



# Serwis Informacyjny Narkomania

ISSN 1233-9318

NR 4 (27) 2004

**NARKOTYKI - NARKO  
MANIA**

**Antynarkotykowy Telefon Zaufania 0 801 199 990**  
czynny codziennie 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup>    koszt rozmowy 25 gr

**Poradnia Internetowa [www.poradnia.narkomania.org.pl](http://www.poradnia.narkomania.org.pl)**

Wydawnictwo Instytutu Krajowego Bezpieczeństwa Publicznego

# **POSTAWY WOBEC SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH**

## **Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej – ESPAD 2003\***

### **WPROWADZENIE**

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację tekstu zdającego sprawę z wyników badania ankietowego ESPAD zrealizowanego w 2003 roku wśród młodzieży, a zamieszczonego w poprzednim numerze „Serwisu”. W opublikowanej już pierwszej części znalazły się wyniki odnoszące się do używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną oraz ocen ich dostępności. Tam też znaleźć można informacje o metodologii badania. Tu przypomnimy tylko, że badanie ESPAD zrealizowane zostało w maju i czerwcu 2003 r. na ogólnopolskiej próbie losowej uczniów trzecich klas gimnazjów (wiek 15-16 lat) oraz drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat). Badanie to jest trzecim z serii badań zapoczątkowanych w 1995 r. i kontynuowanych w 1999 r. w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Analiza wyników z 2003 r. nie musi zatem ograniczać się do diagnozy obecnej sytuacji, ale pozwala także coś powiedzieć o zmianach, jakie zaszły od połowy lat dziewięćdziesiątych.

W tej części prezentacji wyników badań ESPAD przedstawione zostaną opinie uczniów na temat poziomu ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji,

na temat potępienia takich zachowań oraz na temat stosunku rodziców do kwestii używania substancji przez młodzież. Prezentację wyników zakończy próba oceny wiarygodności wyników badania.

### **Ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych w opiniach respondentów**

Używanie substancji psychoaktywnych zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak nielegalnych, takich jak narkotyki – niesie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy po substancje te sięgają ludzie bardzo młodzi, nieświadomi tego, co może im grozić. Pewne znaczenie profilaktyczne może tu mieć wiedza na temat wielorakich niebezpieczeństw związanych z ich używaniem. Wprawdzie samo przekonanie o ryzyku nie zawsze powstrzymuje młodych ludzi od sięgania po te substancje, jednak daje podstawy do świadomego wyboru. Niekiedy fakt ryzyka związanego z używaniem substancji może stanowić czynnik skłaniający do ich używania – niektórzy młodzi ludzie wręcz poszukują okazji do zachowań ryzykownych. Można jednak sądzić, że w większości przypadków przekonania

\* Badanie zostało zrealizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii i sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

o niebezpieczeństwach wynikających z używania substancji powinny skłaniać, jeśli nie do powstrzymania się od ich używania, to przynajmniej do ostrożności. Przekonania o ryzyku związanym z używaniem substancji są zatem istotne nie tylko dlatego, że prowadzić mogą do ograniczania konsumpcji, ale również dlatego, że stwarzają one szansę zadbania o jak największe zminimalizowanie niebezpieczeństwa powikłań. Zobaczmy zatem w jakim stopniu młodzież zdaje sobie sprawę z ryzyka związanego z używaniem różnych substancji.

W jednym z pytań kwestionariusza przedstawiliśmy badanym listę środków legalnych i nielegalnych i poprosiliśmy, aby na cztero-stopniowej skali od „nie ma ryzyka” do „duże ryzyko” ocenili ryzyko zaszkodzenia sobie zdrowotnie lub w inny sposób w wyniku używania każdego z nich. W przypadku większości substancji pytano osobno o ryzyko związane z podejmowaniem prób oraz ryzyko wynikające

z regularnego używania. Tylko przy napojach alkoholowych, traktowanych zresztą łącznie, oraz przy przetworach konopi wprowadzono trzy poziomy nasilenia używania. W przypadku alkoholu odpowiadają one trzem stylom picia, tj. „względnie małe ilości jednorazowo, ale często”, „duże ilości jednorazowo, ale względnie rzadko” oraz „dużo jednorazowo i często”. W odniesieniu do przetworów konopi trzy poziomy używania odpowiadają eksperymentowaniu, używaniu okazjonalnemu i używaniu regularnemu.

Pełne rozkłady odpowiedzi uzyskanych od uczniów w badaniu z 2003 r. zestawiono w tabeli 1.

Zdecydowana większość badanych dostrzega ryzyko szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Tylko bardzo nieliczni stwierdzają, że ich używanie nie jest związane z niebezpieczeństwem powstania żadnych negatywnych następstw. Stosunkowo najwięcej takich odpowiedzi padło przy ocenie

## SPIS TREŚCI

### POSTAWY WOBEC SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych wśród młodzieży szkolnej – ESPAD 2003

*Janusz Sierosławski* ..... *str. 2*

### PRZEGLĄD BADAŃ DOTYCZĄCYCH SKUTECZNYCH STRATEGII PROFILAKTYCZNYCH

*Katarzyna Okulicz-Kozaryn* ..... *str. 21*

### JAK LECZYĆ PODWÓJNE DIAGNOZY?

*Katarzyna Charzyńska* ..... *str. 43*

### POMOC NARKOTYKOWA NA PRZYKŁADZIE SZLEZWIKA-HOLSZTYNU

*Andreas Speck* ..... *str. 48*

### OGŁOSZENIE

o egzaminie pisemnym w ramach systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków certyfikowanego przez Ministra Zdrowia ..... *str. 55*

Tabela 1. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji

| Poziom klasy            | Używanie substancji                               | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Nie wiem |
|-------------------------|---------------------------------------------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|----------|
| Trzecie klasy gimnazjów | Pałą papierosy od czasu do czasu                  | 11,2          | 40,4        | 32,6               | 11,8        | 3,9      |
|                         | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie   | 2,6           | 5,4         | 16,1               | 73,2        | 2,7      |
|                         | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie         | 8,2           | 21,6        | 33,2               | 32,3        | 4,7      |
|                         | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie        | 3,8           | 8,1         | 20,2               | 63,6        | 4,2      |
|                         | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu   | 4,9           | 12,5        | 28,3               | 48,1        | 6,2      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu   | 9,9           | 16,9        | 19,7               | 47,4        | 6,1      |
|                         | Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu      | 6,1           | 11,5        | 23,0               | 53,3        | 6,2      |
|                         | Pałą marihuanę lub haszysz regularnie             | 3,4           | 3,9         | 7,8                | 80,3        | 4,6      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                      | 3,8           | 10,0        | 20,1               | 54,3        | 11,8     |
|                         | Biorą LSD regularnie                              | 1,9           | 2,4         | 5,8                | 80,2        | 9,7      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy               | 4,3           | 10,4        | 22,9               | 54,3        | 8,1      |
|                         | Biorą amfetaminę regularnie                       | 2,0           | 2,0         | 5,6                | 84,2        | 6,1      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                  | 3,2           | 8,4         | 22,1               | 58,2        | 8,1      |
|                         | Biorą kokainę regularnie                          | 1,9           | 1,7         | 4,7                | 85,6        | 6,1      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                   | 3,1           | 7,3         | 20,7               | 55,1        | 13,8     |
|                         | Biorą crack regularnie                            | 2,0           | 1,6         | 4,6                | 80,7        | 11,1     |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy                  | 4,1           | 9,2         | 21,4               | 54,2        | 11,1     |
|                         | Biorą ecstasy regularnie                          | 2,1           | 2,0         | 5,9                | 80,9        | 9,2      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                      | 2,9           | 6,4         | 18,7               | 54,2        | 17,8     |
|                         | Biorą GHB regularnie                              | 1,9           | 1,6         | 4,0                | 77,4        | 15,1     |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków w zastrzykach | 2,3           | 4,5         | 14,4               | 71,5        | 7,4      |
|                         | Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie          | 1,8           | 1,3         | 3,2                | 87,8        | 5,9      |
|                         | Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych        | 3,3           | 8,9         | 22,7               | 54,9        | 10,3     |
|                         | Biorą środki wziewne regularnie                   | 2,1           | 1,8         | 6,0                | 81,6        | 8,4      |

| Poziom klasy                               | Używanie substancji                               | Nie ma ryzyka | Małe ryzyko | Umiarkowane ryzyko | Duże ryzyko | Nie wiem |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|-------------|--------------------|-------------|----------|
| Dругie klasy szkół ponadgimnazjalnych      | Pałą papierosy od czasu do czasu                  | 9,6           | 40,0        | 33,7               | 12,6        | 4,2      |
|                                            | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie   | 1,3           | 4,0         | 15,2               | 76,7        | 2,8      |
|                                            | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie         | 7,3           | 20,4        | 31,7               | 35,9        | 4,7      |
|                                            | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie        | 2,2           | 7,5         | 18,0               | 68,4        | 3,9      |
|                                            | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu   | 5,6           | 16,1        | 31,9               | 40,8        | 5,6      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu   | 13,3          | 23,5        | 19,0               | 38,0        | 6,2      |
|                                            | Pałą marihuanę lub haszyszu od czasu do czasu     | 7,1           | 16,1        | 25,3               | 45,5        | 6,0      |
|                                            | Pałą marihuanę lub haszyszu regularnie            | 2,6           | 4,1         | 9,9                | 78,6        | 4,7      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                      | 3,3           | 11,0        | 21,5               | 52,8        | 11,3     |
|                                            | Biorą LSD regularnie                              | 1,1           | 1,4         | 4,4                | 84,5        | 8,6      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy               | 4,7           | 14,0        | 23,4               | 50,0        | 7,9      |
|                                            | Biorą amfetaminę regularnie                       | 0,9           | 1,5         | 4,9                | 87,0        | 5,7      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                  | 2,4           | 8,1         | 20,2               | 60,1        | 9,1      |
|                                            | Biorą kokainę regularnie                          | 0,9           | 1,1         | 3,3                | 88,0        | 6,8      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                   | 1,9           | 7,7         | 18,9               | 57,4        | 14,2     |
|                                            | Biorą crack regularnie                            | 0,9           | 1,1         | 3,8                | 82,2        | 12,0     |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy                  | 3,4           | 11,2        | 21,7               | 53,2        | 10,5     |
|                                            | Biorą ecstasy regularnie                          | 0,9           | 1,5         | 5,9                | 83,4        | 8,4      |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                      | 1,7           | 6,4         | 15,8               | 54,7        | 21,4     |
|                                            | Biorą GHB regularnie                              | 0,8           | 0,9         | 2,9                | 76,6        | 18,7     |
|                                            | Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków w zastrzykach | 1,2           | 3,2         | 11,6               | 75,9        | 8,1      |
|                                            | Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie          | 0,8           | 0,9         | 2,1                | 89,7        | 6,6      |
| Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych | 2,1                                               | 8,3           | 20,2        | 58,4               | 11,0        |          |
| Biorą środki wziewne regularnie            | 0,9                                               | 1,1           | 5,2         | 83,9               | 8,8         |          |

ryzyka związanego z paleniem od czasu do czasu papierosów oraz marihuany lub haszyszu. Jednak regularne palenie papierosów w ilości co najmniej jednej paczki dziennie lub regularne palenie marihuany względnie haszyszu traktowane jest jako zachowanie obciążone dużym ryzykiem.

Analiza rozkładów odpowiedzi wskazuje na nasilenie używania jako główne źródło różnicowania ryzyka, w mniejszym stopniu rolę tę odgrywa rodzaj substancji. Jest tak zarówno w klasach trzecich szkół gimnazjalnych, jak i klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych. Eksperymentowanie z najcięższymi nawet narkotykami, takimi jak kokaina, traktowane jest w sumie jako mniej ryzykowne niż regularne palenie papierosów lub częste picie w dużych ilościach napojów alkoholowych. Ryzyko związane z poszczególnymi substancjami jest jednak również różnicowane przez badanych, chociaż jak się wydaje, w mniejszym stopniu. Jeśli wziąć pod uwagę tylko odsetki respondentów wybierających odpowiedź „duże ryzyko”, to na poziomie eksperymentowania za najbardziej groźne w opiniach badanych uznać można kokainę i substancje wziewne, crack, a następnie: ecstasy, GHB, LSD i amfetaminę. Na poziomie regularnego używania największe odsetki badanych za obciążone dużym ryzykiem uznały te same substancje, a także przetwory konopi. Trzeba jednak dodać, że regularne palenie tytoniu oceniane było jako obciążone dużym ryzykiem przez niewiele mniejszą frakcję badanych.

Najbardziej ryzykowne jest zdaniem badanych używanie narkotyków w zastrzykach. Wysoki poziom ryzyka zdaniem respondentów pojawia się już przy pierwszych próbach stosowania zastrzyków. Odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko” nawet przy pojedynczych próbach używania narkotyków

w iniekcjach są wyraźnie wyższe od analogicznych odsetków odnoszących się do prób z poszczególnymi, nawet najgroźniejszymi substancjami. Obserwacja ta potwierdza ogólną konstatację, że do oceny poziomu ryzyka ważniejszy jest dla badanych sposób, w jaki używa się substancji niż jej rodzaj.

Oceniając ryzyko związane z różnymi stylami picia napojów alkoholowych, za najbardziej niebezpieczny model młodzież uznała częste picie w dużych ilościach. Na drugim miejscu znalazło się rzadsze picie w dużych ilościach, a na trzecim częstsze picie, ale w mniejszych ilościach. Różnice te są jednak niezbyt duże. Warto także zauważyć, że odsetki badanych uznających palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu za czynność obciążoną dużym ryzykiem są tylko trochę wyższe niż analogiczne odsetki wypowiadających się w podobny sposób w sprawie alkoholu. Oznacza to, że młodzież nie traktuje okazjonalnego używania przetworów konopi jako czegoś, co jest dużo bardziej ryzykowne niż okazjonalne picie napojów alkoholowych.

Można stwierdzić, że oceny poszczególnych substancji dokonywane przez uczniów z obu poziomów nauczania niewiele się różnią między sobą. Największe różnice występują w przypadku ocen ryzyka związanego z próbami palenia marihuany lub haszyszu, paleniem tych substancji od czasu do czasu oraz wypiciem co najmniej pięciu drinków w czasie weekendu. We wszystkich tych przypadkach gimnazjaliści częściej wybierali odpowiedź „duże ryzyko” niż uczniowie starsi.

Znaczne różnicowanie przekonań na temat poziomu ryzyka związanego z używaniem substancji wiąże się z płcią badanych (*tabela 2*).

Jak wynika z danych zestawionych w tabeli, dziewczęta w większym stopniu niż chłopcy

dostrzegają niebezpieczeństwa wynikające z regularnego używania substancji. W grupie gimnazjalistów natomiast próby z większością substancji oceniane są jako bardzo ryzykowne przez większe odsetki chłopców niż dziewcząt. Prawdopodobnie ta w zasadzie nie dotyczy przetworów konopi, co do których niebezpieczeństwa związane z używaniem oceniane są

wyżej przez dziewczęta niż przez chłopców, niezależnie od tego, czy chodzi o pojedyncze próby, okazjonalne używanie czy palenie regularne. W grupie starszej młodzieży także zauważyć trzeba większy odsetek dziewcząt w stosunku do chłopców oceniających regularne używanie większości substancji jako szczególnie ryzykowne. Jednak gdy w grę wchodzi pojedyn-

Tabela 2. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji - odsetki wybierających odpowiedź „duże ryzyko” wśród badanych chłopców i dziewcząt

| Poziom klasy                                      | Używanie substancji                             | Chłopcy | Dziewczęta |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------|------------|
| Trzecie klasy gimnazjów                           | Palą papierosy od czasu do czasu                | 14,9    | 8,9        |
|                                                   | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie | 68,1    | 78,2       |
|                                                   | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie       | 25,6    | 38,7       |
|                                                   | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie      | 53,9    | 73,0       |
|                                                   | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu | 41,8    | 54,1       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu | 46,8    | 48,1       |
|                                                   | Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu    | 51,1    | 55,4       |
|                                                   | Palą marihuanę lub haszysz regularnie           | 73,8    | 86,6       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                    | 57,2    | 51,6       |
|                                                   | Biorą LSD regularnie                            | 77,0    | 83,3       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy             | 56,9    | 51,8       |
|                                                   | Biorą amfetaminę regularnie                     | 80,1    | 88,2       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                | 61,7    | 54,8       |
|                                                   | Biorą kokainę regularnie                        | 81,3    | 89,6       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                 | 59,2    | 51,1       |
|                                                   | Biorą crack regularnie                          | 77,4    | 84,0       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy                | 56,9    | 51,5       |
|                                                   | Biorą ecstasy regularnie                        | 76,6    | 84,9       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                    | 57,9    | 50,7       |
|                                                   | Biorą GHB regularnie                            | 73,9    | 80,7       |
| Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków w zastrzykach | 71,2                                            | 71,8    |            |
| Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie          | 82,8                                            | 92,6    |            |
| Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych        | 59,5                                            | 50,4    |            |
| Biorą środki wziewne regularnie                   | 77,6                                            | 85,5    |            |

| Poziom klasy                                      | Używanie substancji                             | Chłopcy | Dziewczęta |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------|------------|
| Dругie klasy szkół ponadgimnazjalnych             | Pałą papierosy od czasu do czasu                | 15,4    | 9,8        |
|                                                   | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie | 72,1    | 81,4       |
|                                                   | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie       | 26,6    | 45,4       |
|                                                   | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie      | 57,6    | 79,4       |
|                                                   | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu | 33,0    | 48,7       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu | 33,6    | 42,3       |
|                                                   | Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu    | 38,4    | 52,6       |
|                                                   | Pałą marihuanę lub haszysz regularnie           | 69,4    | 87,9       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                    | 52,0    | 53,7       |
|                                                   | Biorą LSD regularnie                            | 78,8    | 90,4       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy             | 48,7    | 51,4       |
|                                                   | Biorą amfetaminę regularnie                     | 81,3    | 92,7       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                | 61,1    | 59,1       |
|                                                   | Biorą kokainę regularnie                        | 82,9    | 93,1       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                 | 58,3    | 56,3       |
|                                                   | Biorą crack regularnie                          | 78,2    | 86,3       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy                | 52,5    | 53,8       |
|                                                   | Biorą ecstasy regularnie                        | 77,3    | 89,5       |
|                                                   | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                    | 54,4    | 54,8       |
|                                                   | Biorą GHB regularnie                            | 69,5    | 83,8       |
| Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków w zastrzykach | 74,5                                            | 77,4    |            |
| Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie          | 84,2                                            | 95,3    |            |
| Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych        | 59,6                                            | 57,1    |            |
| Biorą środki wziewne regularnie                   | 78,9                                            | 89,0    |            |

cze próby używania, odsetki wybierających odpowiedź „duże ryzyko” wśród chłopców i wśród dziewcząt w zasadzie się nie różnią. Wyjątkiem jest palenie papierosów od czasu do czasu, co do którego duże ryzyko zauważa wyraźnie większy odsetek badanych chłopców niż dziewcząt.

Prześledzenie zmian, jakie dokonały się w ocenie ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji umożliwiają dane zestawione w tabeli 3. Pokazują one odsetki uczniów, którzy wybrali odpowiedź „duże ryzyko” w badaniach z 1995, 1999 i 2003 r.

W obu kohortach młodzieży poddanych badaniu obserwujemy spadek odsetka traktujących codzienne palenie papierosów w ilości co najmniej jednej paczki dziennie jako obarczone dużym ryzykiem. Spadają także odsetki uznających picie alkoholu za bardzo ryzykowne. Jedynie w młodszej kohorcie obserwujemy odwrotną tendencję, jeśli chodzi o picie co najmniej pięciu drinków w czasie weekendu – w tym przypadku notujemy wzrost odsetka.

Jeszcze bardziej spadają odsetki młodych ludzi, którzy traktują używanie przetworów

konopi jako bardzo ryzykowne. Odmienny trend obserwujemy w przypadku większości innych narkotyków. Odsetki przekonanych o dużym ryzyku ich używania rosną lub pozostają stabilne.

