działania budujące odporność na potencjalne zagrożenia oraz podstawa aksjologiczna i antropologiczna, która się za nimi kryje (koncepcja wychowania, wartości i normy, cele rozwojowe itp.).

Wychowanie powinno pełnić w szkole funkcję nadrzędną, być punktem wyjścia dla wszystkich innych działań.

Tymczasem, jak pisze w swojej książce Joanna Szymańska: „(...) w praktyce oświatowej profilaktyka zaczęła zajmować miejsce normalnego wychowania. Brak spójnego programu wychowawczego szkoły – jasnego systemu wymagań i otwartości na problemy oraz konsekwencji w reagowaniu na nie – skutecznie osłabia efekty oddziaływań profilaktycznych. Profilaktyka powinna uzupełniać wychowanie, nie może go jednak zastępować”⁸.

⁷ Art. 1 ust 2. ustawy Prawo oświatowe.

⁸ Szymańska J., „Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki”, ORE, Warszawa 2012.

WYCHOWANIE A PLANOWANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Profilaktyka to proces kompensujący niedostatki wychowania. Wprowadzanie działań z zakresu profilaktyki powinno być uzasadnione kilkoma czynnikami⁹:

- świadomością niepowodzeń w realizacji zaplanowanych działań wychowawczych,
- wiedzą na temat zagrożeń dla prawidłowego rozwoju uczniów, tkwiących zarówno w środowisku szkolnym, jak i lokalnym, a nawet w szerokiej społeczności,
- sytuacją, gdy czynniki ryzyka kumulują się i zaczynają stanowić realne zagrożenie dla prawidłowej realizacji działań wychowawczych szkoły.

Punktem wyjścia do planowania działań profilaktycznych jest identyfikacja i diagnoza objawów, które wywołują niepokój wychowawców czy rodziców. Warunkiem identyfikacji jakiegoś zachowania ucznia jako dysfunkcyjnego jest wizja jego prawidłowego rozwoju i zdrowego funkcjonowania. Jest ona opisana w podręcznikach psychologii rozwojowej i wychowawczej, a jej odbiciem powinien być tzw. profil absolwenta, zwerbalizowany w programie wychowawczym każdej szkoły.

Mówiąc o prawidłowym rozwoju dziecka i nastolatka szczególną uwagę zwraca się na:

- stopień i terminowość realizacji podstawowych zadań rozwojowych dla uczniów w określonym wieku,
- ciągłość, systematyczność, konstruktywność i adekwatność do wieku zmian w podstawowych wymiarach dojrzewania.

Zapotrzebowanie na profilaktykę wynika także ze stopnia zagrożenia i specyfiki poszczególnych grup ryzyka. W populacji dzieci i młodzieży szkolnej nadal najliczniejsza jest grupa niskiego ryzyka, zwłaszcza w szkołach podstawowych. Na etapie gimnazjum skokowo wzrasta liczebność grup podwyższonego ryzyka. Po wejściu w okres dojrzewania wielu uczniów przechodzi inicjację tytoniową, alkoholową i inną. Im starsza klasa, tym liczniejsza staje się grupa zwiększonego ryzyka. Osoby z grup wysokiego ryzyka wymagają leczenia, resocjalizacji lub rehabilitacji. Pozostałe grupy powinny być objęte działaniami profilaktycznymi.

Tabela 1. Rodzaje działań wychowawczych i profilaktycznych w zakresie zapobiegania narkomanii¹⁰.

Działania wychowawcze	Działania profilaktyczne
<p>budowanie postawy prozdrowotnej i zdrowego stylu życia</p> <p>kształtowanie hierarchii systemu wartości</p> <p>wzmacnianie więzi ze szkołą lub placówką</p> <p>kształtowanie przyjaznego klimatu w szkole lub placówce</p> <p>budowanie prawidłowych relacji</p> <p>rozwijanie i wspieranie działalności wolontarystycznej</p> <p>wspieranie edukacji rówieśniczej i programów rówieśniczych, mających na celu modelowanie postaw prozdrowotnych i prospołecznych</p>	<p>realizowanie programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</p> <p>przygotowanie oferty zajęć rozwijających zainteresowania i uzdolnienia jako alternatywnej, pozytywnej formy działalności</p> <p>kształtowanie i wzmacnianie norm przeciwnych używaniu środków psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych</p> <p>realizowanie szkolnej interwencji profilaktycznej</p>

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje liczebność grup ryzyka w populacji dzieci i młodzieży. Zgodnie z jej danymi:

- **20-30%** to grupa podwyższonego ryzyka;
- **3-12%** to grupa wysokiego ryzyka, wymagająca leczenia lub innych działań.

Liczebność grup ryzyka jest różna w poszczególnych krajach, a także w środowiskach lokalnych.

⁹ Gaś Z.B., Poleszak W., „Opracowujemy i ewaluujemy program wychowawczo-profilaktyczny szkoły”, ORE, Warszawa 2017.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii.

W środowisku szkolnym najwięcej działań prowadzonych jest na poziomie profilaktyki uniwersalnej – kierowanej do całej populacji. Jej celem jest redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych i zapobieganie nowym przypadkom. Główne działania to dostarczanie informacji i uczenie najważniejszych umiejętności życiowych.

Skuteczna profilaktyka w środowisku szkolnym powinna spełniać kilka podstawowych zadań:

- dostarczanie wszystkim odbiorcom wiarygodnych informacji na temat warunków zdrowego życia i występujących zagrożeń,
- kształtowanie umiejętności życiowych (intrapysychicznych i interpersonalnych, podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów i in.),
- kształtowanie w środowisku szkolnym norm i reguł sprzyjających zdrowemu życiu i rozwojowi,
- rozwijanie więzi z grupą społeczną,
- rozwijanie środowiska szkolnego i rodzinnego.

SPÓJNOŚĆ ODDZIAŁYWAŃ WYCHOWAWCZYCH I PROFILAKTYCZNYCH

Dobrze przygotowany program wychowawczo-profilaktyczny powinien zapewniać spójność działań wychowawczych i profilaktycznych, a więc umożliwiać:

- rozwijanie potencjału uczniów w radzeniu sobie z wyzwaniami rzeczywistości,
- kształtowanie u nich postaw prospołecznych,
- zapobieganie przejawom dysfunkcji i zachowaniom niepożądanym,
- a także korygowanie – tak szybko jak to możliwe – pierwszych przejawów niechcianych wzorców zachowań.

PROGRAM WYCHOWAWCZO-PROFILAKTYCZNY W SZKOLE

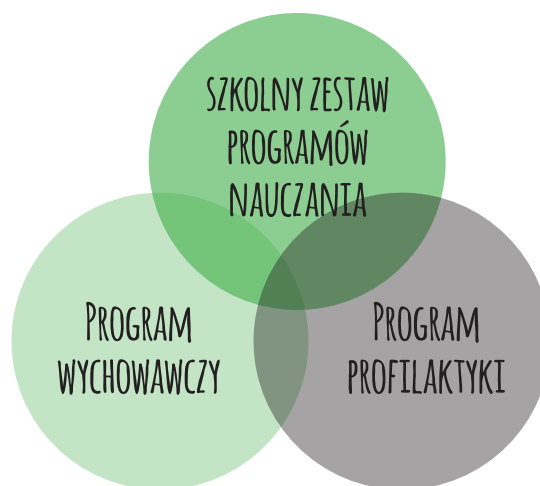
Program wychowawczo-profilaktyczny szkoły to projekt systemowych rozwiązań w środowisku szkolnym, których głównym celem jest:

- **wspieranie ucznia we wszechstronnym rozwoju**, ukierunkowanym na osiągnięcie pełni dojrzałości fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej,
- które powinno być **wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki**¹¹.

Obowiązek posiadania programu profilaktyki został nałożony na polskie szkoły w 2002 roku. Obowiązek ten został zapisany w dwóch rozporządzeniach, wówczas jeszcze Ministra Edukacji Narodowej i Sportu:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół § 2 ust. 1 pkt 1, § 2 ust. 2 (Dz.U. z 2002 roku Nr 10, poz. 96),
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z 2002 roku Nr 51, poz. 458).

Zgodnie z nimi szkoła miała realizować swą misję poprzez trzy nierozłączne, uzupełniające się programy. Od 1 września 2017 roku, zgodnie z art. 26 ustawy Prawo oświatowe¹², nastąpiło połączenie szkolnego programu wychowawczego i programu profilaktyki w jeden dokument, zawierający treści i działania o charakterze wychowawczym i profilaktycznym.



¹¹ Art. 26 ustawy Prawo oświatowe.

¹² Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59).

„Działalność edukacyjna szkoły określona jest przez:

szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczo-profilaktyczny szkoły. Szkolny zestaw programów nauczania oraz program wychowawczo-profilaktyczny szkoły mają tworzyć spójną całość i muszą uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej. Ich przygotowanie i realizacja są zadaniem zarówno całej szkoły, jak i każdego nauczyciela”¹³.

Zawartość programu wychowawczo-profilaktycznego określa art. 26 ustawy prawo oświatowe. Zgodnie z jego zapisem program wychowawczo-profilaktyczny „(...) powinien obejmować:

- treści i działania wychowawcze skierowane do uczniów oraz
- treści i działania profilaktyczne dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów, przygotowane w oparciu o diagnozę potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców”.

Poza przedszkolami i szkołami dla dorosłych, w których nie tworzy się programów wychowawczo-profilaktycznych, pozostałe placówki edukacyjne mają obowiązek opracowania takiego programu. Należą do nich:

- publiczne szkoły podstawowe i ponadpodstawowe,
- niepubliczne szkoły podstawowe i ponadpodstawowe,
- **młodzieżowe ośrodki wychowawcze,**
- **młodzieżowe ośrodki socjoterapii,**
- placówki zapewniające opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania,
- specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze,
- ośrodki rewalidacyjno-wychowawcze,
- placówki oświatowo-wychowawcze, w tym szkolne schroniska młodzieżowe,
- placówki kształcenia ustawicznego, placówki kształcenia praktycznego oraz ośrodki doksztalcania i doskonalenia zawodowego,
- placówki artystyczne – ogniska artystyczne umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień artystycznych.

Uchwalanie programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły lub placówki jest kompetencją rady rodziców w porozumieniu z radą pedagogiczną¹⁴. Jeśli rada rodziców w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia roku szkolnego (do 30 września każdego roku) nie uzyska porozumienia z radą pedagogiczną, program ten ustala dyrektor szkoły lub placówki w uzgodnieniu z organem sprawującym nadzór pedagogiczny¹⁵.

W szkołach i placówkach publicznych prowadzonych przez osoby prawne inne niż jednostki samorządu terytorialnego lub przez osoby fizyczne oraz w szkołach i placówkach niepublicznych program wychowawczo-profilaktyczny ustala organ wskazany w statucie szkoły lub placówki. W szkołach i placówkach, w których nie tworzy się rad rodziców, program wychowawczo-profilaktyczny uchwała rada pedagogiczna.



¹³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 356).

¹⁴ Art. 84 ust. 1-3 oraz ust. 5 ustawy Prawo oświatowe.

¹⁵ Art. 84 ust. 1-3 ustawy Prawo oświatowe.

CO POWINIEN ZAWIERAĆ PROGRAM WYCHOWAWCZO-PROFILAKTYCZNY?

Główny cel programu wychowawczo-profilaktycznego stanowi wspieranie ucznia we wszechstronnym rozwoju, ukierunkowanym na osiągnięcie pełni dojrzałości fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, które powinno być wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki.

Program wychowawczo-profilaktyczny powinien obejmować:

- treści i działania wychowawcze skierowane do uczniów oraz
- treści i działania profilaktyczne.

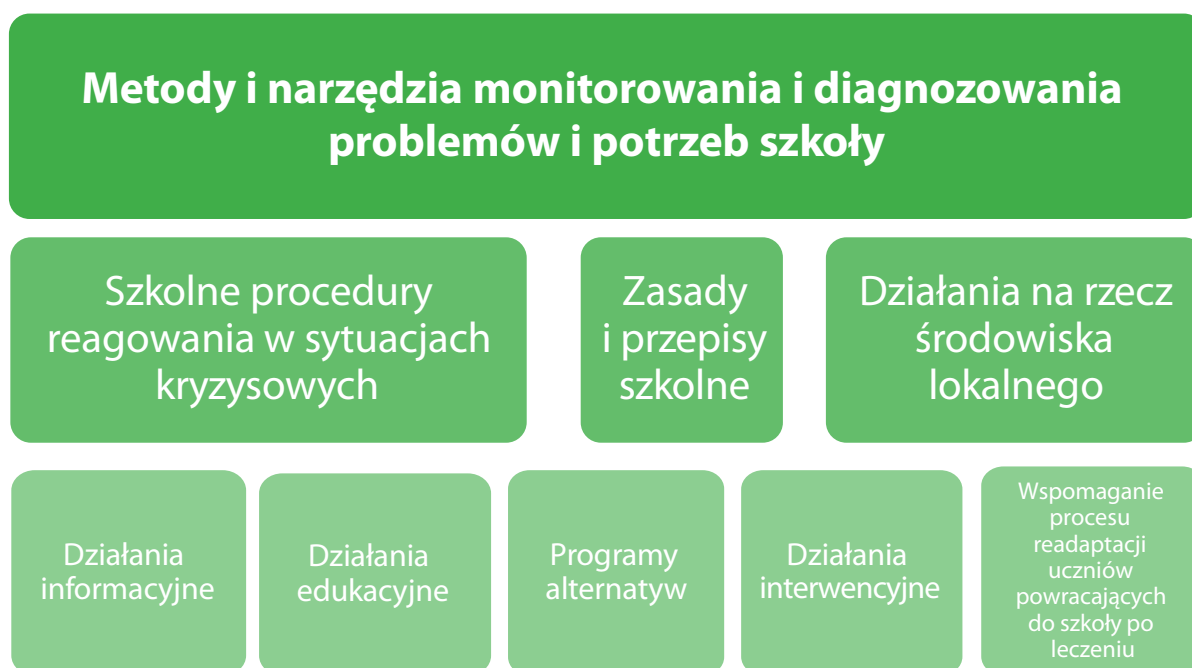
Działania profilaktyczne powinny być:

- dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów,
- przygotowane na podstawie diagnozy potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej,
- skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców.

Dobrze zaprojektowany program działań profilaktycznych szkoły powinien ponadto:

- uwzględniać standardy nowoczesnej profilaktyki,
- zawierać opis wszystkich zaplanowanych celowych działań zapobiegawczych dostosowanych do potrzeb rozwojowych uczniów oraz rzeczywistych problemów i potrzeb szkoły,
- obejmować różne zagrożenia,
- wykorzystywać wiele różnorodnych strategii profilaktycznych,
- być skierowany do całego środowiska szkolnego: uczniów, rodziców i nauczycieli,
- zawierać propozycje dla środowiska lokalnego.

Rys. 1. Schemat szkolnego programu profilaktyki.



PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W PROGRAMIE WYCHOWAWCZO-PROFILAKTYCZNYM SZKOŁY

Szczegółowe zadania szkoły w zakresie profilaktyki uzależnień zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności

wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz.U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226). Należą do nich m.in.:

- działania zapobiegawcze,
- działania interwencyjne,
- opracowanie procedur postępowania w sytuacjach szczególnych zagrożeń związanych z środkami odurzającymi,
- współpraca z rodzicami oraz instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży,
- współdziałanie ze służbą zdrowia i Policją,
- organizacja zajęć profilaktycznych dla uczniów i różnych form aktywności, w tym aktywności pozaszkolnej.

Wspomniane rozporządzenie wskazuje także rekomendowane formy i sposoby realizacji zadań profilaktycznych szkoły. Zadania te szkoły mogą realizować w formie:

- interaktywnych wykładów, warsztatów, treningów umiejętności, projektów, debat, szkoleń,
- spektakli teatralnych, spotów, kampanii społecznych, happeningów, pikników edukacyjnych,
- rekomendowanych programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki,
- w innych formach uwzględniających wykorzystanie aktywnych metod pracy.

W realizacji zadań profilaktycznych szkoły i placówki powinny uwzględniać współpracę ze środowiskiem lokalnym, w którym funkcjonują. Zgodnie z rozporządzeniem¹⁶ mogą podejmować wspólne działania z:

- jednostkami samorządu terytorialnego,
- poradniami psychologiczno-pedagogicznymi,
- placówkami doskonalenia nauczycieli,
- podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi,
- Policją,
- pracodawcami.

WARUNKI SKUTECZNEJ PROFILAKTYKI SZKOLNEJ

- Podstawą programu profilaktyki w szkole powinny być wyniki obiektywnych badań dotyczących zachowań dysfunkcyjnych w środowisku szkolnym i społeczności lokalnej.
- Planowane i wdrażane działania profilaktyczne powinny wynikać z wcześniejszych doświadczeń wykazujących, że wykorzystywane strategie rzeczywiście zapobiegają lub redukują dysfunkcje.
- Zaplanowane działania profilaktyczne powinny być ukierunkowane na mierzalne cele i zadania.
- Program profilaktyki powinien uwzględniać jak najwięcej przedsięwzięć z zakresu różnorodnych strategii profilaktycznych, m.in.: strategii informacyjnych, strategii edukacyjnych, strategii wczesnej interwencji, strategii działań alternatywnych.
- Uczestnikami programu powinni być wszyscy członkowie danej społeczności szkolnej: uczniowie, nauczyciele, rodzice, a nawet pracownicy administracyjno-techniczni szkoły.
- Program działań profilaktycznych powinien być zintegrowany z innymi działaniami promującymi zdrowie – w szczególności z działaniami wychowawczymi, programem nauczania oraz systemem oceniania.
- Powinien zakładać długofalowe działania, ponieważ tylko takie dają szansę korekty i kształtowania stylu życia, natomiast działania akcyjne nie dają gwarancji skuteczności.
- Programy profilaktyki w szkole powinny być systematycznie ewaluowane i modyfikowane.

¹⁶ § 6.1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii.

ANALIZA PRZYKŁADÓW WYBRANYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Zygmunt Medowski

CECHY EFEKTYWNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wypracowało zbiór norm, którego zadaniem jest uregulowanie podejścia do zagadnień profilaktyki i jednocześnie ułatwienie lokalnym władzom samorządowym konstruowania i finansowania programów profilaktycznych. Do najważniejszych elementów tego zbioru należą:

- Metody i strategie profilaktyczne opisujące kluczowe strategie profilaktyczne.
- Standardy i system rekomendacji zawierające podstawowe warunki dla rekomendacji programów profilaktycznych.
- Baza programów, w której znaleźć można gotowe, szczegółowo opisane programy w następujących obszarach:
 - promocji zdrowia psychicznego,
 - profilaktyki,
 - leczenia,
 - redukcji szkód,
 - opieki postterapeutycznej.

Programy zostały wcześniej przebadane i poddane ewaluacji, a zatem otrzymały rekomendację KBPN do stosowania jako programy o udokumentowanej skuteczności.

Pełna wiedza dotycząca programów rekomendowanych została zgromadzona na stronie

www.programyrekomendowane.pl, a w niniejszym opracowaniu szczegółowy opis zawarty został w rozdziale Agnieszki Pisarskiej „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce”.

Warto jednak podkreślić, że samo zaczerpnięcie programu z bazy programów rekomendowanych nie musi wcale oznaczać sukcesu. Z perspektywy 25 lat działalności profilaktycznej i terapeutycznej Towarzystwa Profilaktyki Środowiskowej MROWISKO (www.mrowisko.org.pl) sformułować można przynajmniej kilka dodatkowych warunków, jakie powinien spełniać program, aby miał szansę być skutecznym.

Po pierwsze, **profilaktyka powinna mieć charakter systemowy**, tzn., że prowadzone działania powinny być spójne, powiązane ze sobą i wzajemnie się uzupełniać. Rys. 1 przedstawia system, jaki Towarzystwo MROWISKO wypracowało i wdrożyło w 1995 roku.

W tamtych czasach było to nowoczesne rozwiązanie i mimo upływu lat niewiele straciło na aktualności.

Po drugie, system oddziaływań jednego podmiotu (organizacji, jednostki) **stanowi element większego systemu**, począwszy od dzielnic czy gminy, a skończywszy na Narodowym Programie Zdrowia.

Po trzecie, wypracowanie i wdrożenie efektywnego systemu oddziaływań wymaga czasu i zasobów (pieniędzy, lokali, sprzętu, oprogramowania, **profesjonalnego wyszkolenia zespołu realizatorów**). Stąd niezwykle ważne wydaje się zapewnienie **ciągłości programu**.

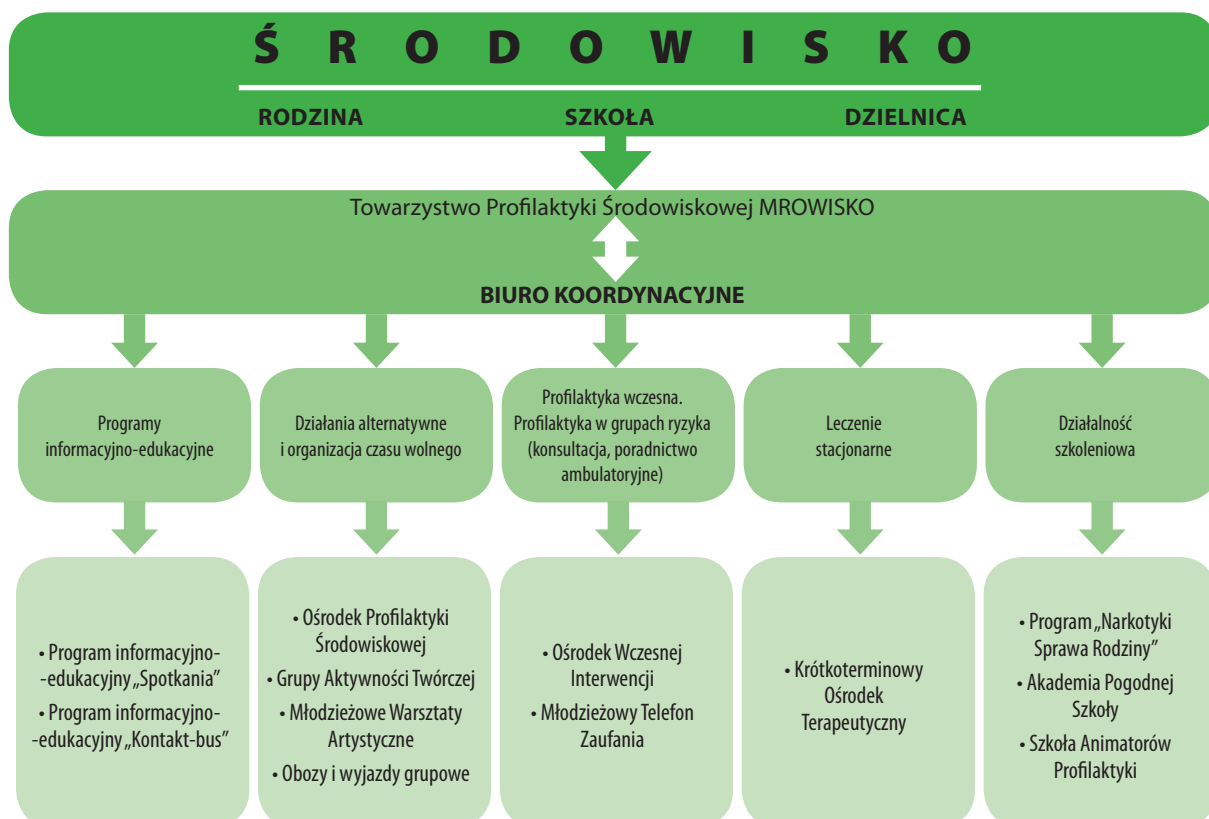
PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE PRZEZ TOWARZYSTWO MROWISKO

Zgodnie z powyższymi założeniami (w zakresie działań systemowych) Towarzystwo MROWISKO realizuje projekty z różnych obszarów profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej i wskazującej).