Dane na temat postrzegania ryzyka szkód w efekcie używania substancji psychoaktywnych prowadzą do wniosku, że młodzież jest dość dobrze zorientowana w skali zagrożeń. Nie ulega ona stereotypom obecnym wśród części

Tabela 3. Ocena ryzyka związanego z używaniem poszczególnych substancji – odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko”

| Poziom klasy                    | Używanie substancji                               | 1995 | 1999 | 2003 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|------|------|------|
| Trzecie klasy gimnazjów         | Pałą papierosy od czasu do czasu                  | 14,7 | 10,7 | 11,8 |
|                                 | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie   | 79,1 | 72,6 | 73,2 |
|                                 | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie         | 36,2 | 32,3 | 32,3 |
|                                 | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie        | 66,4 | 64,9 | 63,6 |
|                                 | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu   | 39,8 | 45,3 | 48,1 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu   | 54,6 | 50,3 | 47,4 |
|                                 | Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu      | 53,2 | 56,3 | 53,3 |
|                                 | Pałą marihuanę lub haszysz regularnie             | 81,9 | 83,0 | 80,3 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                      | 47,2 | 53,6 | 54,3 |
|                                 | Biorą LSD regularnie                              | 72,0 | 83,1 | 80,2 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy               | 47,6 | 52,6 | 54,3 |
|                                 | Biorą amfetaminę regularnie                       | 76,6 | 84,9 | 84,2 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                  | 52,2 | 59,2 | 58,2 |
|                                 | Biorą kokainę regularnie                          | 78,0 | 87,0 | 85,6 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                   | x    | x    | 55,1 |
|                                 | Biorą crack regularnie                            | x    | x    | 80,7 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstasy                  | 45,1 | 53,3 | 54,2 |
|                                 | Biorą ecstasy regularnie                          | 69,1 | 82,6 | 80,9 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                      | x    | x    | 54,2 |
|                                 | Biorą GHB regularnie                              | x    | x    | 77,4 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków w zastrzykach | x    | x    | 71,5 |
|                                 | Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie          | x    | x    | 87,8 |
|                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych        | 44,1 | x    | 54,9 |
| Biorą środki wziewne regularnie | 73,8                                              | 83,0 | 81,6 |      |

| Poziom klasy                                    | Używanie substancji                             | 1995 | 1999 | 2003 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|------|------|
| Dругie klasy szkół ponadgimnazjalnych           | Pałą papierosy od czasu do czasu                | 14,2 | 9,9  | 12,6 |
|                                                 | Wypalają co najmniej paczkę papierosów dziennie | 83,4 | 78,6 | 76,7 |
|                                                 | Wypijają 1 lub 2 drinki prawie codziennie       | 41,8 | 36,6 | 35,9 |
|                                                 | Wypijają 4 lub 5 drinków prawie codziennie      | 74,1 | 72,1 | 68,4 |
|                                                 | Wypijają 5 drinków lub więcej w czasie weekendu | 39,8 | 43,3 | 40,8 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy marihuany lub haszyszu | 50,5 | 45,9 | 38,0 |
|                                                 | Pałą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu    | 51,8 | 52,4 | 45,5 |
|                                                 | Pałą marihuanę lub haszysz regularnie           | 82,5 | 84,2 | 78,6 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy LSD                    | 48,2 | 53,2 | 52,8 |
|                                                 | Biorą LSD regularnie                            | 75,3 | 86,8 | 84,5 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy amfetaminy             | 48,6 | 49,5 | 50,0 |
|                                                 | Biorą amfetaminę regularnie                     | 78,6 | 88,3 | 87,0 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy kokainy                | 52,6 | 61,0 | 60,1 |
|                                                 | Biorą kokainę regularnie                        | 80,9 | 90,5 | 88,0 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy cracku                 | x    | x    | 57,4 |
|                                                 | Biorą crack regularnie                          | x    | x    | 82,2 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy ecstazy                | 46,3 | 52,6 | 53,2 |
|                                                 | Biorą ecstazy regularnie                        | 70,9 | 85,4 | 83,4 |
|                                                 | Próbują 1 raz lub 2 razy GHB                    | x    | x    | 54,7 |
|                                                 | Biorą GHB regularnie                            | x    | x    | 76,6 |
| Próbują 1 raz lub 2 razy narkotyków zastrzykach | x                                               | x    | 75,9 |      |
| Biorą narkotyki w zastrzykach regularnie        | x                                               | x    | 89,7 |      |
| Próbują 1 raz lub 2 razy środków wziewnych      | 46,7                                            | 56,9 | 58,4 |      |
| Biorą środki wziewne regularnie                 | 78,4                                            | 87,7 | 83,9 |      |

starszego pokolenia, według których pojedyncze eksperymenty z narkotykami budzą znacznie większe zagrożenie niż częste używanie w dużych ilościach substancji legalnych, takich jak alkohol czy tytoń.

Kwestie świadomości zagrożeń związanych z pićm alkoholu badano nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale także sondo-

wano wiedzę na temat roli alkoholu w powstawaniu problemów w wymiarze społecznym. Badanym przedstawiono listę problemów, jakie wiązać się mogą z alkoholem i prosiło ich o określenie, w jakim stopniu ich zdaniem picie alkoholu wpływa na powstawanie tych problemów. Odpowiedzi były udzielane przy użyciu skali, której dwa krańce wyznaczane

były przez odpowiedzi: „w bardzo dużym stopniu” i „nie”. Rozkład odpowiedzi zawiera *tabela 4*.

Najpowszechniej dostrzegana jest rola alkoholu w powstawaniu wypadków drogowych. Jest ona oceniana jako duża lub bardzo duża przez 93,1% gimnazjalistów i 95,4% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Najslabiej zdaniem badanych alkohol wiąże się z problemami w stosunkach międzyludzkich. O co najmniej dużym wpływie alkoholu na powstawanie tych problemów mówi 68,1% uczniów młodszych i 66,8% uczniów starszych.

Warto wspomnieć, że bardzo znikome frakcje badanych zaprzeczają jakimkolwiek wpływowi alkoholu na powstawanie wymienionych w pytaniu problemów. Nie osiągają one 7%.

## Potępienie używania poszczególnych substancji

Próba uchwycenia odniesień normatywnych wobec używania poszczególnych substancji psychoaktywnych było pytanie o ocenę zachowania kogoś, kto od czasu do czasu sięga po poszczególne substancje.

Badani udzielali odpowiedzi przy użyciu kategorii zawartych w *tabeli 5*, tj. „nie potępiam”, „potępiam” i „zdecydowanie potępiam”. Pozostawiono też możliwość uchylecia się od oceny.

Na liście substancji poddanych ocenie znalazły się zarówno środki legalne (papierosy, napoje alkoholowe, substancje wziewne, leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez

*Tabela 4. Opinie badanych o wpływie nadużywania alkoholu na powstawanie problemów*

| Poziom klasy                          | Rodzaje problemów                     | W bardzo dużym stopniu | W dużym stopniu | W pewnym stopniu | Tylko trochę | Nie |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------|--------------|-----|
| Trzecie klasy gimnazjów               | Wypadki drogowe                       | 80,5                   | 12,6            | 2,9              | 0,6          | 3,3 |
|                                       | Inne wypadki                          | 55,3                   | 28,4            | 10,1             | 2,3          | 3,9 |
|                                       | Przestępstwa związane z przemocą      | 52,9                   | 26,7            | 12,8             | 3,3          | 4,2 |
|                                       | Problemy rodzinne                     | 57,2                   | 23,6            | 11,2             | 3,2          | 4,7 |
|                                       | Problemy zdrowotne                    | 51,1                   | 24,0            | 15,8             | 4,4          | 4,7 |
|                                       | Problemy w stosunkach z innymi ludźmi | 42,8                   | 25,3            | 18,4             | 7,4          | 6,1 |
|                                       | Problemy finansowe                    | 54,6                   | 21,4            | 13,1             | 5,1          | 5,8 |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych | Wypadki drogowe                       | 84,2                   | 11,2            | 2,4              | 0,3          | 1,9 |
|                                       | Inne wypadki                          | 57,0                   | 30,4            | 8,8              | 1,8          | 2,0 |
|                                       | Przestępstwa związane z przemocą      | 55,6                   | 28,3            | 12,1             | 1,6          | 2,4 |
|                                       | Problemy rodzinne                     | 59,1                   | 25,8            | 10,2             | 2,7          | 2,3 |
|                                       | Problemy zdrowotne                    | 47,0                   | 27,9            | 17,9             | 4,4          | 2,8 |
|                                       | Problemy w stosunkach z innymi ludźmi | 39,9                   | 26,9            | 21,0             | 7,8          | 4,3 |
|                                       | Problemy finansowe                    | 54,3                   | 23,0            | 14,5             | 4,9          | 3,3 |

przepisu lekarza), jak i nielegalne (marihuana, amfetamina, LSD, ecstasy, kokaina, crack, „kompot”). Dodatkowo używanie napojów alkoholowych, tytoniu i przetworów konopi zostało zróżnicowane co do intensywności. Zgodnie z przewidywaniami, substancje legalne generalnie rzadziej spotykały się z potępieniem. Należy odnotować, że odsetki badanych potępiających używanie takich substancji, jak amfetamina, kokaina czy „kompot” są nie tylko wysokie, ale również niewiele różnią się między sobą. Ocena używania marihuany nie jest już tak jednoznaczna. Odsetki potępiających

używanie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu są podobne, jak w przypadku upijania się raz na tydzień i sporo niższe niż przy wspomnianych wyżej narkotykach. Wyniki badania ujawniły zatem tendencję do innego traktowania przetworów konopi niż tzw. twarde narkotyki. Oznacza to, że w odczuciach młodych ludzi marihuana nie jest jednoznacznie tak samo postrzegana jak inne narkotyki.

Stopień potępienia picia napojów alkoholowych jest silnie zróżnicowany w zależności od intensywności picia poddawanego ocenie. Najłagodniejsze oceny wiążą się z wypiciem alkoholu

Tabela 5. Potępienie używania poszczególnych substancji (badanie z 2003 r.)

| Poziom klasy                                           | Używanie substancji                                                  | Nie potępiam | Potępiam | Zdecydowanie potępiam | Nie wiem |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-----------------------|----------|
| Trzecie klasy gimnazjów                                | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 65,8         | 19,2     | 6,1                   | 9,0      |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 36,3         | 33,8     | 21,7                  | 8,2      |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 88,9         | 5,2      | 2,0                   | 3,8      |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 48,5         | 30,9     | 7,6                   | 13,0     |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 25,5         | 37,1     | 28,1                  | 9,2      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 32,0         | 26,4     | 34,3                  | 7,3      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 25,6         | 29,2     | 38,2                  | 7,0      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 14,4         | 26,6     | 53,4                  | 5,7      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 19,0         | 30,1     | 42,9                  | 8,0      |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 17,5         | 32,2     | 43,7                  | 6,6      |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 28,8         | 30,9     | 28,5                  | 11,7     |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 21,1         | 31,3     | 40,8                  | 6,8      |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 17,0         | 31,6     | 41,8                  | 9,6      |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 17,5         | 32,4     | 42,8                  | 7,3      |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 20,0         | 31,1     | 40,9                  | 8,0      |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 17,4         | 32,8     | 42,0                  | 7,8      |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 17,0                                                                 | 31,3         | 43,8     | 8,0                   |          |

| Poziom klasy                                           | Używanie substancji                                                  | Nie potępiam | Potępiam | Zdecydowanie potępiam | Nie wiem |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-----------------------|----------|
| Dругie klasy szkół ponadgimnazjalnych                  | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 71,8         | 16,6     | 5,4                   | 6,2      |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 44,9         | 30,3     | 18,3                  | 6,6      |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 93,7         | 2,7      | 1,6                   | 2,1      |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 53,1         | 28,3     | 5,5                   | 13,1     |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 28,9         | 36,3     | 25,2                  | 9,6      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 42,5         | 22,1     | 28,2                  | 7,2      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 31,7         | 29,6     | 31,9                  | 6,9      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 14,3         | 30,5     | 50,0                  | 5,3      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 21,3         | 29,3     | 41,0                  | 8,3      |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 16,7         | 30,3     | 45,8                  | 7,2      |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 30,4         | 30,5     | 26,1                  | 12,9     |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 26,3         | 29,1     | 37,6                  | 7,0      |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 16,8         | 30,3     | 41,9                  | 11,0     |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 16,8         | 30,4     | 44,9                  | 7,9      |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 21,6         | 29,4     | 40,9                  | 8,0      |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 14,8         | 31,9     | 46,3                  | 7,0      |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 13,8                                                                 | 29,9         | 48,9     | 7,4                   |          |

najwyżej dwa razy w roku, częściej potępiane jest picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu, a najczęściej upijanie się raz na tydzień. Palenie papierosów, jeśli ma codzienny charakter, lokuje się na tym tle pomiędzy piciem kilka razy w tygodniu a upijaniem się raz na tydzień.

Porównanie wyników z klas młodszych i starszych wskazuje na wyższy poziom liberalizmu uczniów starszych. W przypadku większości substancji uczniowie szkół ponadgimnazjalnych w wyższych odsetkach niż młodszy uczniowie wybierali odpowiedź „nie potępiam”, a w niższych odpowiedź „zdecydowanie potępiam”.

Porównanie wyników z 2003 r. z wynikami badania z 1999 r. zawartych w *tabeli 6* nie

wykazuje większych różnic, może poza lekką tendencją do wzrostu liberalnego podejścia do przetworów konopi.

Wracając do wyników z 2003 r. zauważyć trzeba znaczne zróżnicowanie ocen ze względu na płeć badanych, występujące zarówno w grupie gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Jeśli analizie poddamy jedynie odsetki badanych, którzy nie potępiają używania poszczególnych substancji, to zauważymy, że generalnie są one wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Przekonują o tym dane zestawione w *tabeli 7*.

Większa skłonność chłopców do liberalnego stosunku do używania substancji wiąże się

Tabela 6. Potępienie używania poszczególnych substancji (badanie z 1999 r.)

| Poziom klasy                                           | Używanie substancji                                                  | Nie potępiam | Potępiam | Zdecydowanie potępiam | Nie wiem |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-----------------------|----------|
| Trzecie klasy gimnazjów                                | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 67,6         | 16,4     | 5,5                   | 10,6     |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 35,8         | 35,6     | 18,5                  | 10,1     |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 86,9         | 5,3      | 2,3                   | 5,4      |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 44,2         | 30,2     | 8,6                   | 17,0     |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 25,2         | 37,1     | 27,4                  | 10,3     |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 25,7         | 30,3     | 36,4                  | 7,6      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 19,8         | 33,1     | 40,3                  | 6,9      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 11,4         | 29,2     | 54,4                  | 5,0      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 18,8         | 30,5     | 42,3                  | 8,4      |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 16,6         | 33,1     | 42,7                  | 7,6      |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 27,4         | 32,0     | 27,4                  | 13,2     |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 21,1         | 31,9     | 39,0                  | 8,1      |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 15,7         | 32,7     | 40,4                  | 11,2     |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 15,7         | 33,1     | 42,6                  | 8,7      |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 18,8         | 32,2     | 40,0                  | 9,0      |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 15,2         | 34,1     | 42,4                  | 8,3      |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 14,1                                                                 | 32,7         | 44,2     | 9,0                   |          |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych                  | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 74,0         | 13,8     | 5,7                   | 6,6      |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 42,8         | 32,0     | 16,8                  | 8,4      |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 93,3         | 3,0      | 1,3                   | 2,4      |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 48,7         | 28,0     | 7,2                   | 16,1     |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 23,8         | 39,8     | 24,1                  | 12,3     |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 32,6         | 28,4     | 32,3                  | 6,7      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 22,9         | 34,0     | 35,5                  | 7,6      |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 10,0         | 32,5     | 52,9                  | 4,7      |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 19,6         | 31,8     | 40,8                  | 7,8      |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 16,3         | 35,1     | 41,4                  | 7,2      |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 26,4         | 35,4     | 24,4                  | 13,8     |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 23,8         | 33,1     | 34,6                  | 8,4      |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 15,0         | 34,6     | 38,1                  | 12,4     |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 15,9         | 35,8     | 39,9                  | 8,4      |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 19,3         | 34,1     | 37,3                  | 9,3      |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 11,9         | 37,7     | 43,1                  | 7,3      |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 11,4                                                                 | 35,9         | 45,7     | 7,0                   |          |

Tabela 7. Potępienie używania poszczególnych substancji – odsetki nie potępiających poszczególnych zachowań wśród badanych chłopców dziewcząt (badanie z 2003 r.)

| Poziom klasy                                           | Używanie substancji                                                  | Chłopcy | Dziewczęta |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------|------------|
| Trzecie klasy gimnazjów                                | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 63,3    | 68,2       |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 39,7    | 33,0       |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 86,5    | 91,3       |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 56,5    | 40,9       |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 32,8    | 18,4       |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 36,7    | 27,5       |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 31,5    | 19,9       |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 19,9    | 9,0        |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 21,3    | 16,9       |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 18,8    | 16,3       |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 26,2    | 31,3       |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 23,1    | 19,1       |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 19,8    | 14,4       |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 19,3    | 15,7       |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 22,7    | 17,6       |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 18,8    | 16,1       |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 18,4                                                                 | 15,6    |            |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych                  | Palenie papierosów od czasu do czasu                                 | 65,8    | 77,8       |
|                                                        | Palenie 10 lub więcej papierosów dziennie                            | 45,9    | 43,8       |
|                                                        | Wypicie alkoholu raz lub dwa razy na rok                             | 91,5    | 95,8       |
|                                                        | Picie jednego lub dwóch drinków kilka razy w tygodniu                | 63,2    | 42,8       |
|                                                        | Upijanie się raz na tydzień                                          | 38,9    | 18,6       |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy marihuany lub haszyszu                  | 49,4    | 35,6       |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu                     | 40,3    | 22,9       |
|                                                        | Palenie marihuany lub haszyszu regularnie                            | 21,5    | 7,0        |
|                                                        | Spróbowanie raz lub dwa razy LSD lub jakiegoś innego halucynogenu    | 23,2    | 19,4       |
|                                                        | Spróbowanie heroiny raz lub dwa razy                                 | 17,8    | 15,6       |
|                                                        | Spróbowanie leków uspokajających lub nasennych (bez recepty lekarza) | 26,2    | 34,4       |
|                                                        | Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy                              | 28,2    | 24,3       |
|                                                        | Spróbowanie cracku raz lub dwa razy                                  | 18,1    | 15,3       |
|                                                        | Spróbowanie kokainy raz lub dwa razy                                 | 18,1    | 15,3       |
|                                                        | Spróbowanie ecstasy raz lub dwa razy                                 | 24,0    | 19,1       |
|                                                        | Spróbowanie środków wziewnych raz lub dwa razy                       | 15,5    | 13,9       |
| Spróbowanie polskiej heroiny (kompot) raz lub dwa razy | 13,8                                                                 | 13,7    |            |

Tabela 8. *Oczekiwana od rodziców akceptacja palenia papierosów*

| Poziom klasy                          | Oczekiwane pozwolenie na palenie papierosów | Pozwoliliby mi palić | Nie pozwoliliby mi palić w domu | W ogóle nie pozwoliliby mi palić | Nie wiem |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------|
| Trzecie klasy gimnazjów               | Ojciec                                      | 5,6                  | 7,8                             | 71,7                             | 14,8     |
|                                       | Matka                                       | 5,6                  | 8,0                             | 74,2                             | 12,3     |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych | Ojciec                                      | 12,4                 | 13,4                            | 53,5                             | 20,7     |
|                                       | Matka                                       | 12,7                 | 13,9                            | 56,9                             | 16,5     |

zapewne z większym rozpowszechnieniem ich używania w tej grupie. Warto zauważyć, że odsetki badanych, którzy nie potępiają używania leków uspokajających i nasennych, są wyższe u dziewcząt niż wśród chłopców. Koresponduje to z większym rozpowszechnieniem sięgania po te substancje właśnie przez dziewczęta niż przez chłopców. Podobną sytuację spotykamy tylko przy ocenach palenia tytoniu od czasu do czasu oraz picia alkoholu raz lub dwa razy do roku. Można przypuszczać, że ten styl używania substancji także bardziej właściwy jest dziewczętom niż chłopcom.

### Rodzice a używanie substancji przez młodzież

Wśród różnych instytucji odpowiedzialnych za wychowanie najważniejsza rola przypada rodzinie. Także w kwestii używania substancji psychoaktywnych rodzina, a szczególnie rodzice mogą mieć decydujący wpływ. Przyzwolenie ze strony rodziców lub brak zainteresowania stosunkiem dzieci do alkoholu i innych substancji może sprzyjać ich używaniu przez młodych ludzi, a odpowiednio realizowana strategia wychowawcza

może zapobiec podejmowaniu i ponawianiu doświadczeń z substancjami. Doniosłość profilaktycznej roli rodziny podkreślana była przez większość dorosłych badanych w ogólnopolskich badaniach ankietowych zrealizowanych w 2002 r. z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W badaniach nad postawami wobec alkoholu przeprowadzonymi w 1995 r., także przy finansowym wsparciu PARPA, ujawniła się tendencja do liberalizacji ze strony dorosłych w zakresie inicjacji alkoholowej przed wejściem w pełnoletność.

W referowanym tu badaniu kwestii stosunku rodziców do picia i używania innych substancji przez ich dzieci poświęcono dwa pytania. Trzeba zauważyć, że postawy rodziców poznajemy w tych badaniach za pośrednictwem ich dzieci. Odpowiedzi na pytania ankiety powinny być zatem traktowane bardziej jako wskaźnik oczekiwań dzieci względem rodziców niż postawy samych rodziców. Pierwsze pytanie o stosunek rodziców do używania substancji przez ich dzieci dotyczyło przyzwolenia na palenie tytoniu. Badani byli proszeni o odpowiedź na pytanie czy gdyby

chcieli palić papierosy, rodzice pozwoliliby na to. Wyniki zestawiono w *tabeli 8*.

Większość badanych gimnazjalistów jest przekonana o negatywnych reakcjach ze strony rodziców. Zdaniem 72% badanych ojców nie pozwoliliby im na takie zachowanie, a w opinii 74% nie pozwoliłaby matka. Tylko ok. 6% badanych oczekiwałoby pełnego przyzwolenia ze strony rodziców. Dalsze 8% jest zdania, że brak zgody ograniczałby się do palenia w domu.

W klasach starszych mniejsze frakcje badanych oczekiwałyby braku przyzwolenia

– 54% ze strony ojca i 57% ze strony matki. Prawie dwukrotnie wyższe niż wśród uczniów młodszych odsetki uczniów starszych spodziewałyby się pełnego przyzwolenia na palenie (ok. 12-13%).

Następne pytanie dotyczące rodziców sondowało spodziewaną reakcję z ich strony na hipotetyczne upijanie się, używanie przetworów konopi oraz używanie ecstazy przez respondentów.

Jak wynika z danych zebranych w *tabeli 9*, zdecydowana większość badanych oczekuje braku przyzwolenia ze strony rodziców na upi-

*Tabela 9. Oczekiwane reakcje rodziców na poszczególne zachowania*

| Poziom klasy                          | Spodziewane reakcja                      | Nie pozwoliliby na to | Zniechęcałoby mnie do tego | Nie wiedzieliby o tym | Zaaprobowaliby to | Nie wiem |
|---------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|----------|
| Trzecie klasy gimnazjów               | Matki na upijanie się                    | 70,0                  | 12,4                       | 9,9                   | 1,3               | 6,3      |
|                                       | Ojca na upijanie się                     | 70,3                  | 11,0                       | 8,2                   | 1,8               | 8,6      |
|                                       | Matki na używanie marihuany lub haszyszu | 81,4                  | 4,5                        | 6,3                   | 1,2               | 6,6      |
|                                       | Ojca na używanie marihuany lub haszyszu  | 80,3                  | 3,9                        | 6,6                   | 1,1               | 8,0      |
|                                       | Matki na używanie ecstazy                | 82,3                  | 3,8                        | 5,8                   | 1,1               | 7,0      |
|                                       | Ojca na używanie ecstazy                 | 81,1                  | 3,4                        | 6,3                   | 1,1               | 8,2      |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych | Matki na upijanie się                    | 63,9                  | 19,0                       | 9,3                   | 1,7               | 6,1      |
|                                       | Ojca na upijanie się                     | 62,8                  | 16,1                       | 8,6                   | 2,8               | 9,6      |
|                                       | Matki na używanie marihuany lub haszyszu | 82,2                  | 4,8                        | 7,0                   | 0,8               | 5,2      |
|                                       | Ojca na używanie marihuany lub haszyszu  | 79,6                  | 3,5                        | 6,9                   | 0,9               | 9,0      |
|                                       | Matki na używanie ecstazy                | 84,3                  | 3,1                        | 5,7                   | 0,7               | 6,2      |
|                                       | Ojca na używanie ecstazy                 | 81,0                  | 2,6                        | 6,0                   | 0,8               | 9,6      |

anie się, a także na używanie takich substancji, jak przetwory konopi i ecstazy. Znacznie niższy odsetek respondentów spodziewały się nieco słabszej reakcji polegającej na zniechęcaniu. Odsetki oczekujących zniechęcania zamiast wyraźnego zakazu są wyższe w przypadku upijania się niż używania substancji nielegalnych. Aprobaty ze strony rodziców dla takich zachowań spodziewają się bardzo nieliczni – ok. 1%.

Jedynie około jednoprocentowe frakcje badanych oczekiwałyby ze strony rodziców akceptacji używania przetworów konopi lub ecstazy. Zgody na upijanie się spodziewa się niewiele więcej badanych, bo 1-3%.

Należy odnotować, że rozkłady odpowiedzi w klasach starszych niewiele odbiegają od uzyskanych w klasach gimnazjalnych. Oznaczać to może, że każde z badanych zachowań spotyka się z brakiem akceptacji niezależnie od tego, w jakim wieku się zdarza. Inaczej jest, jak pamiętamy, w kwestii palenia tytoniu poruszonej w poprzednim pytaniu. Rodzice starszej młodzieży w znacząco większym odsetku niż rodzice młodszych akceptowali palenie u swoich pociech.

## Wiarygodność wyników

W badaniu zastosowano dwa mechanizmy sprawdzające wiarygodność uzyskanych wyników. Pierwszy to pytanie o znajomość i o używanie nieistniejącego narkotyku nazwanego relvin. Jak pamiętamy z cytowanych już wyników, znajomość tego środka zadeklarowało 11-12% badanych, jednak do jego używania kiedykolwiek w życiu przyznało się nie więcej niż 1% badanych. Oznaczać to może, że badani w nieznanym tylko stopniu deklarowali doświadczenia, które miały pokrycie w faktach.

Próba przybliżenia skali możliwego zatajania swoich doświadczeń z narkotykami w odpowiedziach na pytania ankiety były dwa pytania. Można je traktować także jako wskaźnik poziomu zaufania respondentów. Pierwsze z nich brzmiało: Gdybyś kiedykolwiek używał(a) marihuany lub haszyszu, czy sądzisz, że napisał(a)byś to w tym kwestionariuszu? Drugie zostało identycznie sformułowane tyle, że dotyczyło heroiny. Rozkłady odpowiedzi zawarto w tabeli 10.

Jedynie ok. 5-12% badanej młodzieży zadeklarowało brak zaufania twierdząc, że nie

Tabela 10. Poziom zaufania respondentów

| Poziom klasy                          |                                                   | Już to napisałem w tej ankiecie | Zdecydowanie tak | Chyba tak | Chyba nie | Zdecydowanie nie |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------|-----------|------------------|
| Trzecie klasy gimnazjów               | Przyznanie się do używania marihuany lub haszyszu | 28,1                            | 42,9             | 17,2      | 3,5       | 8,4              |
|                                       | Przyznanie się do używania heroiny                | 20,6                            | 45,4             | 19,1      | 4,3       | 10,5             |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych | Przyznanie się do używania marihuany lub haszyszu | 39,3                            | 42,3             | 13,1      | 1,2       | 4,0              |
|                                       | Przyznanie się do używania heroiny                | 25,2                            | 50,1             | 15,9      | 2,5       | 6,3              |

Tabela 11. Poziom zaufania respondentów (odpowiedzi: „chyba nie” lub „zdecydowanie nie”)

| Poziom klasy                          |                                                   | 1995 | 1999 | 2003 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|------|------|------|
| Trzecie klasy gimnazjów               | Przyznanie się do używania marihuany lub haszyszu | 13,5 | 12,0 | 11,9 |
|                                       | Przyznanie się do używania heroiny                | 13,3 | 15,1 | 14,8 |
| Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych | Przyznanie się do używania marihuany lub haszyszu | 8,6  | 8,0  | 5,2  |
|                                       | Przyznanie się do używania heroiny                | 8,5  | 10,8 | 8,8  |

przyznaliby się do używania marihuany lub haszyszu, gdyby taki fakt miał miejsce. Analogiczny wskaźnik dla heroiny jest nieco wyższy i wynosi 9-15%. Zarówno przy konopiach, jak i przy heroinie młodszy uczniowie w wyższych odsetkach niż starsi twierdzili, że nie przyznaliby się do ich używania.

Porównanie analogicznych wskaźników z badań przeprowadzonych w 1995 r. i 1999 r. wskazuje na lekki spadek odsetka uczniów skłonnych zataić swoje doświadczenia z przetworami konopi nawet w anonimowych badaniach ankietowych (tabela 11). Analogiczne odsetki w odniesieniu do heroiny ulegają wahaniom, w wyniku których w 2003 r. nie odbiegają od stwierdzonych w badaniu z 1995 r.

W interpretacji powyższych wyników należy uwzględnić zmiany prawne, jakie zaszły w ciągu ostatnich ośmiu lat. W 1997 r. nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadziła karanie za posiadanie narkotyków, pozostawiając jednak poza sankcją karną posiadanie niewielkich ilości substancji nielegalnej z przeznaczeniem na własny użytek. W 2000 r. w drodze nowelizacji ustawy objęto sankcją karną także posiadanie niewielkich ilości na własny użytek. W wyniku tych zmian użytkownicy narkotyków stali się przestępcami, bowiem warunkiem używania narkotyków jest ich uprzednie posiadanie. Można było obawiać się, że spowoduje to większą skłonność do zatajania swoich doświadczeń z narkotykami, na-

wet w anonimowych badaniach ankietowych. Wyniki badania nie potwierdziły tych obaw. Trudno orzec, w jakim stopniu zdecydował tu wysoki poziom zaufania do badaczy i do samej instytucji badania, a w jakim przekonanie o rzeczywistej bezkarności posiadania narkotyków wynikającej ze znikomego prawdopodobieństwa wykrycia tego przestępstwa w przypadku użytkownika narkotyków.

## PODSUMOWANIE

W maju i czerwcu 2003 r. zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek 15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17-18 lat) naszego kraju. Badania przeprowadzono według metodologii międzynarodowego projektu podjętego z inicjatywy *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)* działającej przy Radzie Europy i koordynowanego przez CAN ze Sztokholmu. Wprawdzie celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, to jednak znalazła w nim miejsce także problematyka postaw wobec używania narkotyków.

Większość młodzieży jest dobrze zorientowana w zakresie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. O stopniu ryzyka,

według ocen respondentów, decyduje bardziej nasilenie używania niż rodzaj substancji.

Poziom akceptacji używania poszczególnych substancji jest znacznie zróżnicowany. Sporadyczne picie jest powszechnie akceptowane, natomiast używanie substancji nielegalnych spotyka się generalnie z większym potępieniem niż picie alkoholu czy palenie tytoniu. Należy odnotować, że marihuana i haszysz są przez młodzież traktowane wyraźnie bardziej liberalnie niż inne substancje nielegalne.

W opinii zdecydowanej większości badanych upijanie się oraz używanie substancji nielegalnych spotyka się z brakiem przyzwolenia rodziców. Palenie tytoniu, przynajmniej w przypadku starszych uczniów, wywołuje bardziej zróżnicowane reakcje rodziców.

Porównanie wyników badania z 2003 r. z wynikami badań zrealizowanych w latach 1999 i 1995 wykazało w sumie niewielkie zmiany w postawach młodzieży wobec substancji psychoaktywnych. Dynamika tych zmian wydaje się mniejsza niż w przypadku używania czy dostępności substancji. Do najistotniejszych zmian zaliczyć trzeba tendencję w zakresie postrzegania przetworów konopi. W okresie dzielącym badania daje się zauważyć wzrost odsetka respondentów, którzy nie potępiają używania konopi, oraz spadek odsetka wiążących używanie konopi z dużym ryzykiem powstania szkód, zarówno zdrowotnych, jak i innych.

W badaniu nie odnotowano wzrostu odsetka młodzieży skłonnej do zatajania swoich doświadczeń z narkotykami. Kolejne zaostżenia prawa, a w szczególności rozszerzanie sankcji karnych na posiadanie narkotyków, jakie dokonano się w 1997 r. i 2000 r., nie wystraszyło młodzieży w takim stopniu, żeby odbiło się to na wiarygodności wyników badań ankietowych.

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

Wyniki badania skłaniają do zastanowienia się nad formułowaniem przekazów profilaktycznych. Tendencja do względnie liberalnego podejścia do przetworów konopi czy przekonania o mniejszym ryzyku szkód z wiązanych z ich używaniem niż w przypadku takich narkotyków jak heroina czy kokaina pokazuje kierunki myślenia młodzieży na ten temat. Wydaje się, że warto przeanalizować przekaz profilaktyczny, szczególnie o charakterze edukacyjnym, pod kątem przystawalności do doświadczeń, postaw i przekonań młodych ludzi. Szczególnie narastanie odsetka młodzieży zorientowanej liberalnie wobec marihuany i haszyszu oraz spadek odsetka przekonanych o dużym ryzyku szkód z wiązanych z używaniem tych substancji powinny dać do myślenia twórcom przekazów profilaktycznych.

Wydaje się, że kwestie te powinny stać się przedmiotem pogłębionych badań nacełowanych na wypracowanie nowych, bardziej skutecznych sposobów wpływania na postawy młodych ludzi.

**Janusz Sierosławski**

*Instytut Psychiatrii i Neurologii,  
Warszawa*

# PRZEGLĄD BADAŃ DOTYCZĄCYCH SKUTECZNYCH STRATEGII PROFILAKTYCZNYCH

## Cel i założenia przeglądu

Podstawowym celem niniejszego przeglądu jest zebranie informacji na temat strategii i programów profilaktycznych, które sprawdziły się w praktyce. Oznacza to poszukiwanie informacji o działaniach, których skuteczność została udowodniona w poprawnych metodologicznie badaniach.

Zgodnie z założeniami, przegląd obejmuje prace opublikowane w ciągu ostatnich 5 lat (od roku 1999). Są w nim uwzględnione jedynie opracowania naukowe, a więc takie, które zawierają informacje z badań ewaluacyjnych danego programu lub analizę (przeгляд) różnych projektów badawczych. Przyjęte kryterium sprawia, że większość omawianych prac pochodzi z USA, gdzie tradycja badań ewaluacyjnych jest najdłuższa, a standardy metodologiczne – najostrejsze.

Zebrane informacje stanowią tło, na którym prezentowane są polskie doświadczenia w realizacji programów nawiązujących do danej strategii profilaktycznej. Omawiane są nie tylko programy poddane ewaluacji w ostatnich pięciu latach (takich jest bardzo niewiele, a na dodatek żadne z badań nie spełnia wszystkich kryteriów metodologicznych, takich jak np. losowy dobór badanych, wystarczająca wielkość próby, porównywalność grup eksperymentalnych

i kontrolnych, analiza odroczonego efektów), ale też programy, wobec których istnieją konkretne plany badawcze.

## Podstawowe źródła informacji

- ▶ **Opracowania przygotowane na zlecenie znanych agencji** zajmujących się problematyką uzależnień dostępne na ich stronach internetowych:
  - EMCDDA (*European Monitoring Center on Drug and Drug Abuse*) przygotowało analizę szkolnych programów profilaktycznych. Dotyczy ona jedynie treści programów, natomiast brak jest danych na temat ich skuteczności (Burkhart, Crusellas, 2002).
  - SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), a właściwie CSAP (*Center for Substance Abuse Prevention*) będące jego częścią opracowało listę skutecznych programów profilaktycznych (National Registry of Effective Programs – NREP). Na podstawie 18 kryteriów metodologicznych\* dokonano podziału programów na „obiecujące” i „skuteczne”. Programy „skuteczne”, których autorzy zgodzili się wziąć udział w projekcie badawczym SAMHSA dotyczącym upowszechniania programów w skali kraju, zostały zaklasyfikowane do grupy

\* Kryteria uwzględniały: podstawy teoretyczne programu, gwarancję realizacji zgodnie z założeniami, prowadzenie ewaluacji procesu, metodologię ewaluacji wyników, rzetelność i użyteczność badań, możliwości upowszechniania programu.

programów „modelowych”. Obecnie jest ich ponad dwadzieścia. Kilka „modelowych” programów (z listy SAMHSA) zostało już wcześniej przybliżonych polskiemu czytelnikom (Ostaszewski, 2003). Były to szkolne programy: Life Skills Training, ALERT oraz Project Northland. Sześć innych programów z listy nie spełnia założeń niniejszego przeglądu, ponieważ:

- nie dotyczą szeroko rozumianych substancji psychoaktywnych, a jedynie alkoholu (np., Protecting You/Protecting Me<sup>®</sup>, Challenging College Alcohol Abuse),
  - są adresowane do osób dorosłych borykających się z własnym problemem alkoholowym (np. Team Awareness, Healthy Workplace, Nurse Family Partnership),
  - ostatnia publikacja na ich temat jest starsza niż zakładany okres ostatnich pięciu lat (np. Reconnecting Youth).
- NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) i Department of Education przeprowadziły własne analizy programów profilaktycznych. Kryteria klasyfikacji były podobne jak w przypadku SAMHSA, chociaż większy nacisk został położony na ocenę metodologii badań ewaluacyjnych, np. jednym z kryteriów była zależność między autorami (realizatorami) programu a agencją badawczą. Uwzględniono również koszty realizacji programu. Powstała lista programów „obiecujących” i „udowodnionych” w znacznej mierze tożsama z NREP. Z programów nieuwzględnionych przez SAMHSA znalazły się na niej, jako „udowodnione”: Project STAR/Midwestern Prevention Project (MPP) – opisany przez Ostaszewskiego (2003) oraz Carolina Abecedarian Project i Big Brothers Big Sisters of America (są one omówione w dalszej części przeglądu).

- UNDCP (*United Nations Drug Control Policy*) wydaje własne opracowania dotyczące różnych rodzajów działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży na całym świecie. Mają one przeważnie charakter popularyzatorski. Jedyne materiały zebrane w ramach projektu dotyczące szkolnych programów profilaktycznych spełniają założenia niniejszego przeglądu (Ballard, 2002).

- ▶ **Zagraniczne czasopisma naukowe**, głównie dostępne w bazie danych Ebsco. Znaleziono publikacje dotyczące ewaluacji konkretnych programów lub strategii profilaktycznych dotyczyły w większości programów zamieszczonych na listach SAMHSA i/lub NIDA. Publikacje w czasopismach europejskich mają charakter poglądowy i opierają się w większości na danych z badań amerykańskich.

- ▶ **Polskie czasopisma naukowe** – psychologiczne, socjologiczne i medyczne. Publikacje na temat badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych znaleziono tylko w dwóch ze wszystkich przejranych tytułów: „Alkoholizm i Narkomania” oraz w „Medycynie Wieku Rozwojowego”.

- ▶ **Krajowe wydawnictwa książkowe**. W ostatnich latach ukazały się dwie książki bezpośrednio odnoszące się do tematu niniejszego przeglądu: praca K. Ostaszewskiego „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych” (2003) oraz opracowanie zbiorowe pod redakcją J. Grzelaka i M. Sochockiego (2001) „Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”.

## Skuteczne strategie profilaktyczne i przykłady ich zastosowania

Strategie profilaktyczne są tylko jednym ze sposobów klasyfikacji programów profilaktycznych i odnoszą się głównie do sposobu postępowania o zasadniczym znaczeniu dla realizacji celów programu. Inne możliwe sposoby kategoryzacji programów nawiązują do ich podstaw teoretycznych lub „poziomu” profilaktyki (pierwotna, wtórna lub trzeciorzędowa). Jednak zgodnie z założeniami niniejszego przeglądu właśnie strategie zastosowane w programach są podstawowym kryterium opisu.