Środowiskowy program profilaktyki lokalnej „zDolne Miasto”

Program „zDolne Miasto” jest przykładem profilaktyki opartej na pojęciu pozytywnego rozwoju, definiowanego przez Krzysztofa Ostaszewskiego¹⁷ jako podejmowanie działań ukierunkowanych na rozwijanie mocnych stron i zasobów zwiększających odporność nastolatka na działanie czynników ryzyka, co zwiększa stopień przygotowania do życia w świecie różnorodnych zagrożeń. Programy profilaktyczne oparte na tych założeniach uwzględniają wiedzę na temat czynników chroniących. Richard Catalano i współpracownicy – na podstawie przeglądu wielu programów profilaktycznych uznawanych za skuteczne – wyróżnili kilkanaście kluczowych aspektów pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży, m.in. rozwijanie umiejętności społecznych, poznawczych i emocjonalnych, umacnianie norm i zachowań prospołecznych oraz wiary w swoje możliwości i w przyszłość, kształtowanie pozytywnej identyfikacji, wspieranie więzi z rodziną i ze szkołą, kształtowanie psychicznej odporności (ang. *resilience*) oraz działanie na rzecz rozwoju duchowego. Identyfikacja tych aspektów wypływa z wiedzy o zasobach, które mogą skutecznie równoważyć lub redukować destrukcyjne działanie czynników ryzyka.

Rys. 1. Projekt systemowej profilaktyki opracowany przez Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej MROWISKO.



¹⁷ Ostaszewski K., miesięcznik Świat Problemów, 3, 2006.

W tej samej publikacji¹⁸ autor identyfikuje najważniejsze obszary tych przedsięwzięć. „Programy pozytywnego rozwoju tworzone są na podstawie wiedzy o czynnikach chroniących. W pewnym uproszczeniu możemy powiedzieć, że dotyczą one trzech wymienionych obszarów:

- po pierwsze – zmierzają do rozwijania lub/i wzmacniania potencjałów indywidualnych (na przykład umiejętności życiowych),
- po drugie – wkraczają w świat relacji z rodzicami i innymi znaczącymi osobami (na przykład programy mentorskie),
- po trzecie – tworzą przyjazne środowisko społeczne sprzyjające rozwojowi (na przykład kluby młodzieżowe, wolontariat itp.)”.

Przykładem integrującym wszystkie trzy wymienione obszary jest program „zDolne Miasto”, który powstał w ramach rewitalizacji zdegradowanej dzielnicy Gdańska o nazwie Dolne Miasto w latach 2009–2013, z kontynuacją w latach następnych. Już sama nazwa odwołuje się do potencjału i zdolności odbiorców programu – młodych mieszkańców dzielnicy.

Punktem wyjścia do opracowania projektu było tzw. drzewo problemów (rys. 3), skonstruowane na podstawie środowiskowej diagnozy problemowej oraz analizy SWOT.

W odniesieniu do „drzewa problemów” opracowano „drzewo celów”.

Jak widać cele programu adresowane są zarówno do młodzieży, jak i rodziców oraz całej społeczności lokalnej. Konstrukcja merytoryczna praktycznie w całości odwołuje się do czynników chroniących oraz pozytywnego rozwoju beneficjentów.

Po zakończeniu rewitalizacji dzielnicy program jest kontynuowany, a jego odbiorcami jest około 70 mieszkańców rocznie. W miejscu nielegalnego wysypiska śmieci powstał jeden z pierwszych w Polsce ogrodów społecznych, a teren wokół ośrodka stał się miejscem aktywności mieszkańców.

Program Wzmacniania Rodziny

Amerykański program „Strengthening Families Programme SFP10-14” został zaadaptowany jako Program Wzmacniania Rodziny przez Fundację MARATON i jest programem o udowodnionej skuteczności, umieszczonym w bazie programów rekomendowanych (<http://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/program-wzmacniania-rodziny,20>).

Rys. 2. Programy profilaktyczne realizowane przez Towarzystwo Profilaktyki Środowiskowej MROWISKO w latach 2012–2017.



¹⁸ Ostaszewski K., ibidem.

Towarzystwo MROWISKO od trzech lat z powodzeniem realizuje ten program. Na starcie wydawało się, że jego wdrożenie nie przyniesie specjalnych trudności. Znalazły się środki finansowe, dobrze wyszkoleni realizatorzy, lokal i odpowiednie wyposażenie. Wydawało się więc, że jest wszystko, czego potrzeba. Wkrótce okazało się, że jednak nie wszystko, ponieważ brakowało uczestników, czyli rodzin z dziećmi w wieku 10-14 lat. Praktyka pokazała, że poświęcenie czasu na 10 dwugodzinnych spotkań stanowi dla rodziny (nawet bardzo świadomej i zmotywowanej) nie lada wyzwanie. Realizacja projektu stanęła pod znakiem zapytania. Dopiero dzięki współpracy z portalem internetowym miasta Gdańska, lokalnym radiem oraz miejskim ośrodkiem pomocy rodzinie udało się program uruchomić i na trwale wpisać w gminny program przeciwdziałania narkomanii.

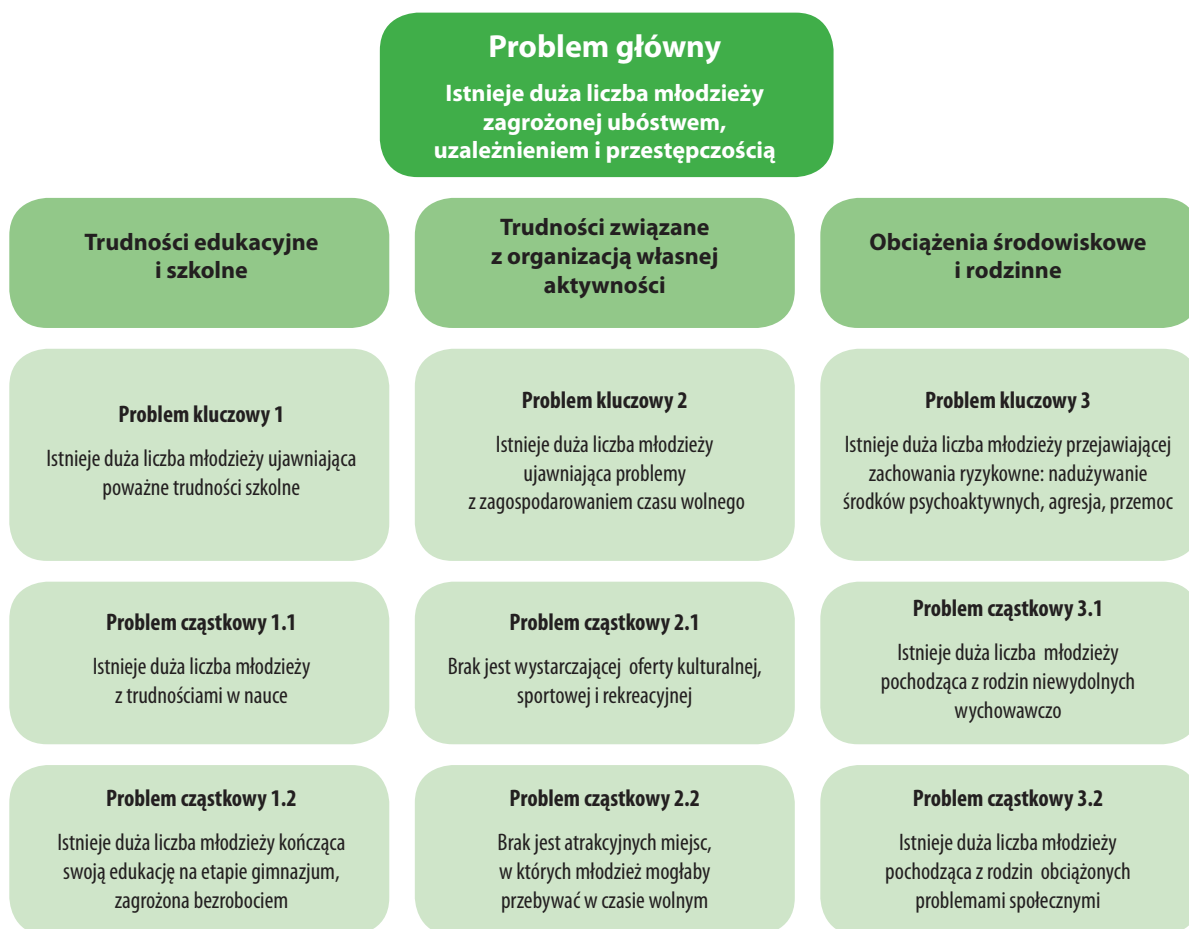
Ten przykład pokazuje, że nawet najlepsze programy profilaktyczne mogą się okazać nieskuteczne bez wsparcia organizacji i ruchów społecznych działających lokalnie.

Program Wczesnej Interwencji „Fred goes net”

Na szczególną uwagę zasługuje program wczesnej interwencji „Fred goes net” (<http://www.programfred.pl>, <http://programyrekommendowane.pl/strony/artykuly/fred,17>).

Przedstawienie założeń, celów i sposobu realizacji programu warto poprzedzić uzasadnieniem potrzeby jego implementacji do polskich warunków. Wraz z pojawieniem się narkotyków wielu polskich praktyków (nauczycieli, wychowawców) stanęło przed dylematem, co robić z młodzieżą, która nie jest uzależniona, a jedynie eksperymentuje z środkami psychoaktywnymi. Jeżeli nie będą interweniować, istnieje duże prawdopodobieństwo eskalacji zachowań ryzykownych, natomiast w przypadku nadmierowej reakcji ze strony dorosłych (np. wysłanie do ośrodka zamkniętego) młody człowiek może się zbuntować i choćby na przekór eskalować za-

Rys. 3. Drzewo problemów opracowane w ramach programu „zDolne Miasto”.



żywanie substancji. Brakowało programu, który łączyłby miękkie elementy edukacji i wzmacnianie osobistych kompetencji ze stanowczym charakterem wczesnej interwencji. Takim programem okazał się międzynarodowy projekt koordynowany przez Landschaftsverband Westfalen-Lippe z siedzibą w Münster (Niemcy) o nazwie „Fred goes net”.

Koncepcja programu¹⁹

„Koncepcją przewodnią programu »Fred goes net« jest wczesne wyjście z krótką, trafną i możliwie dobrowolnie przyjmowaną ofertą skierowaną do osób młodych (13-21 lat), którzy z powodu zażywania substancji zostali odnotowani po raz pierwszy przez policję, szkołę, szpital lub zostali ujawnieni przez rodzinę.

Do podstawowych zasad programu należy wczesna reakcja, możliwie jak najszybciej po pierwszym kontakcie z narkotykiem, aby w odpowiednim czasie zrealizować cele profilaktyki uzależnień, tzn. zwiększyć umiejętności radzenia sobie w sytuacjach ryzykownych. Kolejną zasadą jest to, aby interwencja była krótka, ponieważ nastawienie odbiorców jest takie, że tylko krótka oferta zostanie przez nich zaakceptowana. Młodzi ludzie niechętnie, a nawet wrogo nastawiają się wobec długoterminowych działań profilaktycznych i uczestnictwo w kilkumiesięcznym programie z powodu „przypadkowego” incydentu z narkotykami jest dla nich niewyobrażalne, nieadekwatne i krzywdzące. Istnieją również badania, które dowodzą, że krótkie interwencje mają istotny wpływ na zmianę podejścia do używek, wpływają na częstotliwość zażywania, a nawet abstynencję. Kolejna, ale jednocześnie chyba najistotniejsza zasada jest taka, że oferta powinna być dobrowolna. Może się to wydawać sprzeczne z tym, że młody człowiek jest skierowany do programu przez sąd rodzinny, prokuraturę lub policję. Jednak podczas rozmowy wstępnej można wykorzystać zewnętrzną presję instytucji (np. sądowej) i »przekuć« ją w refleksję na temat konsekwencji kontaktów z substancjami, zaciekać wyjątkowością formy zajęć i przygotować lepsze warunki do osiągnięcia celu profilaktycznego”.