Przedstawiona poniżej kategoryzacja strategii profilaktycznych jest oparta na klasyfikacji UNDCP. Wyróżnianie takich właśnie strategii jest wygodne, gdyż pozwala uzyskać ogólną orientację w rodzajach działań, jakie mogą być podejmowane w ramach profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Jednak odniesienie ogólnej strategii do konkretnych programów jest już trudniejsze, ponieważ w większości programów wykorzystywane są elementy kilku strategii. Na przykład często łączone jest podejście edukacyjne ze strategią środowiskową, a w ramach strategii interwencyjnej mieszczą się bardzo różne działania: od przekazywania informacji do terapii rodzinnej. Dlatego przypisywanie programów do strategii, tak jak to ma miejsce w dalszej części tekstu, jest w dużej mierze zabiegiem sztucznym i ma charakter uznaniowy.

W ramach jednej i tej samej strategii mieszczą się bardzo zróżnicowane programy. Zarówno przeznaczone dla ogólnej populacji, jak i dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka albo dla rodzin zagrożonych nastolatków. Programy o bardzo zróżnicowanej długości oraz zakresie oddziaływań, a także przeznaczone

do realizacji w różnych miejscach (szkołach, domach, społecznościach lokalnych). Również programy przynoszące zróżnicowane efekty. Dlatego też trudno jest mówić o skuteczności poszczególnych strategii. Ważniejsze wydają się efekty jej zastosowania w konkretnych działaniach wobec określonej grupy odbiorców. A także to jakie elementy, jakich strategii warto ze sobą łączyć.

### Strategia przekazywania informacji

Ogólnie rzecz ujmując można powiedzieć, że strategia przekazywania informacji polega na szerzeniu wiedzy na temat:

- rozpowszechnienia używania i nadużywania narkotyków,
- indywidualnych, rodzinnych i społecznych konsekwencji używania,
- możliwości uzyskania pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem.

Poniżej pokrótce scharakteryzowano programy w dużej mierze oparte na tej właśnie strategii. Przy czym w każdym z nich jest ona łączona z elementami innych strategii (omówionych w dalszej części tekstu).

**Program Towards No Drug Abuse (TND)** jest przeznaczony dla starszych nastolatków (od 14 do 19 roku życia). Jego celem jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych, głównie poprzez przekaz informacji, ale są w nim również uwzględnione pewne działania mające rozwijać umiejętności społeczne uczniów (podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i krytycznego myślenia).

Informacje przekazywane w trakcie zajęć dotyczą środków psychoaktywnych (czym są i jak działają), rozumienia wpływu ich uży-

wania na innych (np. członków rodziny, przyjaciół osoby biorącej), obowiązujących w szkole zasad sprzeciwiających się używaniu środków psychoaktywnych oraz strategii rzucania palenia papierosów. Poza tym autorzy programu starają się wzmacniać akceptację norm przeciwnych braniu narkotyków oraz samoocenę uczniów.

Program przewiduje realizację 12 zajęć lekcyjnych w ciągu 4-6 tygodni. Są one prowadzone metodami aktywnymi – uczniowie są zachęceni do dyskusji, przygotowują prezentacje i ćwiczą pewne umiejętności społeczne.

Badania ewaluacyjne programu były prowadzone na dużej (około 1000-osobowej) grupie uczniów ze szkół dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem. Stwierdzono w nich ograniczenie palenia papierosów, picia alkoholu i używania marihuany oraz innych narkotyków przez uczniów objętych oddziaływaniami w porównaniu z wynikami grupy kontrolnej. Jak na program dla starszej młodzieży i proponujący działania w dość wąskim zakresie, są to zaskakująco dobre wyniki.

Innym programem, w którym istotną rolę odgrywa przekaz informacji na temat skutków używania substancji psychoaktywnych, jest **Athlets Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS)**. Jest to program opracowany z myślą o młodych sportowcach – chłopcach w wieku 15-18 lat, uprawiających football amerykański lub inne sporty siłowe. Jego celem jest zapobieganie używaniu sterydów, alkoholu i innych środków psychoaktywnych oraz promocja zdrowego odżywiania i ćwiczeń fizycznych.

Podobnie jak w programie Toward No Drug Abuse, poza przekazem informacji na temat działania sterydów, program zawiera elementy treningu umiejętności społecznych (skoncentro-

wanych na radzeniu sobie z presją rówieśniczą) oraz umiejętności indywidualnych (podejmowania decyzji, krytycznej analizy przekazów medialnych i samooceny). W programie ważne miejsce zajmuje modyfikacja pozytywnych oczekiwań związanych z używaniem sterydów oraz kształtowanie przekonania o braku aprobaty dla ich używania ze strony trenera i innych ważnych osób.

Zajęcia edukacyjne przewidziane programem są prowadzone przez trenerów współpracujących z liderami rówieśniczymi. Podstawowa seria 45-minutowych zajęć w ciągu 10 tygodni (są prowadzone tylko w sezonie footballowym) jest uzupełniana sesjami dodatkowymi. Poza tym w ramach treningów sportowych chłopcy otrzymują materiały edukacyjne na temat zasad odżywiania i propozycje zestawów ćwiczeń rozwijających mięśnie. Podkreślane jest znaczenie ćwiczenia w grupach, budowania zespołu, a nie tylko treningu indywidualnego.

Rodzice lub opiekunowie zawodników otrzymują informacje na temat zasad odżywiania i są zachęceni do udziału w spotkaniu poświęconym omówieniu programu.

Wyniki badań ewaluacyjnych prowadzonych z zachowaniem wysokich standardów metodologicznych wskazują, że w 10 miesięcy po zakończeniu programu wśród jego uczestników zmniejszyła się intencja używania sterydów. W porównaniu z grupą kontrolną wystąpiło też opóźnienie inicjacji picia alkoholu i używania nielegalnych środków psychoaktywnych. Poprawiła się również wiedza chłopców o działaniu sterydów; wykazywali oni większy krytycyzm wobec doniesień prasowych, telewizyjnych i przekazów kolegów na ten temat. W większym stopniu byli też przekonani, że trener nie akceptuje używania sterydów, a także zmienili swój sposób odżywiania zgodnie ze wskazaniem programu.

Nie stwierdzono natomiast zmian w zakresie rozpowszechnienia używania sterydów. Może to jednak wynikać z bardzo małej liczebności grupy tych, którzy w preteście przyznali się do używania sterydów (1-3% próby). Te wyniki skłoniły autorów do opracowania zmodyfikowanej wersji programu, przeznaczonej do realizacji w pozaszkolnych ośrodkach treningowych, gdzie odsetki chłopców używających sterydów są znacznie wyższe.

W tym miejscu warto przypomnieć, że chociaż programy oparte na przekazie informacji o substancjach psychoaktywnych są powszechnie krytykowane za małą skuteczność, to programy pozbawione komponentu informacyjnego również nie przynoszą pozytywnych efektów. Aby przekaz informacyjny był skuteczny muszą być jednak spełnione pewne warunki:

- Osoba przekazująca informacje musi być dobrze odbierana przez słuchaczy, mieć autorytet (dlatego warto jest korzystać z pomocy liderów rówieśniczych, którzy często są lepiej odbierani przez młodzież niż np. nauczyciele).
- Informacje powinny dotyczyć ważnych z perspektywy odbiorcy i realnych konsekwencji używania (np. koncentrować się wokół bezpośrednich zagrożeń związanych nawet ze sporadycznym braniem narkotyków, a nie wokół odroczonej konsekwencji, takich jak uzależnienie, które w odczuciu młodych ludzi są czymś abstrakcyjnym).
- W świadomości odbiorcy przykre konsekwencje, o jakich jest informowany, powinny przeważać nad korzyściami, jakich może oczekiwać w związku z używaniem środków psychoaktywnych.
- Przekaz powinien być obrazowy oraz powtarzany często i regularnie.

## Strategia edukacyjna

W programach profilaktycznych często wykorzystywana jest strategia edukacyjna. Jest ona nastawiona na poprawę umiejętności życiowych i społecznych adresatów programu. Są oni uczeni podejmowania decyzji, odpierania presji, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów, porozumiewania się i krytycznego myślenia. Strategia ta dominuje w programach szkolnych, ale bywa też wykorzystywana w pracy z rodzinami, a jej elementy pojawiają się również w programach dla młodzieży z grup wysokiego ryzyka.

Wśród szkolnych i szkolno-środowiskowych programów zamieszczonych na listach SAMHSA i/lub NIDA, opartych na strategii edukacyjnej, wymienić można **All Stars** przeznaczony dla młodzieży 11-14-letniej (program ten może być prowadzony poza szkołą, np. w świetlicach, na obozach), **Lions-Quest Skills for Adolescence** obejmujący młodzież w podobnym wieku, czyli 10-14-latków, **Keep a Clear Mind (KACM)** dla nieco młodszych (8-12-latków) oraz **Too Good For Drugs (TGFD)** – program obejmujący wszystkich w wieku szkolnym (od 5 do 18 roku życia).

Wspólnym celem większości programów jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych. Ten cel jest realizowany w węższym lub szerszym kontekście, np. ograniczania innych zachowań ryzykownych, takich jak przemoc i przedwczesna aktywność seksualna (All Stars) lub stymulowania pełnego i harmonijnego rozwoju dzieci i młodzieży (Lions-Quest Skills for Adolescence). Program Keep a Clear Mind koncentruje się wokół problematyki ograniczania używania substancji „torujących drogę” – alkoholu, papierosów

i marihuany, a w programie Too Good For Drugs cel jest skromniejszy i dotyczy redukcji intencji używania środków psychoaktywnych.

Treści tych programów nawiązują do teorii zachowań problemowych, teorii społecznego uczenia się i/lub teorii uzasadnionego działania. Najczęściej uwzględniane „umiejętności” dotyczą: podejmowania decyzji, odpierania presji, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów, porozumiewania się i krytycznego myślenia.

Spośród środowiskowych czynników chroniących najczęściej uwzględniane są rodzinne, np.: pozytywne zainteresowanie (opieka) rodziców, ich wiara w dziecko, postawa przeciwna używaniu środków psychoaktywnych, jasne zasady zachowania obowiązujące w rodzinie. W dwóch programach (Lions-Quest Skills for Adolescence i All Stars) uwzględniane są też czynniki szkolne, takie jak: przyjazny klimat szkoły, dobra komunikacja między uczniami i nauczycielami, oczekiwania nauczycieli wobec uczniów dostosowane do możliwości dzieci oraz jasne zasady zachowania w szkole.

We wszystkich omawianych tu programach stosowane są następujące formy działania:

- **Zajęcia w klasach** są podstawą realizacji programu. Ich intensywność jest bardzo zróżnicowana: od czterech lekcji w ciągu jednego roku, poprzez kilka (kilkanaście) spotkań w dwóch kolejnych latach nauki, po około kilkaset godzin zajęć rozłożonych na trzy lata albo tak jak w programie Too Good For Drugs – na wszystkie lata nauki.
- **Aktywne metody** prowadzenia zajęć wykorzystywane w programach to: praca w małych grupach, dyskusje, rozwiązywanie zadań, gry, przygotowywanie nagrań video, prace plastyczne, prezentacje i ćwiczenia.

- Ważnym elementem programów jest też **udział rodziców**, którzy wykonują wspólnie z dziećmi zadania domowe i uczestniczą w spotkaniach szkoleniowych oraz otrzymują informacje o właściwym postępowaniu z dziećmi (w formie ulotek lub na CD). Rodzice są też zachęceni do wspierania działań szkoły poprzez rozmowy z dziećmi i wzmacnianie ich umiejętności nabywanych w trakcie zajęć szkolnych.
- Znaczenie aktywnego udziału uczniów w programie podkreślają też **różne formy nagród** (wzmocnień), jakie otrzymują. Mogą to być certyfikaty potwierdzające ich osobiste zaangażowanie w tematykę programu lub drobne upominki.
- Realizacji tych zajęć mogą też towarzyszyć **spotkania dyskusyjne dla nauczycieli, rodziców i przedstawicieli społeczności lokalnej** mające pomóc w tworzeniu przyjaznego klimatu wokół szkoły.

Przegląd badań ewaluacyjnych omawianych programów wskazuje, że najlepsze i najlepiej udokumentowane wyniki ma program All Stars. Po zakończeniu realizacji trzyletniego programu stwierdzono ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez uczniów uczestniczących w programie w porównaniu z grupą kontrolną. Poza tym oczekiwane zmiany wystąpiły w zakresie wszystkich uwzględnionych czynników ryzyka i chroniących (np. uczniowie wykazywali większe zainteresowanie własną przyszłością, w większym stopniu akceptowali konwencjonalne normy zachowania, lepiej komunikowali się z rodzicami i nauczycielami i wzrosło ich poczucie więzi ze szkołą) stwierdzono też opóźnienie aktywności seksualnej uczestników programu.

Wyniki ewaluacji programu Lions-Quest Skills for Adolescence są zróżnicowane w zależności od tego, w jakim kraju program był realizowany (jest to jeden z najbardziej rozpowszechnionych programów na świecie, funkcjonuje w ponad 30 krajach i ma 16 wersji językowych) i w jaki sposób sprawdzano jego skuteczność. Jednak we wszystkich badanych grupach stwierdzono opóźnienie inicjacji regularnego palenia papierosów i eksperymentowania z marihuaną. Najbardziej niejednoznaczne są wyniki dotyczące opóźnienia częstego picia i upijania się oraz zmian w zakresie poszczególnych zmiennych pośredniczących (czynników ryzyka i czynników chroniących).

Wyniki programu Too Good For Drugs (potwierdzone w kilku badaniach) wyrażają się w zmianach postaw i intencji palenia papierosów, picia alkoholu i używania narkotyków, a nie w zachowaniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Najsłabsze są wyniki programu Keep a Clear Mind. Co więcej – były one sprawdzane tylko bezpośrednio po zakończeniu realizacji programu. Stwierdzono, że dzieci prezentują bardziej realistyczne przekonania normatywne dotyczące używania środków psychoaktywnych przez rówieśników oraz postawy rodziców wobec używania marihuany. Poza tym rodzice pozytywnie ocenili program. Uznali, że dzieci lepiej potrafią odmawiać używania substancji psychoaktywnych, a oni sami mniej się obawiają, że dzieci zaczną brać narkotyki.

Porównując wyniki tego programu z wynikami innych omówionych tu programów należy jednak pamiętać, że Keep a Clear Mind jest programem zdecydowanie krótszym od pozostałych (składa się z 4 lekcji odrabianych w domach razem z rodzicami oraz 5 ulotek dla rodziców), jest wyjątkowo oszczędny, a jego

realizacja nie wymaga nawet szkolenia realizatorów. Natomiast autorzy innych programów (np. Too Good For Drugs) oraz ich ewaluatorzy (np. All Stars) podkreślają konieczność dobrego przygotowania i osobistego zaangażowania nauczycieli realizujących program. W programie All Stars stwierdzono, że jego efekty są lepsze, gdy jest prowadzony przez dobrze przygotowanych nauczycieli niż wtedy, gdy jest prowadzony przez specjalistów z zewnątrz.

Programem profilaktycznym adresowanym do rodzin, opartym na strategii edukacyjnej jest **Creating Lasting Family Connections**. Jego podstawowym celem jest zapobieganie używaniu alkoholu i innych środków psychoaktywnych przez młodzież w wieku 12-14 lat, a realizacja opiera się na udziale w zajęciach edukacyjnych. Program dla rodziców przewiduje około 60 godzin zajęć, rozłożonych na kilka miesięcy. Warsztaty dla dzieci są nieco krótsze.

Rodzice otrzymują informacje na temat środków psychoaktywnych i umiejętności wychowawczych, a wspólnie z dziećmi biorą udział w sesjach poświęconych komunikowaniu się. Udział w zajęciach ma wpływać na poprawę porozumiewania się rodziców z dziećmi, podnosić umiejętności wychowawcze rodziców, a także pomagać w radzeniu sobie z zachowaniami problemowymi dzieci. Powinien też wzmacniać poczucie wsparcia w środowisku lokalnym, a dzieci „uodparniać” na negatywne wpływy rówieśników i środków masowego przekazu.

W badaniach prowadzonych rok po zakończeniu programu stwierdzono, że rodziny objęte oddziaływaniami w porównaniu z grupą kontrolną lepiej wykorzystują wsparcie oferowane przez instytucje lokalne. Program wpływa na poprawę porozumiewania się dzieci i rodziców. Dzieci są częściej włączane do ustalania

rodzinnych zasad przeciwnych picciu alkoholu i używaniu narkotyków i relacjonują silniejsze poczucie więzi z matkami. Nie stwierdzono bezpośredniego wpływu programu na używanie środków psychoaktywnych przez nastolatków, z tego też powodu w rankingu NIDA program został zaklasyfikowany za ledwie jako „obietujący”. Jego minusem był też fakt prowadzenia rekrutacji uczestników przez funkcjonujące w społeczności lokalnej zgromadzenia religijne (katolickie i protestanckie), co ogranicza możliwość uogólniania wyników.

Program **Families And Schools Together (FAST)** również można określić jako edukacyjny, chociaż zajęcia są w nim prowadzone z uwzględnieniem szerszego kontekstu środowiskowego – głównie szkolnego. W programie, oprócz czynników związanych z relacjami w rodzinie, uwzględnia się również czynniki szkolne: niskie poczucie więzi ze szkołą dzieci i rodziców oraz niepowodzenia szkolne uczniów, szersze wpływy środowiskowe, takie jak np. postawa tolerancji wobec używania narkotyków w otoczeniu, a także czynniki indywidualne dotyczące zaburzeń zachowania i zaburzeń emocjonalnych u dziecka oraz wysokiego poziomu stresu rodziców.

Podstawową formą oddziaływań w programie Families And Schools Together są spotkania warsztatowe dla rodzin. Bierze w nich udział od 5 do 25 rodzin. Spotkania są rozłożone na okres od 8 do 12 tygodni. W części zajęć rodzice uczestniczą wspólnie z dziećmi – biorą udział w grach, zabawach i loterii. Część zajęć jest przeznaczona tylko dla rodziców; są to spotkania grup wsparcia oraz indywidualne konsultacje z terapeutą. W tym samym czasie (gdy rodzice są zajęci) dzieci bawią się pod okiem innych członków zespołu. Poza tym w ramach

programu są organizowane spotkania organizacyjno-dyskusyjne. Raz w miesiącu rodzice, którzy akurat uczęszczają na zajęcia warsztatowe, i ci, którzy wcześniej brali w nich udział, ale nadal czują się związani z programem, spotykają się, żeby ustalić dalsze działania. Zastanawiają się też, które ze znanych im rodzin mogą skorzystać z zajęć programowych, czyli kogo jeszcze zaprosić do udziału w programie.

Informacje uzyskane po roku i dwu latach od zakończenia programu od rodziców i nauczycieli dzieci (w wieku 4-12 lat), które wraz z rodzicami uczestniczyły w programie Families And Schools Together (FAST), pozwoliły stwierdzić mniej zachowań agresywnych i lękowych, lepsze wyniki w nauce oraz ogólną poprawę funkcjonowania społecznego dzieci. Program miał też pozytywny wpływ na rodziców, którzy częściej zgłaszali się do specjalistów w związku z własnymi problemami (alkohol, narkotyki, zaburzenia emocjonalne), podejmowali przerwana w młodości naukę, stawali się aktywnymi członkami społeczności lokalnej, a także utrzymywali przyjaźnie z innymi rodzicami poznanymi w trakcie programu. Ten ostatni wynik wydaje się szczególnie istotny ze względu na fakt, że wiele rodzin biorących udział w programie było wcześniej izolowanych przez społeczność lokalną (izolacja społeczna była jednym z kryteriów rekrutacyjnych).