Rys. 4. Drzewo celów opracowane w ramach programu „zDolne Miasto”.



¹⁹ <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/ocena-skuteczności-programu-fred-goes-net/>

Cele programu to:

- Skonfrontowanie osoby używającej narkotyków z własnymi ograniczeniami i ich wpływem na zachowanie.
- Dostarczenie informacji na temat substancji, efektów działania i ryzyka, jakie wiąże się z jej używaniem.
- Zmotywowanie do zmiany postaw i zachowania.
- Umożliwienie podejmowania decyzji na podstawie samooceny i oceny ryzyka.
- Informowanie na temat możliwych form pomocy.
- Zachęcenie użytkownika narkotyków do zastanowienia nad kwestią używania substancji.

Informacja o ofercie

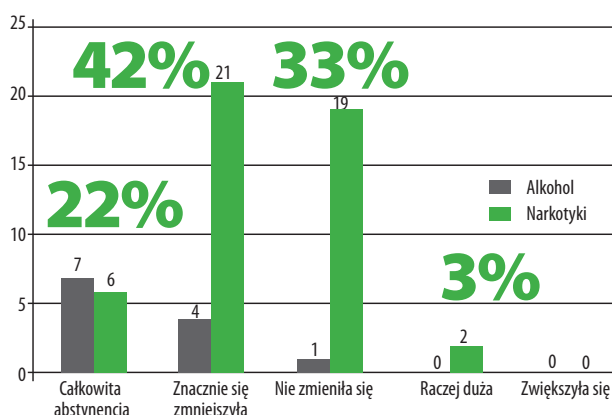
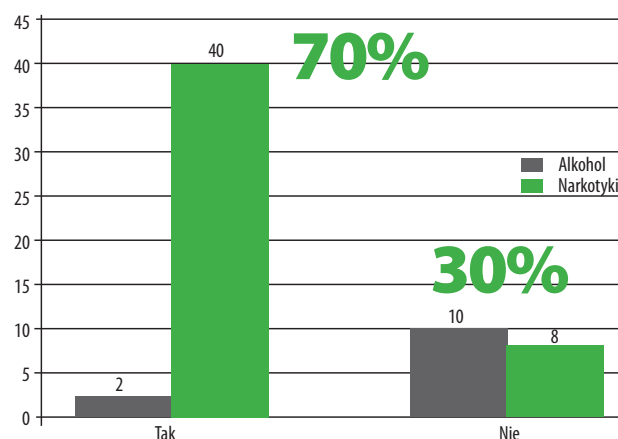
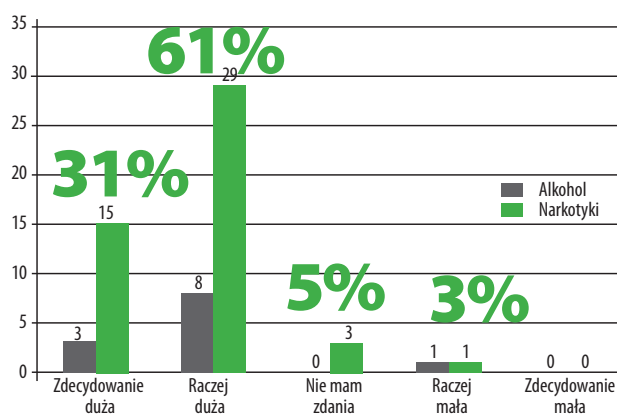
Przekazywana jest przez pedagogów szkolnych, psychologów, policję, prokuraturę, sądy, kuratorów itp. w formie ujednoliconej, zawierającej treść oferty i możliwości nawiązania kontaktu z osobą prowadzącą program. Ulotkę przekazuje się osobie w sytuacji, gdy jest ona odnotowana przez szkołę, policję lub inny organ po raz pierwszy.

Rozmowa indywidualna z terapeutą

Odbywa się w poradni uzależnień. Rozmowa ma na celu przedstawienie oferty pomocy, omówienie sytuacji osoby zgłaszającej i zmotywowanie jej do wzięcia udziału w programie. Dokonywana jest diagnoza pod kątem stopnia uzależnienia oraz zaburzeń psychicznych, które mogą uniemożliwiać udział danej osoby w programie.

Krótką interwencja

Ma kształt 8-godzinnego cyklu zajęć. Poszczególne moduły szkoleniowe są metodycznie i dydaktycznie przygotowywane przez specjalistów i merytorycznie ukierunkowane na takie tematy, jak: sytuacja prawna, wiedza o narkotykach, zdrowie, zachowania społeczne i system pomocy. W ramach zajęć przewidywane jest również korzystanie z wykładów z zewnątrz (np. prawnicy, lekarze). Uczestnicy kursu otrzymują na własną prośbę zaświadczenie o wzięciu w nim udziału. Kurs jest pomyślany jako oferta dla grupy, po to, aby jego uczestnicy mogli nawiązać ze sobą kontakt, wspierać się i wzajemnie konstruktywnie motywować.

Wykres 1. W jaki sposób można określić częstotliwość używania środków psychoaktywnych po co najmniej roku od ukończenia programu (%)**Wykres 2. Deklaracja o skorzystaniu z innych form pomocy psychologicznej i terapii (%)****Wykres 3. Jak duża zmiana zaszła w twoim życiu po roku od ukończenia programu? (%)**

Program „Fred...” opiera się na współpracy wielu podmiotów (policja, szkoła, sąd, prokuratura, kuratorzy, służba zdrowia, rodzice i opiekunowie) **w celu dotarcia do młodych użytkowników narkotyków**, w szczególności tych z ryzykownymi wzorami używania. **Fakt ten w istocie może zadecydować o sukcesie lub porażce projektu.** Nawiązując do refleksji zawartych w punkcie 1 (systemowość i stabilność działań), warto powiedzieć, że w przypadku Towarzystwa MROWISKO nawiązywanie przyjaznych i konstruktywnych relacji z policją, Strażą Miejską oraz szkołami trwało kilkanaście lat. Mimo to proces wdrażania programu trwał blisko dwa lata.

Ocena skuteczności programu na podstawie ewaluacji etapu pilotażowego²⁰

Zdecydowana większość uczestników zadeklarowała, że dzięki udziałowi w programie:

- znacznie **zwiększyła się ich wiedza** na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych,
- **zmianie uległy ich przekonania** na temat używania przez nich narkotyków i alkoholu.

Większość zadeklarowała, iż **zamierza ograniczyć** (71%) używanie narkotyków, **50% uczestników zadeklarowało, że całkowicie zaprzestanie ich używania.**

Najniższy odsetek (28%) zadeklarował całkowitą abstynencję od alkoholu. Trudno jednak oczekiwać od nastolatka, aby stwierdził, że już nigdy w życiu się nie napije.

Przytoczone częściowe wyniki raportu ewaluacyjnego wyraźnie wskazują na zmiany, jakie zaszły zarówno w postawie i wiedzy, jak i w zachowaniu młodych uczestników programu „Fred goes net”.

Ważnym efektem programu jest decyzja dużej części uczestników o skorzystaniu z innych form pomocy

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY PRACY ULICZNEJ I KAMPANIE ADRESOWANE DO MŁODZIEŻY – „KONTAKT BUS”, „STREET BUS”, „ZAŻYJ WOLNOŚCI”, „MŁODOŚĆ BEZ PROCENTÓW”

Prawdopodobnie w każdym kraju istnieją porzekadła mówiące o tym, że dzieci uczą się głównie przez naśladowanie dorosłych, a to, czego doświadczą w dzieciństwie, często zostaje z nimi na całe dorosłe życie: „Czego Jaś się nie nauczy, tego Jan nie będzie umiał”, „Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”.

Stąd niezwykle ważne jest, by w otoczeniu dzieci i młodzieży znaleźli się młodzi, atrakcyjni dorośli, promujący swoją postawą wartości, o których mówi się, że są czynnikami chroniącymi: otwartość, tolerancja, wytrwałość, wolność od uzależnień, ciekawość świata, cierpliwość, dobre relacje z innymi i wiele innych. W przypadku działań Towarzystwa MROWISKO programy pracy ulicznej „Street Bus” i „Kontakt Bus” to propozycje dla dzieci, w których realizatorami są atrakcyjni młodzi liderzy, dzielący się swymi pasjami i doświadczeniami.

Warto wspomnieć o dwóch „mentorskich” kampaniach Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień – „Młodość bez procentów” i „Zażyj wolności” – również z użyciem przystosowanego busa.

PODSUMOWANIE

Podsumowując ten krótki przegląd wybranych projektów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, warto sformułować kilka rekomendacji. Skuteczne programy profilaktyczne powinny:

1. Odnosić się do konkretnych problemów, opisanych na podstawie rzetelnej diagnozy.
2. W miarę możliwości brać pod uwagę europejskie standardy i system rekomendacji.
3. Być spójnym elementem w szerszym systemie oddziaływań (lokalnych, regionalnych i krajowych).

Najważniejsza rekomendacja dotyczy doboru i wyszkolenia realizatorów. To oni bowiem wypełnią treścią ramy programu. Od ich profesjonalizmu i zaangażowania zależeć będzie końcowy efekt prowadzonych działań. Warto o tym pamiętać, nie tylko podczas rekrutacji i szkolenia, lecz także później. Dbając o ich rozwój, organizując szkolenia i superwizję, zapewniając dobre warunki pracy, godziwe wynagrodzenie i satysfakcję zawodową, przyczyniamy się do tego, że realizowane programy będą mieć pozytywne rezultaty.

²⁰ Informacje o ocenie skuteczności programu znajdują się na stronie: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/ocena-skuteczności-programu-fred-goes-net/>

CZĘŚĆ 4

PRZYKŁADY FORM POMOCY
OSOBOM ZAGROŻONYM
UZALEŻNIENIAMI
OD SUBSTANCJI
PSYCHOAKTYWNYCH

DIALOG MOTYWUJĄCY

Bogusława Bukowska

Dialog motywujący jest skoncentrowany na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta do zmiany zachowania. Pierwotnie został opracowany w celu zmiany zachowań osób nadużywających alkoholu. Obecnie jest wykorzystywany w motywowaniu do zmiany w odniesieniu do wielu problemów, takich jak palenie tytoniu, hazard, zaburzenia odżywiania czy wreszcie nadużywanie substancji psychoaktywnych. Dialog motywujący może być stosowany w ramach profilaktyki selektywnej i indykatywnej oraz na etapie terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Podejście to wykorzystywane jest także wobec klientów z innymi chronicznymi problemami zdrowotnymi, w których ważne jest systematyczne stosowanie się do zaleceń lekarskich i zmiana nawyków np. żywieniowych (m.in. w cukrzycy). Może stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych programach zarówno profilaktycznych, jak i terapeutycznych.