W Polsce w ostatnich latach opublikowano wyniki badań ewaluacyjnych jednego programu opartego na strategii edukacyjnej – **Programu Domowych Detektywów**. Program ten dotyczy jednak wyłącznie problematyki alkoholowej i w tym zakresie przynosi pozytywne, bezpośrednie efekty. Wpływa też na ograniczenie częstości palenia papierosów (Ostaszewski i wsp., 2000). O sukcesie tego programu de-

cyduje aktywny udział rodziców, a także dostosowana do wieku odbiorców (10-11-latków) forma pracy z wykorzystaniem komiksów, gier i zabaw prowadzonych w dużej mierze przez liderów młodzieżowych (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2000).

Podsumowując, można powiedzieć, że programy edukacyjne weszły już do kanonu działań profilaktycznych i to do tego stopnia, że bywają utożsamiane z profilaktyką w ogóle (por. Ostaszewski, 2003). Jednak efekty tych najbardziej rozpowszechnionych i najczęściej poddawanych badaniom ewaluacyjnym programów są niejednoznaczne. Bezsporne pozostają oczywiście wskazania formułowane na podstawie wcześniejszych przeglądów (NIDA, 2003; UNDCP, 2003; Ballard, 2002, Burkhart, Crusellas, 2002, Cuijpers, 2002, Ostaszewski, 2000), a dotyczące:

- treści programów i ich podstaw teoretycznych (takich jak np. edukacja normatywna, uczenie umiejętności życiowych i odpierania negatywnych wpływów społecznych),
- formy (odpowiednia intensywność i metodyka zajęć),
- przygotowania realizacji (dobrze przygotowani realizatorzy i zapewnione wsparcie społeczne).

Jednak jak wynika z przedstawionego powyżej przeglądu, do czynników zwiększających skuteczność szkolnych programów edukacyjnych należy również ich kontekst. Najlepsze efekty przynoszą zajęcia profilaktyczne, które są wkomponowane w szerszy program działań wychowawczych szkoły, tak jak ma to miejsce w programach All Stars i Lions-Quest Skills for Adolescence.

Podobny wniosek co do znaczenia kontekstu edukacji profilaktycznej nasuwają wyniki

omówionych wyżej programów dla rodzin borykających się z problemami wychowawczymi. Wprawdzie w żadnym z nich nie stwierdzono ograniczenia używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków, jednak lepsze wyniki – wyrażające się zmianami zachowań – przynosi program w szerszym zakresie uwzględniający wpływy społeczne, czyli Families and Schools Together.

### Strategia działań środowiskowych

W strategii działań środowiskowych podstawowe znaczenie ma modyfikowanie postaw społecznych i standardów obyczajowych sprzyjających używaniu środków psychoaktywnych. Może to polegać np. na wprowadzaniu do szkół jasnych i precyzyjnych zasad sprzeciwiających się używaniu narkotyków, ograniczaniu podaży legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych w środowisku lokalnym, zmianach zasad reklamowania alkoholu i papierosów. Jednak najbardziej rozpowszechnione są działania, które trudno jest jednoznacznie określić i zaklasyfikować, ponieważ polegają na tworzeniu atmosfery stymulującej prawidłowy i wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży.

Do tego nurtu działań należą szkolne programy **Child Development Project (CDP)**, przeznaczony dla dzieci w młodszym wieku szkolnym (5-12 lat) oraz **Positive Action (PA)**, obejmujący wszystkich uczących się (od 5 do 18 roku życia).

Podstawowym celem obu programów jest ograniczenie zachowań ryzykownych, takich jak wczesne używanie alkoholu i marihuany oraz stosowanie przemocy, a także poprawa osiągnięć szkolnych dzieci i młodzieży. W obu przypadkach sposobem na realizację tego celu

jest poprawa klimatu szkoły, tak aby stała się ona przyjazną „społecznością uczących się”.

Czynniki chroniące jakie są wzmacniane w obu programach to:

- umiejętności społeczne (np. rozwiązywania problemów i radzenia sobie z konfliktami),
- poczucie więzi ze szkołą, a co się z tym wiąże poczucie bezpieczeństwa w szkole, poszanowanie obowiązujących w szkole zasad oraz poczucie oparcia i przekonanie o możliwości uzyskania pomocy w szkole,
- akceptacja wartości prospołecznych,
- związek z pozytywną grupą rówieśniczą,
- pozytywne zainteresowanie (opieka) rodziców oraz umiejętność porozumiewania się członków rodziny.

W programie Child Development Project większy nacisk położony jest na kwestie związane z wypełnianiem obowiązków szkolnych, natomiast w programie Positive Action podkreślana jest kwestia indywidualnego rozwoju uczniów i nauczycieli, a co za tym idzie kształtowania pozytywnych cech, takich jak np. wysoka samoocena i umiejętności indywidualnych np. współpracy.

Do zadań obu programów należy ograniczanie niekorzystnego wpływu czynników środowiskowych związanych z sytuacją rodzinną uczniów (np. brakiem zaangażowania rodziców w życie dziecka lub poważnymi konfliktami w rodzinie) oraz ich funkcjonowaniem w szkole (np. brakiem zaangażowania w życie szkoły). Programy mają też redukować indywidualne czynniki ryzyka, takie jak nieadekwatna samoocena, niedostateczna samokontrola, asertywność i braki w zakresie innych umiejętności społeczno-emocjonalnych. Mają też ograniczać zachowania problemowe wynikające z nieposza-

nowania podstawowych wartości społecznych, w tym również wczesne kontakty ze środkami psychoaktywnymi.

Program Child Development Project stara się również ograniczać niepowodzenia szkolne uczniów, a w programie Positive Action akcentowana jest kwestia podatności na niekorzystne wpływy rówieśnicze i radzenia sobie z zachowaniami problemowymi rówieśników. Dużo uwagi poświęca się także formułowaniu i przestrzeganiu jasnych reguł zachowania w domu i w szkole.

Cechą wspólną obu programów jest podejście do zajęć edukacyjnych w klasach. Nie są one realizowane według z góry ustalonego harmonogramu, natomiast stanowią integralną część programu szkolnego, toczonego się „na okrągło”. To nauczyciel decyduje o potrzebie ich przeprowadzenia i tematyce. Najczęściej poruszane kwestie dotyczą norm grupowych oraz rozwiązywania zaistniałych w klasie problemów. Zajęcia stwarzają też uczniom możliwość udziału w różnych sensorycznych, twórczych działaniach.

Poza tym w obu programach duże znaczenie ma współpraca z rodzicami, jednak jej formy są zróżnicowane. W programie Child Development Project rodzice (lub opiekunowie) rozwiązują z dziećmi zadania domowe (1-2 razy w miesiącu). Ich celem jest nawiązanie rozmowy z dzieckiem i zapoznanie się z tym, co się dzieje w szkole. Do szkoły rodziny są zapraszane na różnego typu spotkania okolicznościowe lub towarzyskie, organizowane np. z okazji Dnia Babci lub aby wspólnie poczytać na głos. Natomiast w programie Positive Action większy nacisk jest położony na edukację rodziców. Otrzymują oni materiały edukacyjne oraz są zapraszani do udziału w innych zajęciach i spotkaniach szkoleniowych.

Wiele działań programu Positive Action jest nastawionych na mobilizowanie społeczności lokalnej do działania na rzecz szkoły i młodzieży. W związku z tym realizacja programu wymaga potężnej maszyny organizacyjnej i sprawnego koordynatora.

Najbardziej charakterystyczną formą oddziaływań w programie Child Development Project są spotkania w parach starszych uczniów z młodszymi organizowane przez szkołę. Każda para spotyka się na godzinę tygodniowo lub rzadziej. Celem spotkań jest wspólne uczenie się, wzajemne poznanie, a przede wszystkim budowanie wzajemnego zaufania.

Badania ewaluacyjne obu programów dostarczają jedynie informacji o ich krótkoterminowych efektach. O skuteczności programu Child Development Project świadczą wyniki trwających trzy lata badań, w których wyniki dzieci ze szkół objętych programem porównywano z wynikami uczniów ze szkół, w których program nie był realizowany. Stwierdzono ograniczenie używania substancji psychoaktywnych (głównie alkoholu i marihuany, wyniki dotyczące palenia papierosów były słabsze). Poza tym Child Development Project wpływa na poprawę samopoczucia uczniów w szkole i wzrost ich poczucia związku ze szkołą. Wyraża się to lepszymi wynikami w nauce, poprawą dyscypliny, mniejszą liczbą nieobecności oraz wzrostem zainteresowania kontynuowaniem nauki.

Ewaluacja programu Positive Action była prowadzona niezależnie w trzech różnych stanach. W jednym z badań stwierdzono mniej przypadków nadużywania substancji psychoaktywnych przez uczniów ze szkół objętych programem. We wszystkich trzech badaniach zaobserwowano pozytywne zmiany w zakresie innych zachowań problemowych (poprawę

dyscypliny w szkole, mniej absencji i przemocy) oraz poprawę wyników nauki.

**Carolina Abecedarian Project** jest programem środowiskowym przeznaczonym dla dzieci zagrożonych opóźnieniami rozwojowymi i niepowodzeniami szkolnymi. Poziom ryzyka jest diagnozowany przez lekarza w pierwszych miesiącach życia dziecka na podstawie wywiadu z rodzicami i wiąże się przeważnie z niskim wykształceniem rodziców i/lub ich niskim (poniżej normy) IQ. Rodziny kwalifikowane do udziału w programie mają też złą sytuację ekonomiczną i często są niepełne (opiekę nad dzieckiem sprawują samotne matki).

Celem programu jest pomoc dzieciom w pierwszych latach życia (od 6 miesiąca życia do 8 lat) realizacja zadań rozwojowych odpowiednich do wieku i zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych. Realizacji celu służy stworzenie dzieciom warunków środowiskowych ułatwiających naukę i prawidłowy rozwój. Ważnym elementem procesu jest systematyczna współpraca między szkołą a domem w pierwszych latach nauki dziecka.

Realizacja programu rozpoczyna się w momencie postawienia diagnozy o zwiększonym ryzyku wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju dziecka. Maluch jest kierowany do ośrodka dziennej opieki, w którym ma zapewnioną nie tylko opiekę, ale też prawidłową dietę, jednorazowe pieluchy, pomoc medyczną i socjalną, a także zajęcia wspierające rozwój poznawczy i wzbogacające słownictwo. Taka forma opieki jest gwarantowana przez 6 do 8 godzin dziennie, 5 dni w tygodniu, przez 50 tygodni w roku aż do ukończenia przez dziecko 3 lat. Potem dzieci przechodzą do normalnego przedszkola, a później do szkoły podstawowej. W przedszkolu i klasach 1-3 wraz z innymi dziećmi uczestniczą

w standardowych zajęciach, ale mają swojego osobistego nauczyciela. Jest on im przypisany na cały czas trwania programu. Jego zadaniem jest ścisła współpraca z rodzicami (odbywa w ciągu roku przynajmniej 15 wizyt domowych) oraz z przedszkolem, a później ze szkołą (przynajmniej 17 razy w ciągu roku odwiedza szkołę). Z rodzicami ustala np. program ich indywidualnej pracy z dzieckiem, a w szkole czuwa nad zachowaniem i postępami podopiecznego. „Prywatny nauczyciel” zapewnia też dziecku atrakcyjne formy spędzania czasu wolnego i wyjazdy na wakacje.

Ewaluacja programu była prowadzona na losowo dobranej grupie dzieci uczestniczących w programie i dzieci z grup kontrolnych. Do 5 roku życia dzieci ich rozwój był analizowany co kilka miesięcy. Potem ich losy były sprawdzane co kilka lat: gdy mieli lat 8, 12, 15, 18 i 21. W każdym kolejnym pomiarze stwierdzano znaczące postępy u dzieci objętych programem w porównaniu z grupami kontrolnymi. Najważniejsze wyniki dotyczyły:

- poprawy funkcjonowania poznawczego i intelektualnego;
- ograniczenia niepowodzeń szkolnych, co wyrażało się między innymi w tym, że mniej uczniów zostawało na drugi rok w tej samej klasie, a gdy dorośli - mieli wyższy poziom wykształcenia niż osoby z grupy kontrolnej;
- ograniczenia palenia marihuany i papierosów oraz posiadania dzieci przed osiągnięciem pełnoletności (te zmiany ujawniły się, gdy podopieczni programu mieli po 21 lat).

Efekty tego programu są doskonałe, ale wymaga on też ogromnych nakładów (około 13 900 dolarów na jedno dziecko w ciągu roku). Jednak autorzy i ewaluatorzy programu twierdzą, że

po latach poniesione koszty zwracają się w proporcji 1:4. Wynika to z większych możliwości zarobkowych podopiecznych, a także z faktu, że mają oni mniej problemów zdrowotnych.

W Polsce programy nawiązujące do koncepcji działań środowiskowych są przeważnie realizowane w szkołach. Ich celem jest ułatwienie prawidłowego rozwoju poprzez zacieśnianie poczucia więzi ze szkołą. Bliski strategii zmian środowiskowych wydaje się program **Spójrz Inaczej**. Jego celem jest kształtowanie prawidłowej osobowości i wspieranie rozwoju dziecka. Osiągnięcie tego celu oznacza, że w przyszłości dziecko nie będzie zainteresowane sięganiem po środki psychoaktywne (Kołodziejczyk i wsp., 1997). W realizacji programu we wszystkich grupach wiekowych (od I klasy szkoły podstawowej do I klasy gimnazjum) kluczowe znaczenie mają dwa elementy: zajęcia edukacyjne i osobisty kontakt nauczyciela z dziećmi. W przygotowaniu realizatorów szczególny nacisk jest położony na ich umiejętności słuchania dzieci, otwartego komunikowania im swoich uczuć i oczekiwań. Planowana ewaluacja **Spójrz Inaczej** ma na celu przede wszystkim sprawdzenie wpływu programu na rozwój kompetencji społecznych dzieci i ich postawy zdrowotne. Ważnym czynnikiem pośredniczącym, według autorki koncepcji badań, mają być spostrzegane przez uczniów relacje z nauczycielami (Deptuła, 2001). Obecny projekt badań ogranicza się jedynie do części programu przeznaczonej dla najmłodszych (z klas I-III szkoły podstawowej) i prawdopodobnie warto byłoby go poszerzyć.

Program **Trzy Koła**, zdaniem jego autorów, jest podobny do programu **Spójrz Inaczej**, przy czym jest słabiej ustrukturalizowany (Wolnie-

wicz-Grzelak, Grzelak, 2001, str. 278). Celem programu jest przede wszystkim, poprawa klimatu społecznego w klasach szkolnych i poczucie więzi między uczniami. Stworzenie w klasie przyjaznej atmosfery stwarza dobre podstawy do omawiania z uczniami ważnych dla nich spraw i problemów oraz rozwijania ich umiejętności społecznych. To z kolei jest bazą do poruszania tematów związanych z zagrożeniami zdrowia, w tym też – z używaniem substancji psychoaktywnych. Badania skuteczności programu wśród uczniów klas IV-VII wskazywały na jego pozytywne efekty w zakresie zachowań prospołecznych (takich jak np. pomaganie innym lub wyrażanie im uznania) oraz „niezdrowych” zachowań (np. długiego oglądania telewizji lub jedzenia słodyczy). Nie stwierdzono jednak istotnych zmian w częstości picia alkoholu i palenia papierosów (Wolniewicz-Grzelak, Grzelak, 2001).

Podsumowując wyniki amerykańskich programów opartych na strategii działań środowiskowych można stwierdzić, że są one bardzo dobre. We wszystkich trzech programach stwierdzono ograniczenie używania substancji psychoaktywnych oraz szereg innych pozytywnych zmian. Należy przy tym podkreślić, że efekty te zostały osiągnięte przy dużym nakładzie sił i środków. Realizacja programów jest nie tylko kosztowna, ale wymaga sprawnej maszyny organizacyjnej. Co więcej, udowodnienie pozytywnych efektów jest możliwe tylko dzięki badaniom prowadzonym w planie wieloletnim i na dużych próbach.

Z perspektywy zaprezentowanych programów amerykańskich polskie działania prowadzone w ramach strategii środowiskowej wydają się bardzo skromne. Co więcej, jak do tej pory, nie udało się dowieść ich skuteczności.

## Strategia alternatyw

W programach dla młodzieży z grup zwiększonego ryzyka rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych często wykorzystywana jest strategia alternatyw. Zajęcia alternatywne są wprowadzane po to, by zapewnić odbiorcom programu możliwość udziału w konstruktywnych i zdrowych formach aktywności, które wykluczają sięganie po środki psychoaktywne. Proponowane zajęcia są nie tylko atrakcyjne, ale zapewniają również realizację takich potrzeb, które inaczej są realizowane poprzez używanie narkotyków. Często działania alternatywne są prowadzone przez liderów młodzieżowych lub dorosłych wolontariuszy.

Do programów wykorzystujących zarówno strategię alternatyw, jak i działań środowiskowych należą **Across Ages**, przeznaczony dla młodszych (9-13-latków), **Big Brothers Big Sisters of America** – dla dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat oraz **Leadership and Resiliency Program (LRP)** - dla starszej młodzieży (14-17-letniej).

Celem tych programów jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych. Koncepcja pierwszego programu nawiązuje do teorii poprawy reputacji i polega na stwarzaniu nastolatkom możliwości pozytywnego zaistnienia w społeczności poprzez wzmacnianie ich związków z dorosłymi. Koncepcja pozostałych jest oparta na teorii wzmacniania odporności na niekorzystne wpływy środowiskowe.

We wszystkich trzech programach wzmacniane są kontakty z rówieśnikami stanowiącymi pozytywną grupę odniesienia oraz poczucie więzi ze szkołą. Rozwijane są też umiejętności indywidualne i społeczne podopiecznych, a zwłaszcza umiejętność rozwiązywania proble-

mów i konfliktów. W programach Across Ages i Big Brothers Big Sisters of America szczególne miejsce zajmuje budowanie pozytywnych relacji ze znaczącymi dorosłymi przedstawicielami społeczności lokalnej. Kontakt z nimi zapewnia nastolatkom udział w sensownych zajęciach w czasie wolnym, ułatwia wywiązywanie się z obowiązków szkolnych (pomoc w odrabianiu lekcji) oraz sprzyja dobrej komunikacji z rodzicami i wspólnemu, sensownemu spędzaniu czasu wolnego. Leadership and Resiliency Program wzmacnia pozytywne cechy osobowości, takie jak empatia i optymizm. Ma też zachęcać do poszanowania wartości i instytucji społecznych.

Czynniki ryzyka, których wpływ jest ograniczany poprzez udział w tych programach, dotyczą niepowodzeń szkolnych i złego zachowania w szkole. Zwraca się też uwagę na negatywny wpływ kolegów podejmujących zachowania ryzykowne, w tym też używających środków psychoaktywnych. Poza tym w programach Across Ages i Big Brothers Big Sisters of America większy nacisk jest położony na ograniczanie niekorzystnych wpływów środowiskowych, a w Leadership and Resiliency Program, na modyfikowanie indywidualnych cech nastolatków.

Środowiskowe czynniki ryzyka uwzględnione w programie Across Ages i w Big Brothers Big Sisters of America to przede wszystkim brak związków z dorosłymi modelami pozytywnych zachowań, używanie środków psychoaktywnych przez rodziców lub rodzeństwo, złe relacje z rodzicami. Ponadto realizacja programu ma wyrównywać braki związane ze złą sytuacją ekonomiczną rodziny, chodzeniem do złej (wychowawczo i edukacyjnie) szkoły oraz brakiem zasobów środowiskowych umożliwiających sensowne spędzanie czasu.

Autorzy i realizatorzy Leadership and Resiliency Program starają się ograniczać negatyw-

ny wpływ takich cech osobowości nastolatków, jak np. potrzeba silnych wrażeń oraz zewnętrzne poczucie kontroli, a także czynników zwiększających ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. Działania mają na celu ograniczanie różnego rodzaju zachowań problemowych nastolatków i modyfikowanie ich postaw tak, aby nie sprzyjały one sięganiu po środki psychoaktywne.

Specyfika programu Across Ages polega na systematycznych kontaktach nastolatków z dorosłymi opiekunami (mającymi przynajmniej 55 lat). Opiekunowie są wybierani i odpowiednio przygotowywani do pracy z młodzieżą przez koordynatorów programu. Spędzają oni ze swoimi podopiecznymi co najmniej 2 godziny tygodniowo (spotkania indywidualne). Nastolatki biorą też udział w zajęciach grupowych podnoszących ich umiejętności społeczne (26 lekcji, po jednej w tygodniu).