WPROWADZENIE

Metoda dialogu motywującego (*ang. motivational interviewing*) wniosła nowe treści w dyskurs o leczeniu osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz przyczyniła się do zmiany stylu pracy z osobami zgłaszającymi się do placówek leczenia uzależnień. Autorzy koncepcji W. Miller i S. Rollnick rozwinęli swoje podejście na bazie doświadczeń z osobami nadużywającymi alkoholu. W odróżnieniu od dominującej w latach 80. zeszłego stulecia praktyki klinicznej, wykorzystującej w znacznym stopniu techniki oparte na konfrontacyjnym podejściu, dialog motywujący odwoływał się do stylu komunikowania, który unikał konfrontacji, a skupiał się na ułatwieniu klientowi rozwiązania ambiwalentnego stosunku do zmiany zachowania. Ambiwalencję wobec zmiany potraktowano jako naturalny stan towarzyszący każdej osobie rozważającej wprowadzenie zmian w swoim życiu, nie zaś jako symptom patologii wynikającej z istniejącego zaburzenia czy przejaw działania mechanizmów obronnych. Zgodnie z przekonaniem twórców koncepcji motywacja nie może zostać „zainstalowana” przez kogokolwiek, ale może zostać tylko „wywołana” u klienta. W dialogu motywującym ważny jest klimat rozmowy, który obejmuje empatyczną, pełną zrozumienia i szacunku postawę terapeuty dla decyzji klienta. Interesujące jest, że cel dialogu motywującego może zostać osiągnięty w przypadku większości klientów w ciągu 1-2 sesji, z których każda trwa około 50 minut. W ciągu niemal 30 lat dialog motywujący stanowił inspirację dla rozwoju kilku metod, które znalazły trwałe miejsce w terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub borykających się z innymi problemami.

Definicja „dialogu motywującego” ewoluowała na przestrzeni 30 lat. Zgodnie z ostatnią zaproponowaną przez autorów pod koniec pierwszej dekady nowego milenium (Miller, Rollnick, 2009 r.): „dialog motywujący jest opartą na współpracy, skoncentrowaną na kliencie formą komunikacji z klientem, ukierunkowaną na wywołanie i wzmocnienie motywacji do zmiany”.

FILOZOFIA DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

Dialog motywujący wyrósł na bazie doświadczeń klinicznych W. Millera z osobami nadużywającymi alkoholu. Nie wywodzi się zatem z żadnej koncepcji teoretycznej. Jak podkreśla autor, w swojej pracy opierał się przede wszystkim na psychologicznej intuicji. W. Miller i S. Rollnick twierdzą, że istota dialogu motywującego wyraża się w określonym podejściu do klienta. Ostrzegali, że terapeuci nadmiernie koncentrujący się na technikach dialogu motywującego, tracą z pola widzenia „ducha” tej metody i w istocie nie są wierni jej założeniom. Filozofia dialogu motywującego wyraża się w co najmniej kilku pryncypiach (Miller, Rollnick, 2009).

Współpraca zamiast konfrontacji

Współpraca wyraża się w partnerskiej relacji, jaka zachodzi między terapeutą a klientem. W relacji tej terapeuta rezygnuje z roli „eksperta”, który lepiej zna potrzeby klienta i narzuca mu swój punkt widzenia w zakresie najlepszych sposobów rozwiązania problemów klienta. Postawa oparta na rozumieniu tego, w jaki sposób klient postrzega sytuację, sprzyja budowaniu relacji opartej na szacunku i zaufaniu. Zamiast konfrontacji i narzucania klientowi „eksperskiej” opinii, terapeuta koncentruje się na rozumieniu sposobu, w jaki klient interpretuje i ocenia rzeczywistość.

Wywoływanie motywacji zamiast „narzucania” jej

Terapeuta pracujący w „duchu dialogu motywującego, powinien ułatwić klientowi zidentyfikowanie i wypowiedzenie jego własnych myśli na temat powodów, dla których chce dokonać zmiany zachowania. Bez względu na to, jak bardzo terapeuta jest przekonany, że zna argumenty za zmianą zachowania klienta oraz posiada wiedzę na temat różnych „opcji”, w jaki sposób można osiągnąć tę zmianę, powinien powstrzymać się od informowania czy przekonywania klienta do swojej argumentacji. Zmiana zachowania może być trwała wyłącznie wówczas, jeśli to klient wydobędzie z siebie i sformułuje argumenty za zmianą. Zgodnie z założeniami dialogu motywującego bezpośrednie przekonywanie klienta do zmiany zachowania czy przyjęcie konfrontacyjnego stylu komunikowania się częściej wzmaga jego opór przed zmianą, niż motywuje do podjęcia decyzji o zmianie. Inne ryzyko związane ze zbyt bezpośrednim przekonywaniem klienta do zmiany może wiązać się z podjęciem przez niego pozornej decyzji, w chwili, gdy nie jest on jeszcze w pełni do niej przygotowany. Poglądy Millera i Rollnicka na temat procesu zmiany zachowania konwenują z założeniami koncepcji Wielowymiarowego Modelu Etapów Zmiany według Prochaski i DiClemente (1982). Zarówno w jednym, jak i w drugim podejściu motywacja do zmiany zachowania postrzegana jest jako dynamiczny proces, na którego przebieg ma wpływ wiele czynników, w tym interakcja pomiędzy klientem a terapeutą.

Autonomia zamiast autorytetu

W dialogu motywującym terapeuta szanuje prawo klienta do podejmowania autonomicznych decyzji w zakresie dalszych zachowań, w tym w kontekście używania substancji psychoaktywnych, także wówczas, jeśli decyzje te są niezgodne z oczekiwaniami czy celami terapeuty. Terapeuta powinien wówczas zadbać o to, aby zostawić „otwarte drzwi” dla ewentualnych dalszych spotkań z klientem. Autorzy zwracają uwagę na błędne przekonanie, które formułuje wielu terapeutów, wyrażające się w stwierdzeniu, że skoro klient nie podjął decyzji o zmianie zachowania, to oznacza, że interwencja się nie powiodła. W istocie każda rozmowa z terapeutą może stanowić kolejny, niezbędny krok w procesie budowania motywacji do zmiany. Do zadań terapeuty dialogu motywującego należy także wzmocnienie przekonania klienta, że nie ma jednej „prawdziwej drogi” wprowadzenia zmiany, lecz jest ich wiele. Od autonomicznych decyzji klienta zależy, jak ją zdefiniuje i którą z nich wybierze.

GŁÓWNE ZASADY DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

Wyrażanie empatii

Terapeuta stosujący dialog motywujący, posiada umiejętność wyrażania empatii w kontakcie z klientem. Empatia rozumiana jest jako zdolność terapeuty do widzenia świata w taki sposób, jak widzi go klient, myślenia w taki sposób, jak czyni to klient oraz odczuwania rzeczy tak, jak odczuwa je klient. Empatyczny terapeuta posiada umiejętność komunikowania klientowi poprzez swoje zachowanie, że współodczuwa i rozumie jego

przekaz. Empatyczny terapeuta nie powinien oceniać i interpretować zachowania czy wypowiedzi klienta, ale dążyć do zrozumienia jego uczuć, myśli i wypowiedzi w takiej formie, w jakiej istnieją one dla klienta, bez tendencji do diagnozy, klasyfikowania czy wywierania presji. W dialogu motywującym szczególną umiejętnością terapeuty, bezpośrednio związaną z empatią, pozostaje umiejętność odzwierciedlania. Polega ona na formułowaniu własnymi słowami tego, co wyraził klient.

Znaczenie, jakie przypisuje się w dialogu motywującym empatii i akceptującej postawie terapeuty przypomina założenia psychoterapii C. Rogersa. Autorzy dialogu motywującego potwierdzają, że koncepcja Rogersa stanowiła fundament, na którym rozwinęli oni swoją koncepcję. Zwracają także uwagę na subtelne, ale istotne różnice w obydwu podejściach. Podobnie jak w koncepcji Rogersa, dialog motywujący jest podejściem skoncentrowanym na kliencie. Jednak dialog motywujący ma charakter dyrektywny i jest ukierunkowany na cel, którym jest świadome kierowanie klienta w kierunku zmiany zachowania. Terapeuta pełni ważną rolę w osiągnięciu tego celu poprzez uważne słuchanie tego, co mówi klient, selektywne reagowanie na wypowiedzi klienta, wzmacniając argumenty za zmianą i osłabiając argumenty sprzyjające utrzymaniu przez klienta *status quo*.

Wzmacnianie poczucia skuteczności własnych działań

W dialogu motywacyjnym ważnym aspektem komunikowania się z klientem pozostaje wzmacnianie poczucia skuteczności własnych działań. Rolą terapeuty jest wzbudzanie nadziei, że zmiana jest możliwa do osiągnięcia. Budując poczucie własnej skuteczności i pobudzając nadzieje klienta, terapeuta powinien odwoływać się do jego zasobów, analizować wspólnie z klientem jego wcześniejsze sukcesy, zwracać uwagę na te okoliczności i te mocne strony, które były pomocne w osiągnięciu pozytywnych rezultatów działania przez klienta w przeszłości. Warto zwrócić uwagę, że w dialogu motywującym nie przewiduje się uczenia klienta nowych umiejętności przydatnych w rozwiązywaniu problemów, np. uczenia się odmawiania używania substancji psychoaktywnych czy podejmowania decyzji, co stanowi zasadniczy element podejścia behawioralno-poznawczego, w znacznym stopniu nawiązującego do psychologii uczenia się (A. Bandura). Zgodnie z filozofią dialogu motywującego celem jest uświadomienie klientowi jego zasobów, nie zaś wyposażanie go w nowe umiejętności. Terapeuta, stosujący się do założeń dialogu motywującego, wzmacniając poczucie skuteczności klienta, może komunikować się z klientem w następujący sposób:

- *Zatem udało ci się ograniczyć ilość wypijanego alkoholu i przypadki upicia. Świetnie. Skoro potrafiłeś to osiągnąć, może równie skutecznie poradzisz sobie z „ziołem”.*
- *Skoro już raz rzuciłeś kokainę, to może i teraz się to udać. Zastanówmy się, co wtedy było pomocne w rzuceniu i utrzymaniu abstynencji?*

Unikanie udowadniania i podążanie za oporem

Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych demonstrują zachowania, które przez wielu terapeutów interpretowane są w kategoriach mechanizmów obronnych, takie jak: zaprzeczenie, minimalizacja, racjonalizacja. „Rozbicie” powyższych mechanizmów stanowi jeden z istotnych celów terapii w wielu modelach leczenia uzależnień. Terapeuta wykorzystujący dialog motywujący, stosuje zgoła inne podejście, wynikające z odmiennej interpretacji zachowań klienta. Uważa się, że powyższe reakcje świadczą o ambiwalencji klienta wobec zmiany, która jest stanem naturalnym. Zadaniem terapeuty nie powinno być wymyślanie kolejnych „inteligentnych” kontrargumentów przemawiających za zmianą zachowania, ale rozwijanie rozbieżności, tzn. pomaganie klientowi w dostrzeżeniu różnicy pomiędzy sytuacją, w której klient obecnie się znajduje, a sytuacją, w której chciałby się znaleźć. Unika się także jakiegokolwiek etykietowania klienta. Nie oczekuje się od niego, że zidentyfikuje się z osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych i przyjmie tożsamość „alkoholika” czy „narkomana”. W dialogu motywującym uważa się, że tego typu podejście nie sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej opartej na szacunku i autonomii, a świadczy o autorytarnym stosunku terapeuty wobec klienta. Terapeuta w sytuacji tzw. oporu może komunikować się z klientem w przykładowy sposób:

Pacjent: *Jestem tu ze względu na wyrok sądowy. Moim zdaniem zapalenie kilku jointów to jeszcze żaden problem. To sąd ma problem, nie ja.*

Terapeuta: *Twoją obecność tutaj wymusił sąd. Nie chcesz, aby ktokolwiek mówił ci, jaki jest twój problem. Czasami dzięki uczestnictwu w tym programie można dowiedzieć się więcej, by móc samodzielnie zdecydować, czy palenie „trawki” stanowi problem.*

„Rozwijanie” rozbieżności

Osoby problemowo używające substancji psychoaktywnych prezentują ambiwalentny stosunek do zmiany zachowania. Ambivalencja wobec zmiany wyraża się w dwóch przeciwstawnych dążeniach klienta. Z jednej strony chce on zrezygnować np. z używania substancji psychoaktywnych, ponieważ doświadcza z tego powodu wielu problemów, ale z drugiej strony pragnie utrzymać dotychczasowy sposób ich używania, ponieważ ocenia, że poprzez takie zachowania jest np. bardziej atrakcyjny towarzysz czy zawodowo. „Rozwijanie” rozbieżności pomiędzy sytuacją (stanem), w której klient obecnie się znajduje, a sytuacją (stanem), w której chciałby się znaleźć, stanowi jedną z głównych zasad dialogu motywującego.

Terapeuta dialogu motywującego powinien posiadać umiejętności zarówno odzwierciedlania, jak i właściwego reagowania na argumenty za zmianą i przeciw zmianie wyrażane przez klienta. Terapeuta wzmacnia siłę wyrażanej przez klienta motywacji do zmiany poprzez to, że wie, które z wypowiedzi odzwierciedlać, które pomijać, w jaki sposób pytać o więcej informacji oraz które z nich zawierać w podsumowaniu. Stosując świadomie powyższe umiejętności, terapeuta może pomóc klientowi wyjść ze stanu *status quo* i wzmocnić jego osobistą motywację do zmiany. Zgodnie z podejściem dialogu motywującego motywacja do zmiany rozwija się wówczas, kiedy ludzie uświadamiają sobie rozbieżność pomiędzy sytuacją, w której się znajdują, a sytuacją, w której chcieliby być. Zachowania klienta interpretowane w innych podejściach jako „oporujące”, rozpatrywane są w kategorii sygnału, że terapeuta stosuje niewłaściwe i nieadekwatne do etapu gotowości klienta do zmiany sposoby komunikowania się z nim. W takiej sytuacji terapeuta powinien zmodyfikować strategię rozmowy z klientem. W wywiadzie motywującym „opór” nie jest problemem klienta, lecz terapeuty. Terapeuta, pomagając klientowi rozwinąć pogłębioną refleksję nad rozbieżnością motywów, może komunikować się w przykładowy sposób:

- *Chciałbyś znaleźć wreszcie pracę jako kierowca, ale równocześnie boisz się, że nie przejdiesz pozytywnie testu na obecność narkotyków.*
- *Z jednej strony nie chcesz zrezygnować z przyjemności, którą daje ci branie i „paczka” kolegów, a z drugiej chciałbyś uniknąć kłótni z rodzicami?*
- *Oczekujesz od życia zmiany na lepsze. Myślisz sobie, że jeśli rzucisz „branie”, twoje życie się poprawi. Czy o to chodzi?*

UMIĘTNOŚCI NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

Zachowaniu filozofii dialogu motywującego sprzyja stosowanie przez terapeutów określonych umiejętności. Najważniejsze z nich to: zadawanie otwartych pytań (*ang. Open ended questions*), dowartościowanie (*ang. Affirmations*), odzwierciedlanie (*ang. Reflections*) i podsumowania (*ang. Summaries*). Umiejętności te w skrócie noszą nazwę OARS.

Pytania otwarte

Pytania otwarte w odróżnieniu od pytań zamkniętych skłaniają klienta do głębszej refleksji i szerszego spojrzenia na dany problem. Zamiast zadać pytanie zamknięte: *Czy próbowałeś zająć się tym problemem*, lepiej spytać: *Jakie działania podejmowałeś, aby rozwiązać ten problem*. W ten sposób niejako zapraszamy klienta do pogłębionej refleksji na temat dotychczasowego doświadczenia w radzeniu sobie z określoną sytuacją. Pytania otwarte nie tylko skłaniają klienta do pogłębionej refleksji, ale także ułatwiają terapeutę spojrzenie na daną kwestię z perspektywy klienta.

Dowartościowania

Dowartościowania to zdania, które rozpoznają i podkreślają mocne strony klienta. Stanowią one kluczowy element budowania wiary klienta w to, że posiada odpowiednie zasoby, aby dokonać zmiany w swoim życiu (*ang. self-efficacy*). Dowartościowania, aby były skuteczne, powinny być spójne z doświadczeniem klienta. Często wymagają przeformułowania zachowań czy myśli klienta. Przekonanie klienta, że niedawna, zakończona złamaniem abstynencji próba wdrożenia zmiany zachowania oznacza porażkę i brak jakichkolwiek umiejętności po jego stronie, można spróbować przeformułować, wykorzystując zdanie dowartościujące wysiłki i za-

soby klienta, np. *Udało ci się nie sięgnąć po substancje przez okres kilku tygodni, to twój duży sukces, to najdłuższy czas twojej dotychczasowej abstynencji, co zawdzięczasz swoim wysiłkom i umiejętnościom.*

Odzwierciedlanie

Odzwierciedlanie czy refleksyjne słuchanie pozostaje najważniejszą umiejętnością terapeuty pracującego w duchu dialogu motywującego co najmniej z dwóch powodów. Stosując odzwierciedlenia, terapeuta może wyrażać empatię wobec klienta, który widzi, że jest słuchany ze zrozumieniem, a terapeuta widzi problem w taki sposób, jak postrzega go klient. Po drugie, świadomie stosowana technika odzwierciedlania pomaga terapeutce przeprowadzać interwencje tak, aby osiągnąć określony cel, jakim jest zmiana zachowania klienta. Technika odzwierciedlania obejmuje kilka poziomów, o różnym stopniu złożoności. Ogólna reguła jest jednak taka, że terapeuta powinien odzwierciedlać w szczególności te argumenty, które świadczą o negatywnych konsekwencjach utrzymania obecnego stanu oraz tych, które są za zmianą zachowania.

Podsumowania

Podsumowanie to specjalna forma odzwierciedlenia, w którym terapeuta zbiera wszystkie lub tylko część motywów i uczuć, które pojawiły się w rozmowie. W podsumowaniu można pokazać dwie strony ambiwalencji klienta do zmiany, wzmocnić argumenty przemawiające za „zmianą” oraz osłabić te, które „nie pracują” na rzecz zmiany. W umiejętnie sformułowanym podsumowaniu terapeuta wyraża także empatyczne zrozumienie dla wartości, norm i zachowania klienta.

MODYFKACJE DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

Od chwili zaprezentowania w 1985 roku koncepcji dialogu motywującego, metoda ta stanowiła inspirację dla rozwoju kilku innych metod pracy z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych, chronicznie chorych lub pragnących zmienić swój styl życia na bardziej prozdrowotny. Niektóre z tych modyfikacji na trwałe wpisały się w kontekst praktyki klinicznej. Jedną z nich jest metoda oceny picia (*Drinker's check up*), która polega na dokonaniu wszechstronnej oceny sposobu picia i zachowań związanych z piciem alkoholu przez klienta i porównaniu wyniku do pewnego normatywnego wzorca. Filozofia dialogu motywującego stanowi kontekst, w którym powyższa ocena jest dokonywana i przedstawiana klientowi. Jednak, jak zauważa Miller i Rollnick, skuteczny dialog motywujący można przeprowadzić bez oceny sposobu picia przez klienta, nie jest to bowiem element konieczny dla dialogu motywującego.

Kolejna znana modyfikacja to koncepcja „wzmacniania motywacji do zmiany” (*motivational enhancement therapy – MET*), która została rozwinięta przez Millera (1993) na potrzeby projektu MATCH (1997), a potem znalazła trwałe miejsce w ofercie dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona 4 sesje interwencji (a nie jak dialog motywujący 1 do 2 sesji). Sesje prowadzone w 6 i 12 tygodniu terapii mają na celu pogłębienie, zintensyfikowanie i utrwalenie zmiany zachowań. Całość interwencji prowadzona jest zgodnie z filozofią i podstawowymi zasadami dialogu motywującego.

Inną techniką wywodzącą się z dialogu motywującego i często z nią myloną jest krótka interwencja. Jest ona adresowana m.in. do osób nadużywających substancji psychoaktywnych, które zgłaszają się do placówek służby zdrowia z innych powodów niż szukanie pomocy w związku z używaniem substancji psychoaktywnych (np. z powodu złamań, wypadków, które często są konsekwencją używania substancji psychoaktywnych). Krótka interwencja prowadzona jest w zgodzie z następującymi podstawowymi zasadami: udzielenie informacji zwrotnych (*Feedback*), odpowiedzialność za zmianę leży po stronie klienta (*Responsibility*), dawanie rad poprzez prezentowanie wachlarza opcji do wyboru przez klienta (*Advice*), strategie (*Menu of strategies*), empatyczny styl doradztwa (*Empathy*), wzmacnianie poczucia własnej skuteczności (*Self-efficacy*). Powyższe zasady często określa się w skrócie jako **FRAMES**. Krótka interwencja nawiązuje do pewnych zasad dialogu motywującego, ale w innych aspektach zaznaczają się zasadnicze różnice. W dialogu motywującym unika się dawania informacji zwrotnych w zakresie sposobu używania substancji przez klienta oraz udzielania rad klientowi w kwestii spektrum możliwych rozwiązań jego problemu (Rollnick, Miller, 1995).

NIEPOROZUMIENIA W POSTRZEGANIU DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

W okresie wielu lat, gdy dialog motywujący wdrażany był do praktyki klinicznej, narosło wokół niego także kilka nieporozumień. Autorzy koncepcji dbając o właściwe zrozumienie swojego podejścia, poświęcili co najmniej kilka publikacji temu, aby wyjaśnić, czym w istocie jest dialog motywujący, a czym nie jest (Miller, Rollnick, 2009). Podkreślają oni m.in., że dialog motywujący nie wywodzi się z Transteoretycznego Modelu Zmiany Zachowania opracowanego przez Prochaskę i DiClemente. Jedno i drugie podejście było zaprezentowane w 1984 roku podczas dużej konferencji na temat uzależnień w USA. Obydwa zaprezentowały nowatorskie podejście do zjawiska motywacji i procesu zmiany zachowania. Innowacyjność tych podejść polegała na odmiennym niż w modelu 12 Kroków AA czy koncepcji Minnesota rozumieniu, w jaki sposób buduje się motywacja klienta do zmiany zachowania. Konfrontacyjnym metodom pracy przeciwstawiono modele oparte na partnerstwie i poszanowaniu autonomii wyborów klienta. Te dwa modele uzupełniają się i pasują w aspekcie pierwotnej filozofii, ale żaden z nich nie stanowił inspiracji czy punktu wyjścia do opracowania drugiego. Po prostu zostały opracowane i zaprezentowane równolegle w czasie, kontestując zastane w latach 80. podejście do pracy z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych. Oznacza to m.in., że pracując dialogiem motywującym z klientem, nie musimy przypisywać klienta do określonego etapu zmiany zachowania zgodnego z modelem Prochaski, DiClemente.

Dialog motywujący nie jest także techniką, którą terapeuta może łatwo opanować i szybko osiągnąć pożądane efekty kliniczne. Warunkiem posługiwania się dialogiem motywującym jest internalizacja przez terapeutę filozofii tego podejścia oraz opanowanie złożonych umiejętności, o których już była mowa w tym tekście. Opanowanie wyłącznie umiejętności nie jest wystarczające, by skutecznie posługiwać się dialogiem motywującym. Dopiero zastosowanie tych umiejętności w duchu filozofii dialogu nadaje tym umiejętnościom właściwy sens. W jednym z artykułów autorzy dialogu motywującego porównali tę metodę do płynnej gry na instrumencie. Można ją osiągnąć tylko w wyniku długiego procesu praktykowania pod kierunkiem doświadczonego nauczyciela.

Dialog motywujący nie jest też tym, co wielu terapeutom wydaje się, że robią w swojej codziennej praktyce klinicznej. Taką opinię sformułował Miller i Rollnick, gdy spostrzegli, że terapeuci uzależnień po pierwszym zetknięciu się z dialogiem motywującym mówili, że zawsze robili to, co proponują autorzy tego podejścia: „przecież zawsze motywuję swoich pacjentów”, „zawsze ich uważnie słucham”. W jednym z badań porównywano opinie terapeutów na temat swoich umiejętności w posługiwaniu się tą metodą, a ich rzeczywistą praktyką i okazało się, że występuje między tymi kategoriami duża rozbieżność, polegająca na przecenianiu przez terapeutów swoich umiejętności w zakresie dialogu motywującego.