W programie Big Brothers Big Sisters of America różnice wieku między opiekunami a podopiecznymi są mniejsze. Jednak opiekunami są przeważnie ludzie dorośli. Przechodzą oni bardzo staranny proces selekcji i szkolenie. Następnie spędzają ze swoimi podopiecznymi od 3 do 5 godzin tygodniowo przez okres co najmniej roku (kontakt indywidualny). Cele spotkań są ustalane indywidualnie dla każdej pary na pierwszym spotkaniu, w którym uczestniczą także rodzice lub opiekunowie dziecka. Praca opiekunów jest monitorowana, a w pierwszym roku kontaktów z dzieckiem mają oni zapewnione przynajmniej 4 superwizje z koordynatorem programu.

Program tradycyjnie realizowany był poza szkołą, ale jego nowa wersja jest dostosowana do warunków szkolnych: wszystkie spotkania opiekuna z dzieckiem odbywają się w szkole. Opiekunami mogą też być osoby niepełnoletnie. Spotkań jest mniej – 1-2 godziny tygodniowo

i tylko w ciągu roku szkolnego. Mimo iż program realizowany jest w szkole, jego celem pozostaje nadal ogólny rozwój, a nie poprawa funkcjonowania i osiągnięć szkolnych.

Realizacja Leadership and Resiliency Program jest oparta na ścisłej współpracy szkoły z placówką zajmującą się młodzieżą z grup ryzyka; szkoła typuje uczestników, a specjaliści zapewniają im udział w zajęciach. Poza tym Leadership and Resiliency Program wyróżnia zaangażowanie nastolatków w działania na rzecz innych. Przynajmniej raz w miesiącu, najlepiej przez cały czas pobytu w szkole średniej, opiekują się zwierzętami zaniedbanymi lub maltretowanymi. Poza tym uczestnicy programu, u których widać wyraźną poprawę zachowania mają szansę prowadzenia zajęć z dziećmi ze szkół podstawowych. Zajęcia mogą dotyczyć np. uzależnień albo umiejętności społecznych. Nastolatko- wie uczestniczą nie tylko w realizacji, ale też w przygotowaniu programu.

Stosowane zarówno w programie Across Ages, jak i w Leadership and Resiliency Program formy działania to wykonywanie prac na rzecz społeczności lokalnej (około 1-2 godzin tygodniowo). Może to być np. upiększanie otoczenia poprzez sadzenie drzew albo czyszczenie zbiorników wodnych. Oba programy przewidują również współpracę z rodzicami. Rodzice i dzieci mają możliwość wspólnego uczestniczenia w spotkaniach weekendowych (w programie Across Ages) albo są zapraszani na wspólne wycieczki (w Leadership and Resiliency Program organizowanych jest przynajmniej 5 wyjazdów).

Program Across Ages może być realizowany w szkole i poza szkołą. Lepiej funkcjonuje w dużych miastach, które stwarzają większe szanse znalezienia dorosłych i nastoletnich

partnerów niemających ze sobą żadnych innych związków poza programem.

Najbardziej rzetelne są badania dotyczące wyników programu Big Brothers Big Sisters of America. Stwierdzono w nich znaczącą poprawę zachowania podopiecznych: ograniczenie inicjacji używania narkotyków i picia alkoholu, mniej nieobecności w szkole, rzadsze kłamstwa w domu i mniej zachowań agresywnych.

Ewaluacja pozostałych programów była prowadzona w dość ograniczonym zakresie (po jednym badaniu na każdy z programów). Co więcej, opis zastosowanych metod i procedur jest dość nieprecyzyjny (brak informacji np. o wielkości próby) albo wynika z niego, że nie porównywano wyników z grupą kontrolną. W żadnym z badań nie stwierdzono też zmian w zakresie używania substancji psychoaktywnych. Stwierdzane efekty programów dotyczą pozytywnych zmian w zakresie umiejętności indywidualnych i społecznych sprzyjających nieużywaniu narkotyków oraz poprawy wiedzy na temat skutków używania środków psychoaktywnych. W programie Across Ages odnotowano poza tym wzrost znaczenia przypisywanego przez nastolatków wartościom prospołecznym, a w Leadership and Resiliency Program – lepsze wyniki w szkole oraz mniej zachowań problemowych wśród uczestników programu.

Z doniesień prasowych wiadomo, że w Polsce funkcjonuje program Big Brother, Big Sister. Brak jest jednak rzetelnych informacji na temat jego organizacji i zasad realizacji. Zapewne nie podejmowano też żadnych prób oceny jego skuteczności. Strategia działań alternatywnych jest od dawna zalecana w pracach z grupami ryzyka (Kamiński, 1978). Sprawozdania z realizacji Krajowego Progra-

mu Przeciwdziałania Narkomanii (za rok 2002 i 2003) wskazują też, że jest to jedna z bardziej rozpowszechnionych form oddziaływań profilaktycznych prowadzonych w środowiskach lokalnych. Jednak o ich skuteczności również brak danych. Co więcej, na podstawie doświadczeń amerykańskich związanych z realizacją programów Across Ages i Leadership and Resiliency Program, można przypuszczać, że trudno byłoby udowodnić efekty tych programów w zakresie ograniczania używania substancji psychoaktywnych.

### Strategia przemian w społeczności lokalnej

Programy przeznaczone dla młodzieży z grup ryzyka mogą też być oparte na strategii zmian w społeczności lokalnej. Podstawą działań z tego nurtu jest wzmacnianie istniejących w społeczności lokalnej możliwości prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych i interwencyjnych poprzez lepsze planowanie, organizację, współpracę między instytucjami oraz ułatwianie korzystania z oferowanego serwisu.

Przykładem programu mieszczącego się w takiej strategii jest **CASASTART**. Jego podstawowym celem jest zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych i agresji wśród 11-13-latków z grup podwyższonego ryzyka. Cel ten jest realizowany poprzez stwarzanie nastolatkom możliwości prawidłowego rozwoju społecznego dzięki poprawie warunków środowiskowych w jakich przebywają.

Czynniki chroniące wzmacniane przez program to przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa we własnym środowisku, dobra komunikacja z rodziną i innymi dorosłymi oraz poszanowanie wartości społecznych. Program

rozwija też umiejętności społeczne podopiecznych. Czynniki ryzyka, których wpływ starają się ograniczać twórcy programu, są związane z niepowodzeniami szkolnymi nastolatków oraz ich zachowaniami problemowymi (nieposłuszeństwem w szkole, przynależnością do gangu, wykroczeniami). Poza tym w programie uwzględnia się występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie, używanie środków psychoaktywnych przez rodziców lub rodzeństwo oraz inne zachowania problemowe członków rodziny.

Osiągnięciu poprawy bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu służy współpraca policji ze społecznością lokalną. Policjanci są widoczni w pobliżu szkół i w innych miejscach, w których młodzież często przebywa. Spotykają się z młodzieżą w klasach i poza szkołami (np. na wspólnych piknikach), bywają też w domach nastolatków.

Poza tym każdy z podopiecznych programu jest objęty opieką indywidualną. Pracownik programu opracowuje indywidualny program dla każdego z 13-18-nastolatków, którymi się opiekuje i ich rodzin. Ten sam pracownik ułatwia rodzinie rozwiązywanie bieżących problemów. Między innymi pomaga w kontaktach z instytucjami społecznymi lub w znalezieniu odpowiedniej formy terapii. Gdy zachodzi taka potrzeba, tzn. dzieciak coś nabroi, współpracuje też z sądem.

Uczestnicy programu mają też możliwość uczestniczenia w różnorodnych zajęciach pozalekcyjnych, stwarzających im możliwość atrakcyjnego spędzenia czasu wolnego. Są dla nich organizowane obozy i wycieczki w czasie wakacji. W ramach programu są też organizowane zajęcia edukacyjne i pomoc w nauce, ale nie są one obowiązkowe.

Za udział w programie nastolatki są nagradzani – dostają upominki lub pieniądze.

Badania ewaluacyjne programu wskazują na jego znaczną skuteczność. W rok po zakończeniu oddziaływań stwierdzono ograniczenie używania legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych, ograniczenie handlu narkotykami przez podopiecznych programu oraz spadek liczby przestępstw połączonych z przemocą, popełnionych przez nastolatków objętych programem. Program nie wpływa na poprawę funkcjonowania w szkole, wyniki w nauce ani na relacje z rodziną czy samoocenę.

Na zakończenie warto podkreślić, że program nie jest oparty na żadnym scenariuszu. Sposób jego realizacji zależy od wiedzy, doświadczenia i zaangażowania pracowników. Są oni starannie dobierani i szkoleni przez koordynatorów.

W Polsce od dziesięciu lat funkcjonuje sieć **Szkół Promujących Zdrowie**. Ich koncepcja oparta jest na podejściu „siedliskowym”, które w zasadzie jest tożsame z prezentowaną tu strategią przemian w społeczności lokalnej. Szkoła, będąca ważnym elementem struktur lokalnych, jest traktowana jako miejsce, w którym żyją, pracują, bawią się i spotykają uczniowie, nauczyciele i rodzice. Promocja zdrowia, rozumianego holistycznie (zgodnie z koncepcją WHO) odbywa się poprzez tworzenie w szkole i wokół niej środowiska społecznego i fizycznego sprzyjającego zachowaniom zdrowotnym. W sferze organizacji i polityki szkoły przejawia się to np. modyfikacją szkolnych regulaminów, zmianami organizacji czasu pracy, wprowadzaniem większej ilości zajęć ruchowych, a także ściślejszą współpracą między rodzicami a nauczycielami oraz wsparciem ze strony innych instytucji lokalnych. Wprowadzane są też zmiany w sposobach zarządzania szkołami (np. wzrasta ranga samorządów uczniowskich). Podejmowane

są także działania mające poprawić zaplecze techniczne szkół – są budowane boiska i hale sportowe. Szczególny nacisk jest położony na poprawę zdrowia psychicznego i samopoczucia nauczycieli oraz promowanie wśród nich i rodziców zachowań prozdrowotnych (Woynarowska, Sokołowska, 2000).

Obecnie planowana jest systematyczna ewaluacja programu Szkół Promujących Zdrowie. Przedstawiciele środowisk akademickich i koordynatorzy programu ustalają koncepcję, zakres i metody ewaluacji (w marcu br. odbyło się krajowe seminarium inauguracyjne dyskusję). Trudno jest na razie przewidzieć, kiedy będą dostępne pierwsze wyniki.

## Wczesna interwencja

Można powiedzieć, że wszystkie programy przeznaczone dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka opierają się na strategii określonej jako wczesna interwencja. Zakłada ona jak najwcześniejszą identyfikację osób zagrożonych rozwojem problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, najczęściej tych, którzy próbowali już tego typu środków. Działania mające zmodyfikować ich zachowania są bardzo różnorodne – od zajęć edukacyjnych i przekazu informacji, po interwencje formalne (np. skierowanie do placówki specjalistycznej) lub terapię.

Przykłady programów, w których interwencja jest bardziej zbliżona do terapii niż edukacji i wychowania, to **Residential Student Assistance Program (RSAP)** i **Project SUCCESS (School Using Coordinated Community Efforts to Strengthen Students)**. RSAP jest programem przeznaczonym dla młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych a SUCCESS jest jego adaptacją opracowaną dla

młodzieży ze szkół specjalnych. Adresatami obydwóch programów są nastolatki w wieku od 14 do 18 lat, a podstawowym celem zapobieganie używaniu środków psychoaktywnych.

W obydwóch programach zasadnicze znaczenie ma kształtowanie umiejętności społecznych i wzmacnianie poczucia skuteczności podopiecznych. Realizatorzy starają się też ograniczać wszelkie zachowania problemowe, w tym oczywiście polegające na używaniu środków psychoaktywnych. Residential Student Assistance Program przywiązuje też dużą wagę do wyrabiania u nastolatków dystansu wobec uzależnienia rodziców. Z kolei w programie SUCCESS nacisk jest położony na radzenie sobie z problemami szkolnymi oraz kształtowanie dobrych relacji z rodzicami, kolegami i nauczycielami.

Działania podejmowane w obu programach są bardzo podobne. Na podstawie indywidualnej diagnozy każdy z uczestników jest klasyfikowany do jednej z 5 (RSAP) lub 7 (SUCCESS) grup psychoterapeutycznych. Następnie uczestniczy w kilku lub kilkunastu (od 8 do 12) sesjach grupowych. W miarę potrzeb terapeuta prowadzi rozmowy indywidualne. Dla każdego z podopiecznych opracowuje też harmonogram działań indywidualnych realizowanych we współpracy z rodzicami (w programie SUCCESS) lub z personelem placówki (w programie RSAP). Poza tym nastolatki uczestniczą w zajęciach edukacyjnych poświęconych substancjom psychoaktywnym (8 spotkań).

Badania bezpośrednich efektów programów były prowadzone w schemacie quasi-eksperymentalnym (z grupami porównawczymi). Stwierdzono w nich ograniczenie używania legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych oraz pozytywne zmiany w zakresie umiejętności społecznych (komu-

nikacji, rozwiązywania problemów, odpierania presji). Co więcej, wyniki programu realizowanego w placówkach opiekuńczo-wychowawczych były zauważalne nie tylko wśród uczestników programu, ale również wśród ich kolegów, którzy nie brali bezpośredniego udziału w zajęciach.

Wśród programów interwencyjnych są też takie, których adresatami są rodziny borykające się z bardzo poważnymi problemami (ekonomicznymi, psychologicznymi, zdrowotnymi, prawnymi). Program **Multisystemic Therapy (MST)** jest np. adresowany do rodzin młodocianych przestępców (w wieku 12-17 lat). **Brief Strategic Family Therapy (BSFT)** jest przeznaczony dla rodzin nieskutecznych wychowawczo i obejmuje dzieci w bardzo szerokim przedziale wiekowym – od 6 do 17 lat. Przy czym potrzeba terapii jest przeważnie związana z używaniem substancji psychoaktywnych przez rodziców lub ich problemami psychicznymi.

Podstawowym celem obydwóch programów jest ograniczenie zachowań problemowych, w tym też używania środków psychoaktywnych, poprzez wzmacnianie więzi między rodzicami i dziećmi oraz poprawę umiejętności wychowawczych rodziców.

Czynniki chroniące wzmacniane w obu programach dotyczą szeroko rozumianych umiejętności społecznych rodziców i dzieci, dobrych relacji między dziećmi a rodzicami oraz odpowiednich do wieku i potrzeb dziecka form i zakresu nadzoru ze strony rodziców i ich zaangażowania w sprawy dziecka. Uwzględniane są też czynniki szkolne (dobre funkcjonowanie w szkole, poczucie więzi ze szkołą). W programie Multisystemic Therapy w większym stopniu brane są pod uwagę

czynniki środowiskowe (udział w sensownych zajęciach pozalekcyjnych, umiejętność korzystania przez rodziców z istniejących w środowisku lokalnym źródeł wsparcia, pozytywne wpływy rówieśnicze), a w programie Brief Strategic Family Therapy – czynniki indywidualne (pozytywna samoocena dzieci, prawidłowa realizacja zadań rozwojowych wieku dorastania).

Działania prowadzone w ramach obu programów są oparte na terapii rodzinnej. Jej punktem wyjścia jest nawiązanie kontaktu z członkami rodziny i zachęcenie ich do udziału w terapii, a następnie diagnoza funkcjonowania rodziny (mocnych i słabych stron rodziców) oraz możliwości poprawy. Dla każdej rodziny jest opracowywana indywidualna strategia działania nastawionego na wprowadzanie zmian do modelu funkcjonowania rodziny i podtrzymywanie nabywanych przez rodzinę umiejętności. W ramach Multisystemic Therapy rodzice uczą się między innymi jak ustalać i egzekwować zasady zachowania, ograniczać kontakty dziecka z kolegami będącymi modelami negatywnych zachowań, poprawić funkcjonowanie dziecka w szkole, radzić sobie z przestępczym środowiskiem, jakie może ich otaczać. Ważne miejsce w procesie terapeutycznym odgrywa naturalny dla każdej z rodzin system wsparcia (np. poprzez dalszych krewnych, sąsiadów, społeczność wyznaniową).

Organizacja terapii jest nieco inna w każdym z programów. W programie Brief Strategic Family Therapy terapia jest prowadzona w placówce lub w domu. Trwa 8-12 tygodni, a każde spotkanie zajmuje około 1-1,5 godziny. Autorzy podkreślają, że dla dobrego funkcjonowania programu konieczna jest sprawna organizacja i miejsce, gdzie można spotykać się z rodzinami w czasie najbardziej

dla nich dogodnym. Przy takiej organizacji jeden terapeuta może mieć pod opieką 15-20 rodzin przychodzących do poradni lub 10-12 w terapii domowej.

W Multisystemic Therapy terapeuta ma pod opieką od 4 do 6 rodzin. Mogą się one z nim kontaktować przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Spotkania są organizowane w domach i w czasie dogodnym dla rodziny. Zwykle terapia obejmuje około 60 godzin w ciągu 4 miesięcy. Taka forma realizacji wymaga ogromnego zaangażowania ze strony terapeutów, którzy muszą nie tylko być zawsze dostępni, ale również wchodzić w bardzo trudne środowisko. Przy tym autorzy programu twierdzą, że taka forma działania jest wielokrotnie tańsza od umieszczania dziecka w specjalistycznej placówce.

Badania ewaluacyjne obydwóch programów były prowadzone z odroczeniem czasowym (efekty Multisystemic Therapy były sprawdzane po 2 i po 4 latach) i na próbach losowych (badania Brief Strategic Family Therapy obejmowały kilka takich prób). Wyniki wskazywały na wysoką skuteczność programów: ograniczenie używania środków psychoaktywnych i innych problemowych zachowań dzieci. W programie Brief Strategic Family Therapy stwierdzono również poprawę funkcjonowania rodzin objętych terapią.

Z Polskich programów interwencyjnych poddano ostatnio ewaluacji program **Szkolnej Interwencji Profilaktycznej**. Częściowo mieści się on w strategii wprowadzania zmian w społeczności lokalnej (podejmowane działania mają na celu zmiany regulaminów szkolnych oraz zasad i zakresu współpracy w ramach grona pedagogicznego i między rodzicami a nauczycielami). W odniesieniu do konkret-

nych przypadków – uczniów „przyłapanych” na używaniu substancji psychoaktywnych i ich rodziców – jest formą pomocy psychologicznej (działania interwencyjne mają przede wszystkim wesprzeć rodziców w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań zaistniałego problemu). Przeprowadzone badania jakościowe wskazywały na możliwość osiągnięcia proponowaną metodą oddziaływań znaczących pozytywnych zmian w funkcjonowaniu szkoły jako instytucji (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2003) oraz udzielenia skutecznej pomocy uczniowi i jego rodzicom (Borucka i wsp., 2003). Uzyskane wyniki, ze względu na zastosowaną metodologię badań, nie przesądzają jednak o skuteczności programu, a jedynie dają podstawy do formułowania oczekiwań na pozytywne efekty. Badania należałoby powtórzyć na większej grupie szkół, pozyskać więcej informacji od osób będących adresatami działań (uczniów i rodziców), a także prześledzić ich losy po upływie np. roku od przeprowadzenia interwencji.

Działania interwencyjne wobec dzieci i młodzieży z grup ryzyka, np. z rodzin z problemem alkoholowym, są tradycyjnie prowadzone w świetlicach terapeutycznych. Projekt ewaluacji pracy tych placówek opracowała W. Junik (2001). Wychodząc z założeń psychologii humanistycznej, podstawą koncepcji badań uczyniła kompetencje osób wspomagających prawidłowy rozwój dzieci oraz stwarzane im warunki rozwoju. Projekt ewaluacji zakłada analizę nakładów (warunków lokalowych, materiałów, kwalifikacji personelu), procesu (stylu opieki, doświadczeń dzieci, regulacji zachowań dzieci, relacji między dziećmi, opiekunami i rodzicami) oraz efektów działań (zdrowia, umiejętności i przystosowania dzieci do funkcjonowania w świetlicy, szkole i w domu).