SKUTECZNOŚĆ DIALOGU MOTYWUJĄCEGO

Skuteczność dialogu motywującego została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu nie tylko do osób problemowo używających alkoholu, ale także innych substancji psychoaktywnych, czy też pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej prozdrowotne (np. zmiana nawyków żywieniowych przez osoby chore na cukrzycę). Widocznym efektem stosowania dialogu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa wskaźników retencji w pierwszym okresie terapii (Carroll, 2006). Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji dialogu motywującego, w szczególności podejście „wzmacniania motywacji do zmiany”, które porównywano z modelem uczenia nowych umiejętności oraz modelem opartym na 12 Krokach AA. Wyniki projektu MATCH potwierdziły skuteczność wszystkich powyższych podejść, nie uprzywilejowując żadnego z nich (Miller, 1995).

Dialog motywujący, choć wniósł nowe spojrzenie na kwestię motywowania klienta do zmiany zachowania, nie stanowi jednak panaceum na wszelkie problemy pojawiające się w terapii osób uzależnionych (Miller i Rollnick, 1995). Co więcej, dialog motywujący nie aspiruje do wszechstronnej metody leczenia obejmującej różne etapy terapii. Jest skoncentrowany wyłącznie na towarzyszeniu klientowi w budowaniu wewnętrznej motywacji do zmiany. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych programach profilaktycznych i terapeutycznych. Może być też wykorzystywany do zmiany nawyków zachowania w jakimkolwiek problemie zdrowotnym. Wymaga od terapeuty uważności, otwartości i głębokiego szacunku dla drugiego człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- Carroll K.M., Ball S.A., Nich C., Martino S., Frankforter T.L., Farentinos C., Kunkel L.E., Mikulich-Gilbertson S.K., Morgenstern J., Obert J.L., Polcin D., Snead N., Woody G.E., „Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study”, *Drug and Alcohol Dependence* 81, 2006.
- Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R., „Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień”, cz. II, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995.
- Miller W.R., „Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji”, PARPA Media, Warszawa 2009.
- Miller W., Rollnick S., „Ten things that Motivational interviewing is Not”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 2009.
- Project MATCH Research Group (1997). Project MACH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671-1698.
- Rollnick S., Miller W., „What is MI?”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 1995.

REDUKCJA SZKÓD

Paweł Siłakowski

Wychodząc od najogólniejszych i bazowych filarów podejścia redukcji szkód, wiemy, że świat bez substancji psychoaktywnych, świat, w którym nie są one używane pozamedycznie – nie istnieje, oraz że każda osoba jest podmiotem i partnerem proponowanych działań. Pierwszym skojarzeniem, które się nasuwa, jest widzenie osoby używającej w centrum naszych działań. W kolejnym kroku możemy tworzyć mapę potrzeb i trudności danej osoby, tj. rozpoznać sytuację życiową – czy jest to osoba bezdomna, czy ma stałe miejsce zamieszkania, czy jest osobą używającą substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy, czy jest osobą uzależnioną, czy ma relacje z bliskimi, czy otrzymuje od nich wsparcie, jakie ma doświadczenia z systemem pomocy. Wszystkie te informacje zbierane są po to, żeby można było stworzyć w porozumieniu z osobą używającą indywidualny sposób oddziaływania. Redukcja szkód zakłada, że sukces przychodzi małymi krokami i nie ma jednej dobrej strategii. Można powiedzieć, że w idealnym rozkładzie na końcu kroków jest abstynencja, aczkolwiek sama w sobie nie jest ona wymagana. Niemniej poszczególne zmiany w funkcjonowaniu użytkownika mogą do abstynencji zbliżyć lub pomóc ją osiągnąć. Dobrym wydawałoby się pytanie: co w takim razie jest szczególne w tym podejściu, co odróżnia je od oferowanej na co dzień pomocy? Pierwszym wyznacznikiem, w zależności od tego, do kogo skierowany jest program, może być wyjście na ulicę i dotarcie do osób, które nie zgłaszają się do instytucji – o tym więcej dowiecie się państwo w rozdziale „Outreach – Streetworking, Partyworking, Networking/Webworking”.

Koncentrując się teraz na gabinetach prywatnych czy poradniach NZOZ-owskich, postaram się przybliżyć wykorzystywane strategie. Kiedy rozmawiamy z użytkownikiem i pracujemy z nim metodą redukcji szkód, skupiamy się na zebraniu konkretnego, szczegółowego wywiadu wstępnego, zawierającego dokładne informacje odnoszące się do używania od jego początków do dnia dzisiejszego, zbieramy wywiad organizujący się wokół sytuacji życiowej – bieżącej i tej od jak najwcześniejszych lat. Następnie przechodzimy do omówienia, co na ten moment jest celem. Razem z pacjentem umawiamy się na realny cel i zaczynamy go realizować. Redukcja szkód bazuje na rzetelnej edukacji dotyczącej substancji psychoaktywnych, sposobów ich działania oraz dróg przyjmowania substancji, uwzględniając także inne ryzykowne zachowania, które mogą się wiązać z używaniem substancji psychoaktywnych. Szczególnie są to ryzykowne zachowania seksualne, ryzykowne zachowania społeczno-prawne. Jest to ważne, ponieważ od początku mamy do czynienia z wieloma aspektami zmian na poziomie zdrowotnym, społecznym i psychologicznym. Od początku opieramy się na sposobie używania substancji i szukamy źródeł tego używania w sytuacji życiowej pacjenta. Zastanawiamy się, co o nim mówi sposób używania, jakie konflikty w sobie zawiera i jaki jest stosunek do substancji. Jako stosunek do substancji rozumiem to, jaką rolę w jego/jej życiu pełni substancja, co jest przy jej pomocy osiągnięte, co hamuje rozwój i jaka sytuacja czy trauma z życia pacjenta powtarza się poprzez używanie. Wspólne badanie z pacjentem tych zależności może wzmocnić jego/jej w chęci ograniczania używania substancji, a interpretowanie konfliktu może pomagać pacjentowi szukać nowego wyjścia z trudnej sytuacji, może wspierać jego/jej rozwój. Szuka-

jąc motywacji do zmian, coraz częściej stosuje się tzw. dialog motywujący, który bazuje na wewnętrznych zasobach pacjenta. Funkcją terapeuty jest rozpoznanie zasobu, wspieranie go, pokazywanie pacjentowi jego potrzeb, chęci, dążeń oraz wzmacnianie zmian. Dzięki temu pacjent może czuć większe sprawstwo w realizacji stawianych sobie celów.

Innymi wykorzystywanymi narzędziami jest cała pula oddziaływań zawierających się w podejściu poznawczo-behawioralnym, opartych na rozpoznaniu ciągu bodziec – reakcja i pomagającym ograniczać objaw, poprzez zmianę zachowania. Ciekawym narzędziem jest prowadzenie dzienniczków używania substancji psychoaktywnych, tzn. pacjent obserwuje swoje używanie przez np. dwa tygodnie. Pozwala mu to rozpoznawać, w jakich sytuacjach sięga po substancje psychoaktywne, jakich ich ilości używa i jaki jest sposób przyjmowania. Zapisy te można rozbudować o obserwację stanu emocjonalnego, nastroju przed użyciem. Po czasie obserwacji razem z pacjentem można rozpoznać tło emocjonalne używania, schematy dzienne i na podstawie tych danych określić cel, jaki pacjent chciałby osiągnąć. Obserwacje są kontynuowane, a pacjent zapisuje to, co mu się udało w kontekście zmiany, a także to, co było trudne, czy nie zostało w pełni zrealizowane. Pozwala to z jednej strony unaocznic pacjentowi jego starania i zmiany, a z drugiej wskazać obszary pozostające do dalszej pracy. Sytuacje te mogą być momentami kończącymi dalszą pracę, tzn. na każdym etapie pracy i po każdym etapie (realizacji zamierzonego celu) pacjent może zaprzestać dalszej pracy, uznać, że realizacji konkretnych kroków są wystarczające, że poprawiły sposób funkcjonowania i sytuację życiową. Nie jest to jedyne wyjście, każdy kolejny krok może zbliżać do chęci postawienia następnych, do większej ciekawości siebie i większej motywacji do pracy nad sobą. Jak można się domyślać, każdy kolejny krok jest zapowiedzią głębszej pracy nad sobą pacjenta. Z pracą tą związane jest większe zaangażowanie emocjonalne, a co za tym idzie mogą pojawiać się momenty, kiedy pacjent, żeby poradzić sobie z emocjami, frustracją, będzie ponownie sięgał do znanych sobie rozwiązań z przeszłości i można powiedzieć, że w danym momencie wrócić mogą zachowania, które do tego momentu zostały ograniczone lub wyhamowane. W pracy z osobami uzależnionymi można się spotkać z pojęciem „nawrotu”, który zawiera w sobie właśnie te sytuacje, o których napisałem. To, co istotne w takiej sytuacji, to towarzyszenie pacjentowi w jego trudnościach, wytrzymywanie ich i włączanie w pracę pary terapeuta – pacjent.

To, co staram się przybliżyć jako najistotniejsze w podejściu nazywanym redukcją szkód w kontekście terapii, to fakt dużej elastyczności terapeuty, umiejętność dostosowywania narzędzi do indywidualnych potrzeb pacjenta, integrowanie różnych podejść, mające na celu adekwatne wsłuchanie się w konkretnego pacjenta.

Z nie do końca jasnych powodów można się spotkać z zestawieniem redukcji szkód z formami pomocy opartymi na abstynencji jako opozycyjnymi wobec siebie. Redukcja szkód może prowadzić do abstynencji, a jedyną różnicą jest to, że działania są prowadzone bez wymagania abstynencji w trakcie ich trwania. Abstynencja może być, lecz nie musi, efektem wprowadzanych przez użytkownika zmian i realizowanych celów. To, co staram się podkreślić, to fakt, że terapeuta/osoba pomagająca jest partnerem zmian, partnerem wymiany z użytkownikiem. Terapeuta/osoba pomagająca nie ma funkcji nadrzędnej, nie posiada jedyne słusznego zdania na temat tego, jakie kroki powinien podjąć użytkownik; nie jest też kimś, kto ma rozliczać z powodzeń lub niepowodzeń. Podejście to zawiera w sobie szacunek dla użytkownika i siebie na każdym etapie prowadzonych oddziaływań.

OUTREACH – STREETWORKING, PARTYWORKING, NETWORKING/WEBWORKING

Paweł Siłakowski

Outreach jest ściśle związany z podejściem redukcji szkód. Pojęcie to oznacza po prostu wyjście z instytucji i prowadzenie oddziaływań poza nią, w miejscach przebywania osób używających substancji psychoaktywnych. I tak możemy wyróżnić pracę w miejskich przestrzeniach przebywania osób uzależnionych, tj. ulice, dworce, parki, centra handlowe, pustostany; pracę w klubach, pubach, dyskotekach, imprezach masowych; czy pracę wykorzystującą przestrzeń internetową – fora tematyczne, czaty, komunikatory internetowe. Wyjście do odbiorcy ma pomóc odpowiednio zdiagnozować zapotrzebowanie danego środowiska oraz nawiązać kontakt, który jest bezcenny podczas oferowania strategii pomocowej. Filarem czy bazą każdej pracy outreach jest prowadzenie tzw. *drop-in portu*, czy przekładając to na język polski – punktu dziennego pobytu. Miejsce takie jest otwarte codziennie, jego personelem są streetworkerzy. Punkty takie, oprócz oferowania ciepłego, bezpiecznego miejsca do spędzenia czasu w ciągu dnia, oferują: zaplecze żywieniowe – dostęp do kuchni, w miarę możliwości produktów żywnościowych; zaplecze higieniczne – łazienka, prysznic; jest stacjonarnym punktem wymiany igieł/strzykawek, wody do iniekcji, opatrunków, staz itd.; prowadzi pokoje bezpieczniejszej iniekcji. Ideą takich pokoi jest możliwość kontrolowania warunków podawania substancji przez użytkownika, przeciwdziałanie przedawkowaniom, edukowanie dotyczące bezpieczniejszych form przyjmowania substancji. Obsługujący drop-in port streetworkerzy oprócz wiedzy na temat substancji, minimalizowania szkód ich przyjmowania, powinni być przeszkoleni w udzielaniu pierwszej pomocy przedmedycznej na wypadek potrzeby przeciwdziałania przedawkowaniu, zmian opatrunków, opatrywania ran. Dodatkowo punkty dziennego pobytu funkcjonują na podstawie niektórych wytycznych społeczności terapeutycznych, tj. korekt socjoterapeutycznych polegających na nadawaniu przebywającym w nich użytkownikom funkcji, wspólnego dbania o porządek, zasady przebywania itd. Umożliwia to korektę zachowań społecznych użytkowników, uwidacznianiu się trudności i wspieraniu zmian. Dodatkowo punkty są miejscem, w którym np. w odróżnieniu od ulicy jest większa możliwość spokojnej rozmowy z użytkownikiem, wsparcie w sytuacji kryzysowej, budowanie siatki przyjaznych instytucji, które mogą być pomocne w krokach podejmowanych przez użytkownika do wprowadzania zmian. W przypadku partyworkingu prowadzonego przez organizacje pozarządowe, częściej można spotkać się z dyżurami dla odbiorców programów partyworkingowych, np. raz w tygodniu przez kilka godzin.

Praca na ulicy – streetworking, realizowana jest w dwuosobowych zespołach dyżurujących. Oprócz przygotowania merytorycznego, streetworkerzy zabierają ze sobą na dyżury torby z wyposażeniem w postaci – czystych igieł i strzykawek, pojemników na brudne igły i strzykawki (tych do rozdawnictwa użytkownikom, jak i takim, które przez streetworkerów są wykorzystywane i oddawane do spalarni szpitalnych), gazików odkażających, kwasku cytrynowego, staz, gazików i bandaży, plastrów, środka dezynfekującego, prezerwatyw, wody do iniekcji, materiałów informacyjnych (broszury, ulotki). Wszystkie działania w obrębie outreach mają charakter anonimowy, tzn. nie są zbierane żadne dane personalne. Często programy streetworkerskie w celu ewaluacji swoich działań nadają indywidualne kody każdemu użytkownikowi i wymianę oraz dokumentację prowadzi się na podstawie tych kodów.

Kolejną istotną kwestią są miejsca dyżurów. W wyniku informacji uzyskanych od użytkowników tworzy się swego rodzaju „mapy” w przestrzeni miejskiej, gdzie przebywają użytkownicy lub gdzie można ich spotkać (dworce, parki, miejsca publiczne, pustostany itd.). Dyżury trwają kilka godzin i podczas ich trwania streetworkerzy, nawiązując kontakty z użytkownikami, rozmawiają na temat bieżącej sytuacji życiowej użytkowników i ich potrzebach w danym momencie. Pozwala to na rozpoznanie, na jakim etapie używania jest dany użytkownik, a to pomaga rozpoznać, jaka pomoc będzie najbardziej adekwatna. W przypadku ulicznych użytkowników można się spotkać na samym początku z socjalnymi trudnościami, tzn. brak miejsca przebywania, brak dokumentów tożsamości. Pierwszymi krokami w takich sytuacjach jest pomoc w zorganizowaniu noclegowni oraz w załatwieniu dokumentów (zrobienie zdjęć, złożenie dokumentów o dowód, odebranie dokumentów). Następnie mogą być realizowane kolejne kroki – ubezpieczenie, o ile jest ono potrzebne. Terapia dotycząca używania szkodliwego, uzależnienia jest w Polsce bezpłatna i nie wymaga ubezpieczenia, niemniej może być ono potrzebne do realizacji poszczególnych kroków, tzn. kiedy dany użytkownik zdecyduje się na detoksykację szpitalną nie jest wymagane ubezpieczenie, natomiast jeśli taka osoba zachoruje, dozna urazów kończyn, przebywając na oddziale – potrzebne będzie ubezpieczenie, żeby można było bezpłatnie wprowadzić oddziaływanie medyczne. Tak również może się zdarzyć w ośrodku stacjonarnym. Terapia ambulatoryjna, prowadzona w poradniach, nie wymaga od użytkownika, osoby uzależnionej, ubezpieczenia zdrowotnego. Tematami poruszonymi przez streetworkerów jest głównie fizyczno-psychiczna kondycja użytkownika i próby budowania motywacji do zmian w oparciu o wewnętrzne potrzeby danej jednostki. Dyżury odbywają się w zespołach dwuosobowych z uwagi na możliwość większej swobody w kontakcie użytkownika (może łatwiej budować kontakt z kobietą lub mężczyzną, z konkretnym typem mężczyzny lub kobiety i warto zapewnić komfort wyboru), a także z uwagi na bezpieczeństwo streetworkerów w sytuacji, kiedy niezbędne będzie podjęcie kroków mających na celu ratowanie życia, przebywanie w miejscach opuszczonych, czy sytuacje bezpośredniego zagrożenia streetworkera, tzn. przebywając z osobami będącymi pod wpływem substancji psychoaktywnej, nigdy do końca nie jesteśmy w stanie przewidzieć reakcji na nas, np. ktoś może być w psychozie, lękach schizoidalnych, poczuciu zagrożenia i w związku z tym nie wiadomo, jaka będzie jego reakcja. Dyżury mogą być realizowane zamiennie w sposób bierny i aktywny, tzn. streetworkerzy pojawiają się w konkretnych miejscach i czekają na użytkowników lub przemieszczają się i sami jako pierwsi nawiązują kontakt. Istotne jest, żeby pamiętać, że zawsze streetworkerzy są gośćmi na „terenie” prowadzonych przez siebie działań, czyli muszą respektować sytuację, w jakiej się znajdują i nie nalegać na kontakt z użytkownikami, brać pod uwagę, że użytkownicy mogą mieć swoje sprawy i nie mają czasu, żeby prowadzić rozmowę, bądź czasem po prostu mogą nie chcieć kontaktu, ograniczając się do samej wymiany igieł i strzykawek. Zasady pracy streetworkerów zawierają w sobie sposoby budowania i utrzymania kontaktu, gdzie to użytkownik wyznacza jego granice, czy też można się spotkać z konkretnymi wskazówkami dotyczącymi nieudzielania prywatnych telefonów streetworkerów użytkownikom, chyba że w sytuacjach kontaktu z innymi placówkami świadczącymi pomoc. Ma to na celu wyeliminowanie zagrożenia związanego np. z sytuacjami, gdzie użytkownicy będą kontaktować się z dilerami przy pomocy telefonu streetworkerów, czy w skrajnych sytuacjach ma to chronić przed kradzieżą. Można też spotkać się z konkretnymi wytycznymi związanymi z ubiorem streetworkera, tzn. żeby nie miał/a długich wiszących kolczyków, luźnych chust, szalików czy innych części ubrania, które mogą być niebezpieczne w sytuacji ataku na streetworkera. Inne zasady bezpieczeństwa wiążą się z używaniem przez streetworkerów jednorazowych rękawiczek podczas opatrywania ran lub kontaktu z użytymi igłami i strzykawkami. Pojemniki do zbierania brudnych igieł i strzykawek są tak skonstruowane, żeby wyrzucona igła i strzykawka nie mogła wypaść lub żeby zminimalizować ryzyko przypadkowego zakłucia się podczas wymiany przez streetworkera i użytkowników.

Nieco inaczej sytuacja wygląda w przypadku dyżurów partyworkerskich. Zespół partyworkerów może składać się z minimum dwóch osób, do 4-6 w zależności od charakterystyki klubu czy imprezy masowej, na której się pojawiają. Partyworkerzy oznaczają miejsce w klubie, w którym pełnią dyżur poprzez rozstawienie standów z logiem programu, przygotowanie stolika, który jest podświetlony i na którym rozłożone są kwaśne cukierki, prezerwatywy, materiały informacyjne. Z uwagi na głośność panującą w klubach, na imprezach nigdy nie da się stworzyć przestrzeni do spokojnej rozmowy, chyba że klub dysponuje chill out roomem, gdzie muzyka jest cichsza, spokojniejsza, gdzie jednorazowo jest mniej osób. Dyżury partyworkerskiej oprócz rozdawnictwa i wymiany koncentrują się na edukacji dotyczącej substancji psychoaktywnych, zdrowia seksualnego oraz minimalizowania szkód związanych z użyciem – tzn. odwodnień, omdleń, bad tripów, stanów psychotycznych. Partyworkerzy sprawdzają także, czy żadna z osób bawiących się w klubie nie potrzebuje pomocy przedme-

dycznej. Jedną z podstawowych zasad pracy jest przyjęcie, że kluby w których się pracuje, nie są równocześnie klubami, gdzie partyworkerzy spędzają czas prywatnie. Ma to na celu wyeliminowanie sytuacji, w których partyworker mógłby występować w dwóch rolach, co byłoby trudne dla niego/niej i użytkowników, z którymi ma kontakt podczas dyżurów. Oprócz pracy z osobami bawiącymi się w danych klubach, barach ważna jest też współpraca z personelem danego miejsca, tzn. prowadzenie szkoleń dla barmanów na temat zdrowia seksualnego, działania substancji, sposobów reagowania, gdy ktoś potrzebuje pomocy, a także współpraca na poziomie informacyjnym, tzn. personel baru, klubu znając terminy i godziny dyżurów partyworkerów, może informować o nich osoby bawiące się w klubie.

Net/webworking jest jedną z najnowszych form pracy i jego specyfika umożliwiająca całkowitą anonimowość użytkownikowi może działać na rzecz kontaktu a także przeciwko niemu. Po pierwsze, forma ta wymaga przyzwyczajenia się do samodzielnej pracy, która może przybierać bardziej intymny ton, skłaniający użytkownika do większej swobody w dzieleniu się swoimi trudnościami. Z drugiej strony może to też powodować bezradność użytkownika w sytuacji, kiedy słyszy o zagrożeniu życia, lub nie ma możliwości monitorowania wprowadzanych przez rozmówcę zmian w sposobach swojego funkcjonowania czy sposobach używania substancji psychoaktywnych. Brak bezpośredniego kontaktu może nie sprzyjać podejmowaniu decyzji o korzystaniu z form pomocy, działań mających charakter bezpośredni. Dodatkowo, nie widząc rozmówcy, łatwiej jest ulegać manipulacjom czy zakpić z networkera/rki. Forma ta jest też wyjściem naprzeciw sposobom nawiązywania kontaktu w obecnych czasach, tzn. że czasami jest to jedyna forma kontaktu podejmowana przez danego człowieka. Praca ta ma głównie charakter edukacyjno-informacyjny, czasami może przybierać formę interwencji kryzysowych, czy wsparcia przy budowaniu indywidualnych planów dotyczących realizacji celów danej jednostki w obrębie używania substancji psychoaktywnych.

Wszystkie wymienione sposoby pracy charakteryzują się bezpośredniością w dotarciu do użytkowników substancji psychoaktywnych i mają na celu oprócz edukacji, wsparcia, zbudowania pomostu między jednostką a placówką pomocową, także umożliwienie osobom pozostającym poza systemem pomocowym poznanie go oraz skorzystanie z niego. Działania te są też często pierwszymi budowanymi przez osobę używającą relacjami z osobami zajmującymi się pomocą. W tych relacjach użytkownicy mogą się przyjrzeć swoim zachowaniom i wprowadzić do nich korekty.