## Podsumowanie i wnioski

Kwestia skuteczności profilaktyki jest w ostatnich latach przedmiotem dyskusji przedstawicieli różnych środowisk zajmujących się problematyką używania substancji psychoaktywnych. Generalnie wszyscy są zgodni co do tego, że dotychczasowe wyniki są poniżej oczekiwań społecznych. Jednak formułowane w związku z tym wnioski na przyszłość są różne. Zdaniem części specjalistów skuteczność oddziaływań można poprawić. Może temu służyć np. większe zaangażowanie przedstawicieli środowisk naukowych w opracowywanie programów (Deptuła, 2000), intensyfikacja działań z zakresu szeroko rozumianej promocji zdrowia (Wojnarowska, 1999) lub budowanie programów opartych na solidnych podstawach teoretycznych i promowanie badań ewaluacyjnych (Ostaszewski, 2003). Inni wyrażają wątpliwości co do skuteczności profilaktyki w ogóle i uważają, że w związku z tym należy poszukiwać innych strategii działania (Sierosławski, Zieliński, 2000a, 2000b).

Z przeprowadzonego przeglądu strategii i programów profilaktycznych można wysnuć następujące wnioski:

- ▶ Trudno jest porównywać skuteczność poszczególnych strategii. Zależy ona w dużej mierze od tego, w jaki sposób jest wprowadzana w życie, a więc od koncepcji i realizacji konkretnego programu.
- ▶ Znaczenie przypisywane zajęciom edukacyjnym i/lub informacyjnym wydaje się mniejsze niż działań o charakterze środowiskowym.
- ▶ Ważnym aspektem programów wykorzystujących strategię działań środowiskowych oraz wprowadzania zmian

w społecznościach lokalnych jest tworzenie warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi i zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych dzieci i młodzieży. Chodzi tu zarówno o warunki materialne, jak i ogólną atmosferę społeczną (np. klimat szkoły i poczucie więzi ze szkołą).

- ▶ Standardem we wszystkich działaniach profilaktycznych jest udział rodziców. W tym samym stopniu co dzieci są oni adresatami programów; albo uczestniczą w części działań, albo też aktywnie wspierają pracę innych osób lub organizacji.
- ▶ Wspólnym elementem programów, dzięki którym udało się ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków, jest też dbałość o dostępność oferowanych usług i ich adekwatność do potrzeb indywidualnego odbiorcy. Terapeuci rodzinni dostosowują się do możliwości czasowych i/lub lokalizacyjnych rodziny. Specjaliści z placówek opiekuńczych lub inni realizatorzy programów ustalają indywidualny program działań wobec każdego podopiecznego. Organizatorzy zajęć edukacyjnych dla rodziców zapewniają opiekę ich dzieciom w czasie sesji.
- ▶ Programy profilaktyczne realizowane w USA mają nieporównywalnie większy zasięg i rozmach niż programy realizowane w Polsce. Poza tym daje się w nich zauważyć ważną rolę lokalnych koordynatorów. Jednym z ich zadań jest organizacja współpracy między instytucjami i ułatwianie dostępu do odpowiednich świadczeń.
- ▶ W Polsce funkcjonuje wiele programów profilaktycznych, bardzo zróżnicowanych koncepcyjnie. Można wśród nich odnaleźć propozycje nawiązujące do każdej z omawianych strategii. Niestety tylko spora-

dycznie są podejmowane próby oceny skuteczności tych programów, a prowadzone badania nie spełniają wyznaczanych przez osiągnięcia amerykańskie standardów.

- ▶ Formułowane są bardzo interesujące propozycje badań ewaluacyjnych konkretnych programów i placówek. Inicjatywy te warto wspierać i upowszechniać ich wyniki. Konieczne jest też podjęcie badań ewaluacyjnych innych programów profilaktycznych. Należy przy tym zadbać o jak najwyższe standardy metodologiczne.

Zgodnie z oczekiwaniami autorów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przegląd skutecznych działań profilaktycznych powinien przyczynić się do poprawy jakości działań profilaktycznych realizowanych w Polsce. Aby tak się stało, trzeba spróbować odpowiedzieć na pytanie, które z obecnie podejmowanych działań warto upowszechniać. Ogólnie można powiedzieć, że warto jest promować działania angażujące społeczności lokalne (co jest zresztą zgodne z celem nr 1 w zakresie profilaktyki Krajowego Programu). Celem tych działań powinno być tworzenie dzieciom i młodzieży przyjaznego, bezpiecznego i ciekawego środowiska. Ich realizacja wymagałaby sprawnej koordynacji, współpracy i zaangażowania wielu osób i instytucji. Wskazane może być przygotowanie kadry lokalnych koordynatorów, których podstawowym zadaniem będzie aktywne poszukiwanie osób potrzebujących wsparcia, promocja i usprawnienie funkcjonowania lokalnego serwisu, a także zachęcanie innych osób i instytucji do włączenia się w działania profilaktyczne. Tacy koordynatorzy albo placówki, z którymi współpracują, mogłyby się stać ogniwem pośredniczącym między np. szkołą a ośrodkiem leczenia uzależnień lub

poradnią zdrowia psychicznego (potrzebujący często unikają kontaktu z takim ośrodkami specjalistycznymi z obawy przed stygmatyzacją).

Prawdopodobnie warto też pomyśleć o rozwijaniu działań wolontariuszy, których potencjał jest do tej pory słabo wykorzystywany.

Stosunkowo najmniej uzasadnione wydaje się inwestowanie w rozwój szkolnych programów edukacyjnych. Jak podaje Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MENiS, w szkołach jest realizowanych ponad 20 programów o zasięgu krajowym, a poza tym są wprowadzane liczne programy lokalne (Szymańska, 2000). Bardziej wskazane może być dbanie o podnoszenie kompetencji i o zdrowie psychiczne nauczycieli realizujących te programy.

Kolejne, ważne z perspektywy podnoszenia jakości krajowej oferty profilaktycznej pytanie dotyczy występujących w niej braków. Wydaje się, że najpoważniejsze luki występują w zakresie działań wobec dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka, a zwłaszcza w programach dla ich rodzin. Warto prawdopodobnie rozwijać system wsparcia dla rodzin, alternatywny wobec tradycyjnych form pracy poradni i ośrodków pomocy społecznej. Usprawnienia wymaga zwłaszcza system docierania z ofertą do wszystkich potrzebujących i dostępność oferowanych usług.

Zgodnie z założeniami przeprowadzony przegląd miał też pomóc w zaplanowaniu badań dotyczących skuteczności najbardziej obiecujących polskich programów. Potrzeby w zakresie badań ewaluacyjnych są ogromne. Na szczęście, podejmowane są też różne obiecujące inicjatywy (np. ewaluacja Szkół Promujących Zdrowie lub świetlic terapeutycznych). Zagadką pozostają programy oparte na strategii alternatyw. Nie wiadomo nic o ich skuteczności,

nie są też znane żadne projekty badawcze, które by ich dotyczyły. Jest to niewątpliwie forma działań wymagająca weryfikacji.

## Bibliografia

1. Ballard R. (2002): *School-based Drug Prevention. A literature Review*. UNDCP.
2. Borucka A., Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K. (2003): *Ocena przydatności i funkcjonowania metody interwencji profilaktycznej w szkole*. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VII, 1, część II, 157-172.
3. Burkhart G., Crusellas L. (2002): *Comparison of School Based Prevention Programmes in Europe. An Analysis of the EDDRA Database*, EMCDDA.
4. Cuijpers P. (2002): *Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review*. *Addiction Behaviors*, 27, 1009-1023.
5. Deptuła M. (2000): *Wczesna profilaktyka uzależnień w grupach dzieci i młodzieży – potrzeby społeczne i zadania pedagogów* (w:) I. Kropińska (red.), *Zdrowie człowieka w jego egzystencji*. Wydawnictwo Uczelniane Elbląskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Elbląg, s. 243-256.
6. Deptuła M. (2001): *Propozycja ewaluacji wyników programu wychowawczo-profilaktycznego „Spójrz Inaczej” realizowanego w klasach I-III szkoły podstawowej*. (w:) J. Grzelak, M. Sochocki (red.), *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa, s. 231-258.
7. Junik W. (2001): *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych*. (w:) J. Grzelak, M. Sochocki (red.) *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa, s. 212-230.
8. Kamiński A. (1978): *Możliwości, zakres i sposoby wychowawczego przeciwdziałania alkoholizmowi* (w:) A. Kamiński, *Studia i szkice pedagogiczne*, PWN, Warszawa, s. 165-187.
9. Kołodziejczyk A., Czemerowska E., Kołodziejczyk T. (1997): *„Spójrz Inaczej”. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1-3 szkół podstawowych*. Wydawnictwo ATE s.c., Skarżysko-Kamienna.
10. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002-2005. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
11. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A. (2003): *Wprowadzenie do szkół metody interwencji wobec*

- ucznię sięgającego po środki psychoaktywne – bariery we współpracy z rodzicami i ich pokonywanie. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VII, 1, część II, 173-192.
12. Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K., Borucka A., Ostaszewski K., Pisarska A. (2000): *Poprawność realizacji „Programu Domowych Detektywów” a jego skuteczność*. *Alkoholizm i Narkomania*, 13(2), s. 235-254.
  13. Ostaszewski K. (2003): *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
  14. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2000): *Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej „Program Domowych Detektywów”*. *Alkoholizm i Narkomania*, 13(1), 83-103.
  15. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. NIDA, U.S. Department of Health and Human Services, NIH, 2003.
  16. *Proven and Promising Programs*, [www.whitehouse-drugpolicy.gov](http://www.whitehouse-drugpolicy.gov).
  17. *SAMHSA Model Programs*, [www.modelprograms.samhsa.gov](http://www.modelprograms.samhsa.gov).
  18. Sierosławski J., Zieliński A. (2000a): *Młodzież i alkohol – wyniki badań szkolnych ESPAD*. *Świat Problemów*, 9(92), s. 4-7.
  19. Sierosławski J., Zieliński A. (2000b): *Narkotyki a młodzież*. Serwis Informacyjny Narkomania, 12/13, s. 26-46.
  20. *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2003*, KBPN, Warszawa 2004.
  21. *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za rok 2002*. KBPN, Warszawa 2003.
  22. Szymańska J.: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. CMPP-P MEN, Warszawa 2000.
  23. Wolniewicz-Grzelak B., Grzelak J. (2001): *Badanie skuteczności programu PiON*. (w:) J. Grzelak, M. Sochocki (red.), *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*. Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa, s. 282-296.
  24. Woynarowska B. (1999): *Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji* (w:) J. Karski (red.), *Promocja zdrowia*. Wydanie nowe. Wydawnictwo Ignis, Warszawa, s. 88-93.
  25. Woynarowska B., Sokołowska M. (red.): *Szkola Promująca Zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat*. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2000.

**Katarzyna Okulicz-Kozaryn**  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii,*  
Warszawa

## JAK LECZYĆ PODWÓJNE DIAGNOZY?

### **Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej „Problemy diagnostyczne i terapeutyczne pacjentów z podwójną diagnozą”, Warszawa, 21.10.2004 r.**

Tematem październikowej konferencji zorganizowanej przez Klinikę Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie były problemy diagnostyczne i terapeutyczne pacjentów z podwójną diagnozą. W ostatnich latach rozpowszechnienie tego zjawiska, rozumianego jako współwystępowanie zaburzenia psychicznego i nadużywania substancji psychoaktywnych znacznie wzrosło, jednak w Polsce jest to ciągły problem

w niewielkim stopniu poznany, brakuje również literatury na ten ważny temat. Stąd pomysł organizacji konferencji poświęconej podwójnej diagnozie.

Wykłady poprzedziła konferencja prasowa, w której ze strony Instytutu udział wzięli doc. dr hab. n. med. Joanna Meder (zastępca dyrektora do spraw lecznictwa), dr Bogusław Habrat (kierownik Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień) oraz dr Krzysztof Bożejko

(lekarz psychiatra pracujący z pacjentami z problemem podwójnej diagnozy w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego). Doc. Meder zwróciła uwagę, że leczenie pacjentów z podwójną diagnozą stwarza wiele problemów. Terapia powinna być wielokierunkowa, czyli obejmująca zarówno problemy psychotyczne, jak i uzależnienie. Nacisk powinien być położony przede wszystkim na oddziaływanie środowiskowe. Terapia powinna być także elastyczna, zmieniana zależnie od aktualnych potrzeb chorego. Pacjent powinien być przekonany o konieczności długoterminowego leczenia uzależnień, poprawy umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów, a także poprawy umiejętności radzenia sobie ze stresem i objawami negatywnymi. Także według dr. Habrata planując leczenie przeciwpsychotyczne pamiętać należy, że mamy tu do czynienia z grupą najtrudniejszych i najbardziej nieufnych pacjentów, z którymi najtrudniej nawiązać kontakt terapeutyczny, dlatego zastosowanie leczenia skutecznego, w miarę dobrze tolerowanego, jest bardzo ważne. Szczególnie preferowane są leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji – w kilku publikacjach zwrócono uwagę, że tradycyjne leczenie pacjentów ze schizofrenią może sprzyjać zwiększaniu używania substancji psychoaktywnych. Dr Bożejko podzielił się swoimi doświadczeniami w pracy z pacjentami z podwójną diagnozą oraz przedstawił model interwencji terapeutycznej stopniowo wprowadzany w ramach współpracy Poradni Zdrowia Psychicznego Instytutu z Ośrodkiem Terapeutycznym „Goplańska”. Pacjenci z rozpoznaną chorobą psychiczną i współwystępującym problemem alkoholowym są kierowani na konsultację psychiatryczną do Poradni. W pierwszym spotkaniu z pacjentem uczest-

niczy również psycholog prowadzący zajęcia terapeutyczne z tą grupą chorych. Jeżeli chory zostanie zakwalifikowany do terapii i zaakceptuje taką propozycję, to pozostaje pod opieką Poradni przez ustalony okres. W tym czasie może korzystać z terapii grupowej i indywidualnej. Również rodziny chorych, za zgodą pacjenta, mają możliwość systematycznego spotykania się z psychologiem. Po zakończeniu terapii trwającej co najmniej kilka miesięcy chorzy wracają ponownie pod opiekę poradni właściwych dla miejsca zamieszkania.

Konferencję zainaugurował wykład dr. Habrata na temat trudności diagnostycznych w przypadkach osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem. Omówiono historię pojęcia podwójnego rozpoznania oraz czynniki zwiększonego zainteresowania grupą pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, m.in. zasady finansowania leczenia oraz znalezienie wspólnych czynników patogenetycznych dla zaburzeń psychotycznych i nadużywania substancji psychoaktywnych. Wymieniono również najczęstsze trudności w diagnostyce różnicowej; należą do nich rola używania substancji psychoaktywnych w wywoływaniu negatywnych skutków w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym, która może być przypisywana chorobom psychicznym, objawy wywołane przez substancje psychoaktywne mogą być interpretowane jako część obrazu psychopatologicznego psychoz, brak wystarczającej wiedzy personelu psychiatrycznego na temat zaburzeń spowodowanych substancjami psychoaktywnymi. Autor wskazał, że wpływ zwiększenia konsumpcji substancji psychoaktywnych na liczbę psychoz schizofrenicznych jest raczej znikomy, natomiast w wywoływaniu innych psychoz, które mogą przypominać psychozy schizofreniczne, jest zróżnicowany. Dość silne

działanie psychozotwórcze ma alkohol, szczególnie w przypadkach odstawienia.

Wykład doc. Meder dotyczył trudności terapeutycznych u pacjentów z podwójną diagnozą. Przedstawiono epidemiologię zjawiska podwójnej diagnozy w Polsce i innych krajach europejskich oraz w USA. Związek przyczynowo- skutkowy nadużywania substancji może być różny, np. nadużywanie narkotyków może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy, może być próbą samoleczenia choroby lub próbą zmniejszenia objawów niepożądanych po neuroleptykach. Większość terapeutów wyróżnia cztery fazy leczenia pacjentów z podwójną diagnozą: fazę zaangażowania, fazę motywacji do zmiany, fazę aktywnego leczenia oraz fazę przeciwdziałania nawrotom. Ważne problemy związane z leczeniem tej grupy pacjentów to m.in. poprawa umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów oraz poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem i objawami negatywnymi. Przedstawiono polskie doświadczenia w leczeniu chorych z podwójnym rozpoznaniem w Centrum Leczenia Uzależnień „Familia” w Gliwicach.

Dr Janusz Zimowski i mgr Beata Kasparek-Zimowska przedstawili przegląd genetycznych i innych czynników predysponujących do uzależnienia. Wyniki dotychczasowych badań wykazały w sposób przekonujący, że alkoholizm występuje rodzinnie. Prawdopodobieństwo powstania problemów alkoholowych jest dwa do siedmiu razy większe u osób, które mają w rodzinie alkoholików – krewnych pierwszego stopnia – niż w populacji ogólnej. W poszukiwaniu genów związanych z alkoholizmem zwrócono uwagę na szlak metabolizmu samego alkoholu. Doświadczenia na zwierzętach laboratoryjnych wykazały związek układu dopaminergicznego z dobrowolnym spożyciem

alkoholu. Obecnie analizuje się wiele genów kandydatów i poszukuje się stale nowych, które mogą razem predysponować do alkoholizmu, gdyż z całą pewnością sposób dziedziczenia alkoholizmu jest wielogenowy. Oczekuje się, że w przyszłości możliwe będzie stawianie diagnozy o predyspozycji do alkoholizmu, ale nie o jego powstaniu.

Istotną rolę w modelu powstawania uzależnienia odgrywają także czynniki psychologiczne. Między innymi znaczenie ma tu hipoteza redukcji napięcia psychicznego wywołanego np. lękiem, motywacja sięgania po alkohol, osobowość człowieka pijącego. Kolejną grupę czynników stanowią procesy społeczne, takie jak: wychowanie w rodzinie, środowisko rówieśnicze oraz kultura, w której żyje człowiek. Badacze uwzględniali także wpływ reklamy oraz środków masowego przekazu na proces uzależnienia. Na obecnym poziomie wiedzy nie można jednak ograniczyć się do jednego czynnika wywołującego chorobę. Należy więc budować coraz doskonalsze modele powstawania, rozwoju i przebiegu choroby, zawierające wszystkie czynniki wpływające na powstawanie i utrzymywanie się uzależnienia, tj. podłoże genetyczne, czynniki psychologiczne i socjokulturowe.

Pierwszą sesję zakończył wykład prof. Janusza Rybakowskiego dotyczący stosowania Rispoleptu Consta w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Sesję dugą otworzył wykład dr Maryli Sawickiej poruszający problem substancji psychoaktywnych w schizofrenii. Przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów z podwójną diagnozą leczonych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Celem badania było określenie podatności na stres i sposobów radzenia sobie z nim pacjentów

chorych na schizofrenię i używających substancji psychoaktywnych. Koncepcja, do której odwoływano się w badaniu, traktowała zjawisko stresu zgodnie z transakcyjnym modelem Lazarusa i Folkmana oraz zgodnie z interakcyjnym modelem radzenia sobie Antonovskyego, według których relacje pomiędzy człowiekiem a stresem określają: sposób postrzegania sytuacji stresowej, styl radzenia sobie ze stresem oraz poczucie koherencji. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że zażywanie środków psychoaktywnych przez osoby chore na schizofrenię nie jest dziełem przypadku, a jest podyktowane cechami osobowości chorych. Czynnikiem brany tu pod uwagę są przede wszystkim: cechy temperamentu, typ układu nerwowego, kompetencje społeczne, poziom lęku i stosowany styl radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. W tym kontekście substancje psychoaktywne są traktowane jako metoda radzenia sobie ze stresem i jako metoda radzenia sobie z efektami ubocznymi stosowania innych strategii. Otrzymane wyniki skłaniają do stwierdzenia, że osoby z podwójnym rozpoznaniem, z jednej strony są szczególnie podatne na działanie stresorów. Czynnikiem zwiększającym to zagrożenie jest przede wszystkim niemożność zachowania całkowitej abstynencji, interpretowanie otaczającej rzeczywistości jako zagrażającej. Z drugiej strony ta grupa badanych dysponuje stosunkowo najwyższymi wskaźnikami poczucia koherencji spośród porównywanych osób.

Następnie mgr Katarzyna Charzyńska przedstawiła przegląd programów terapeutycznych dla pacjentów z podwójną diagnozą powstałych na gruncie doświadczeń europejskich. Obecnie największym uznaniem cieszy się model leczenia zintegrowanego, który zakłada jednoczesne leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń związanych

z nadużywaniem substancji psychoaktywnych w tym samym miejscu przez ten sam personel. Program zintegrowanego leczenia został przedstawiony na przykładzie terapii opracowanej na oddziale podwójnych diagnoz Uniwersytetu w Bernie. Najważniejsze etapy leczenia to budowanie związku terapeutycznego, wytworzenie u pacjenta motywacji do zmiany, aktywne leczenie oraz zapobieganie nawrotom. Model zintegrowany cechuje jednak szereg ograniczeń: brak środków finansowych na tworzenie nowych ośrodków, tendencja do rozwijania wąskospecjalistycznych kompetencji, co może powodować pozostawienie określonej grupy pacjentów bez dostępu do leczenia, trudności dla pacjentów związane z oddaleniem ośrodka od miejsca zamieszkania, szczególnie ważne w przypadku tej grupy chorych. Dlatego w Wielkiej Brytanii coraz bardziej popularny staje się model opieki wspólnej, który zakłada dostarczenie pacjentom z rozpoznaniem podwójnej diagnozy zespołu wielorakich interwencji, zarówno ze strony ośrodków zdrowia psychicznego, jak i ośrodków leczenia uzależnień, które byłyby realizowane wspólnie w skoordynowany sposób. Takie podejście przedstawiono na przykładzie programu Kingston. W tym modelu fazy interwencji obejmują ocenę (dokonywaną wspólnie przez pracowników opieki psychiatrycznej i personel leczenia uzależnień), edukację (uświadomienie problemów, jakie wiążą się z nadużywaniem substancji), redukcję szkód (ograniczenie używania substancji) oraz zapobieganie nawrotom (obejmujące opiekę po wypisie).

Wykład dr Katarzyny Prot dotyczył opieki środowiskowej wobec pacjentów z podwójną diagnozą oraz jej ekonomicznych aspektów. Przedstawiono retrospektywną analizę kosztów i efektywności opieki środowiskowej nad pacjentami z rozpoznaniem współwystępowania schizofrenii oraz nadużywania alkoholu.

Wyodrębniono trzy grupy chorych, którzy w okresie pięcioletnim otrzymywali jednolitą formę opieki środowiskowej: pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii, nienadużywający alkoholu, pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii i nadużywania alkoholu, pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii i problemem alkoholowym w rodzinie. Wyniki badań pokazały, że częstotliwość wizyt ambulatoryjnych w opiece środowiskowej jest taka sama dla wszystkich grup pacjentów, przy czym pacjenci z podwójną diagnozą oraz pacjenci z problemem alkoholowym w rodzinie częściej korzystają z form opieki środowiskowej wymagających mniej współpracy i zaangażowania. Pacjenci z podwójną diagnozą są hospitalizowani częściej i spędzają w szpitalu więcej czasu niż pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii bez problemu alkoholowego. Wydłużenie okresu hospitalizacji jest dwukrotne i tłumaczone jest ono problemami socjalnymi (w tym bezdomnością), a także większą agresją tych pacjentów na oddziałach szpitalnych. Ze względu na dłuższe pobyty w szpitalu koszt leczenia pacjentów z podwójną diagnozą jest wyższy w badanej grupie różnica wynosiła 42%. Wysokie koszty leczenia szpitalnego przy niskich kosztach leczenia środowiskowego pośrednio świadczą o niewydolności oferowanej opieki środowiskowej wobec tej grupy pacjentów.

Konferencję zakończył udział w grupach dyskusyjnych, gdzie omawiano terapię trudnego pacjenta (prowadzenie dr Joanna Waniek), treningi umiejętności społecznych przystosowane do pracy z pacjentami z podwójną diagnozą (prowadzenie mgr Katarzyna Spiridonow) oraz treningi rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich w terapii osób z podwójną diagnozą (prowadzenie mgr Zofia Orzechowska).

Pacjent z podwójną diagnozą to człowiek, który z trudnościami jakie niesie ze sobą realna rzeczywistość próbuje sobie radzić jednocześnie na dwa sposoby: chroniąc się w świecie przeżyć psychotycznych oraz za pomocą środków psychoaktywnych. Złożoność problemów związana z sytuacją takiego pacjenta znacznie ogranicza możliwość stworzenia programu terapeutycznego, który spełniałby oczekiwania wszystkich osób zaangażowanych w proces terapeutyczny. Ponieważ w polskich warunkach tworzenie specjalistycznych ośrodków leczenia dla pacjentów z podwójną diagnozą jest szczególnie utrudnione, istotne wydaje się doprowadzenie do spotkania specjalistów z różnych systemów leczenia, nawiązanie stałej współpracy między nimi, często opartej na nieformalnych kontaktach oraz wykorzystanie możliwości dotychczas istniejących ośrodków. Wymiana doświadczeń między uczestnikami konferencji wskazuje, że takie procesy już następują w wielu regionach.

*Katarzyna Charzyńska*  
*Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej*  
*Instytut Psychiatrii i Neurologii,*  
*Warszawa*

## POMOC NARKOTYKOWA NA PRZYKŁADZIE SZLEZWIKA-HOLSZTYNU

Szlezwik-Holsztyn to niewielki, wysunięty na północ land niemiecki, zamieszkiwany przez 2,7 miliona osób. Jako land położony między morzem Północnym a Bałtykiem Szlezwik-Holsztyn dysponuje niewielką ilością znaczących przemysłów. Poza sektorem stoczniowym dochody przynosi sektor usługowy, rolnictwo i oczywiście turystyka.

Jak wynika z ogólnoniemieckich danych na temat narkotyków, w Szlezwiku-Holsztynie 30 000 ludzi regularnie zażywa nielegalne narkotyki. Jeżeli w wynikach uwzględnimy konopie, to powyższa liczba zwiększy się do 96 000 osób. Szacuje się, że 48 000 osób jest uzależnionych od alkoholu (legalnego narkotyku), a 77 000 osób go nadużywa. Uznaje się, że około 5000 osób jest uzależnionych od hazardu.

### Struktura opieki dla osób uzależnionych

W Szlezwiku-Holsztynie mieści się ok. 70 ambulatoryjnych placówek lecznictwa uzależnień i poradnictwa narkotykowego. Z reguły placówki te są jednostkami niezależnymi (NGO). Poza tym inne możliwości ambulatoryjne zapewniają lokalne urzędy zdrowia lub przychodnie szpitali publicznych. Typowe placówki poradnictwa narkotykowego mieszczą się przede wszystkim w centrach miast: stolicy landu Kilonii oraz Lubece, Neumunster, Flensburgu i bezpośrednich okolicach Hamburga. Na obszarach

wiejskich placówki uzależnień i poradnictwa są odpowiedzialne za leczenie osób uzależnionych od alkoholu, jak również za opiekę nad osobami uzależnionymi od narkotyków. Z powyższego wynika, że poradnictwo i opieka nad osobami uzależnionymi prowadzone są przede wszystkim przez niezależne jednostki pozarządowe. W Niemczech w dziedzinie zabezpieczenia socjalnego i społecznego stosuje się tzw. zasadę subsydiarności. Znaczy to, że w tej dziedzinie organizacje pozarządowe mają pierwszeństwo przed placówkami publicznymi.

Jeżeli chodzi o detoksykację (alkoholową i narkotykową), 11 szpitali i specjalistycznych klinik ds. uzależnień oferuje ok. 300 miejsc (detoksykacja przede wszystkim za pomocą leków). W Szlezwiku-Holsztynie znajduje się pięć ośrodków zajmujących się rehabilitacją stacjonarną. Dysponują one liczbą 100 miejsc dla osób wymagających terapii długookresowej. Regulaminowe leczenie trwa od trzech miesięcy do roku, w zależności od terapii. Ponadto istnieje wiele ośrodków readaptacyjnych, oferujących osobom uzależnionym od narkotyków dodatkową opiekę półstacjonarną lub stacjonarną (np. mieszkania z opieką, projekty pracy, projekty matka-dziecko etc.) po zakończeniu terapii.

W minionych latach, kiedy tworzono sieć pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków, nadrzędnym celem było zróżnicowanie leczenia osób uzależnionych. W miastach (np. w Kilonii) można znaleźć nie tylko oferty poradnic-

twą i leczenia dla narkomanów zorientowane na abstynencję, lecz także tzw. pomoc niskiego progu (*low threshold*), obejmującą kawiarenki kontaktowe, streetworking, placówki wymiany strzykawek lub rozdawania metadonu.

## Finansowanie

Finansowanie pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków jest w Niemczech skomplikowane i nieprzejrzyste. Z zasady gminy są zobowiązane do przygotowania ofert pomocy dla osób uzależnionych. Ta sama zasada dotyczy także działań z zakresu profilaktyki. Ponadto konkretne oferty są wspierane przez land. Detoksykacja pacjentów jest finansowana z kas chorych jako leczenie medyczne. Rehabilitacja (czyli socjalno- lub psychoterapeutyczna część leczenia długookresowego) objęta jest ubezpieczeniem rentowym lub – jeżeli osoba uzależniona nigdy nie pracowała – prowadzona w ramach pomocy socjalnej (gmina).

## Koordinacja i kierowanie

Organizacje pozarządowe w Szlezwiku-Holsztynie (SH) zajmujące się pomocą dla osób uzależnionych od narkotyków są zrzeszone w trzech organizacjach centralnych (charytatywnych). Najważniejszą organizacją charytatywną w SH jest przy tym kościół protestancki (diakonia), który reprezentuje interesy swoich organizacji pozarządowych w gminach i landzie.

Poza wyżej wymienionymi związkami szczególnie dużą rolę w koordynacji pomocy dla osób uzależnionych odgrywa lokalny ośrodek ds. niebezpieczeństw uzależnień. Ośrodek ten jest związkiem niezależnym. Jego członkami są organizacje pozarządowe, związki, jednostki finansujące, ośrodki naukowe (Uniwersytet

w Lubece, Uniwersytet w Kilonii), a także związki samopomocy działające na szczeblu ponadregionalnym. W zarządzie ośrodka lokalnego zasiadają przedstawiciele ministerstwa ds. społecznych, ministerstwa edukacji oraz przedstawiciele ubezpieczenia rentowego i związków społecznych. Przewodnictwo sprawuje dyrektor uniwersyteckiej kliniki psychiatrycznej w Kilonii. Zadaniem tego ośrodka jest m.in. ogólna koordynacja na poziomie landu wszystkich działań w zakresie pomocy osobom uzależnionym od narkotyków oraz w zakresie profilaktyki. Ważnym aspektem jest organizacja i moderacja regularnych kółek roboczych i gremiów. Pracownicy zajmujący się profilaktyką zorganizowani są w landowym kółku roboczym. Podobnie wygląda sytuacja w dziedzinie pomocy osobom uzależnionym od narkotyków, rehabilitacji, pomocy osobom uzależnionym od hazardu, pomocy dla uzależnionych kobiet, poradnictwa w zakładach karnych etc. W ramach kółek roboczych dochodzi nie tylko do fachowej wymiany doświadczeń i uzgodnień co do charakteru pracy. W ubiegłych latach opracowano tu szereg specjalistycznych pomysłów (np. standardy jakości leczenia substytucyjnego) oraz uzgadniano stanowiska polityczne. W przeszłości pojawiły się jednak przeszkody, kiedy próbowano współpracować w ramach wszystkich dziedzin. Różne dziedziny (substytucja, leczenie zorientowane na abstynencję, pomoc osobom uzależnionym od narkotyków) silnie konkurowały ze sobą, zarówno ze względów ideologicznych, jak i finansowych. Konsekwencje takiego stanu rzeczy okazały się negatywne, ponieważ znacząco osłabił wpływ organizacji pomagających osobom uzależnionym od narkotyków na politykę narkotykową władz lokalnych, jednostek finansujących i opinię publiczną (nie mniej ważną). W takich okolicznościach kilka lat temu założono

centralne gremium (specjalistyczną komisję), w którym każda dziedzina jest reprezentowana przez wybranego przedstawiciela. Powyższe gremium ma za zadanie łączenie różnych interesów oraz świadczenie fachowych usług doradczych dla ośrodka lokalnego i ministerstwa ds. socjalnych.

Instancją decyzyjną w sprawach polityki narkotykowej na poziomie landu jest ministerstwo ds. socjalnych Szlezwika-Holsztynu. Podejmuje ono decyzje w sprawie polityki narkotykowej, finansuje pojedyncze działania i inicjuje projekty pilotażowe.

### **Podstawowe założenia polityki narkotykowej prowadzonej przez rząd lokalny Szlezwika-Holsztynu**

System pomocy został stworzony w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. W międzyczasie toczyły się gorące dyskusje na temat „prawdziwego” konceptu pomocy dla osób uzależnionych. Chodziło tu nie tylko o ustalenie rozsądnego stosunku między represjami a interwencją psychologiczno-społeczną. Także osoby zajmujące się pomocą dla osób uzależnionych od narkotyków nie były zgodne co do najskuteczniejszego sposobu oferowania takiej pomocy. Programy substytucyjne oraz oferty niskiego progu (*low-threshold*) spotykały się z ostrą krytyką przedstawicieli ośrodków zorientowanych na abstynencję i odwrotnie. Dziś nadal wybuchają nowe dyskusje na ten temat, ale ostatecznie wszyscy przyjęli do wiadomości, że nie ma jednej prawdziwej drogi pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. Patrząc na liczby osób zmarłych w związku z zażywaniem narkotyków oraz na rozprzestrzenianie się wirusa HIV i zapalenia wątroby, z dzisiejszego punktu widzenia

rozsądne jest stosowanie różnych podejść i zapewnienie w ten sposób osobom uzależnionym zróżnicowanego i kompleksowego systemu pomocy. Podobne podejście można zaobserwować również w polityce narkotykowej ministerstw socjalnych innych landów.

W połowie lat dziewięćdziesiątych ministerstwo ds. socjalnych Szlezwiku-Holsztyna, wspólnie z Uniwersytetem w Hamburgu, zainicjowało modelową akcją kontrolowanego wydawania konopi w aptekach. Ta próba polityczna wywołała dyskusje pełne kontrowersji i emocji, nie tylko w specjalistycznym środowisku Szlezwika-Holsztynu. Inicjatywa nie powiodła się ze względu na komplikacje prawne między państwem a landem. Mimo to – być może jako skutek uboczny – pojawiły się różnice w politycznej ocenie pojedynczych substancji. Co prawda najnowsze opracowania naukowe nie dają podstaw by bagatelizować konopie, ale i odwrotnie, zbytnia dramatyzacja i zrównywanie jej z heroiną również nie znajdują podstaw w nauce.

Znaczącym postępowaniem było szersze uwzględnienie w debacie politycznej legalnych substancji uzależniających. Być może inaczej niż to wyglądało w Polsce, problematyka alkoholizmu była w Niemczech przez długi czas zaniechywana. Obecnie w polityce także uznaje się, że rozróżnienie substancji legalnych i nielegalnych jest jedynie zakotwiczone w prawie, które niedostatecznie definiuje rzeczywiste zagrożenie pojedynczych substancji. Tym samym pojawiły się żądania, które wcale nie dotyczą zniesienia ograniczeń w dostępie do nielegalnych narkotyków, lecz koncentrują się na potrzebie fachowej i zróżnicowanej oceny poszczególnych substancji z punktu widzenia aktualnej wiedzy naukowej. To podstawowe założenie w polityce narkotykowej jest o tyle istotne,

o ile znosi w Niemczech tradycyjny podział na pomoc w uzależnieniu narkotykowym i alkoholowym i coraz bardziej promuje wdrażanie zintegrowanych koncepcji pomocy.

Ogólnie mówiąc, uzależnienie uznaje się za przewlekłą, wymagającą leczenia chorobę, która dotyka nie tylko osób z tzw. marginesu społecznego. Tym samym polityka narkotykowa staje w centrum działań polityki zdrowotnej. Według wytycznych polityki narkotykowej pomoc musi mieć wysoką jakość i być świadczona w sposób kompleksowy i zróżnicowany. Z takim podejściem łączy się również zróżnicowanie pomocy: rehabilitacja i zorientowanie na abstynencję zostały zrównane z redukcją szkód. Dzięki temu leczenie substytucyjne jest postrzegane jako instrument integracji osób uzależnionych, jednakże z zastrzeżeniem, że w przypadku takiego leczenia należy zagwarantować nie tylko normy lekarskie i medyczne, lecz także opiekę psychologiczno-społeczną. Ogólnie nie wyklucza się utworzenia pomieszczeń do zażywania heroiny i zaangażowania w modelowe projekty kontrolowanego wydawania heroiny według modelu szwajcarskiego.

Kolejnym zagadnieniem objętym polityką narkotykową jest profilaktyka. Zdaniem lokalnego rządu profilaktyka koncentruje się na zapobieganiu spożycia, a tam gdzie to nie jest możliwe – na redukcji spożycia. Tym samym również w dziedzinie profilaktyki wprowadzono rozróżnienie celów działań profilaktycznych. Jednocześnie postuluje się podzielenie w podobny sposób działań prewencyjnych dotyczących substancji legalnych, jak i nielegalnych. Według tej koncepcji profilaktyka przyporządkowana jest opiece zdrowotnej i postrzegana jako zadanie właściwych instytucji społecznych (szkoły, domy rodzinne, przedszkola etc.). W chwili obecnej w Szlezwiku-Holsztynie

pracuje ok. 40 specjalistów w dziedzinie profilaktyki (z reguły zatrudnionych w poradniach zajmujących się nałogami). Poza tym istnieje jeszcze jedna instytucja – szkolnego przeciwdziałania uzależnieniom, w której trzech nauczycieli odpowiada za koordynację szkolnych działań prewencyjnych. Instytucja podlega organizacyjnie ośrodkowi lokalnemu.

Poza profilaktyką, rehabilitacją i redukcją szkód nie bez znaczenia pozostaje represja. Nie chodzi tu o bezpośrednie ściganie i aresztowanie konsumentów narkotyków, lecz o policyjną kontrolę podaży nielegalnych narkotyków, która pozostaje ważnym elementem współczesnej polityki narkotykowej.

## Aktualne zagadnienia w poszczególnych dziedzinach

### **Dokumentacja i zapewnianie jakości**

Z doświadczenia wiadomo, że pomoc osobom uzależnionym od narkotyków jest wyjątkowo ciężkim zadaniem. Potrzebni są tu doradcy, terapeuci etc., wiele poświęcenia i doświadczenia. Wszelako przeszłość pokazała, że idealizm i terapeutyczne kompetencje pracowników nie wystarczą do umocowania i zabezpieczenia systemu opieki. Równie ważne jest, by placówki leczenia uzależnień lekowych potrafiły udokumentować swoją wydajność i efektywność. Pomimo że w przeszłości pomoc narkotykowa w Niemczech, a tym samym w Szlezwiku-Holsztynie, była świetnie dofinansowana, niemiecki kryzys gospodarczy wymusił wiele oszczędności, a przez to wywarł ogromny nacisk na pomoc dla osób uzależnionych – przede wszystkim na rozwój i zapewnienie jakości oferowanych usług. Już pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubezpieczyciel rentowy zobowiązał jednostki szpitalne do szeroko za-

krojonych działań na rzecz poprawy jakości. Chodziło tu nie tylko o kontrolę porównawczą i jakościową konceptów klinicznych, wdrożenie obszernych procedur dokumentacyjnych i katamnezy. Jednostki finansujące prowadziły i będą prowadzić ankiety wśród pacjentów, w celu oceny ich zadowolenia z poziomu leczenia. Wiele klinik i jednostek szpitalnych wdrożyło specjalne systemy zarządzania jakością, aby dostosować się do wymagań jednostek finansujących i uplasować się na „rynku”.

Pomimo że rozwój specjalizacji i ekonomizacja pomocy dla osób uzależnionych wywołała gorące dyskusje, ogólnie przyjęto do wiadomości, że zmiany wymagane przez jednostki finansujące niosą ze sobą pewne szanse. Dowód własnej sprawności dodaje nie tylko pewności w negocjacjach z jednostkami finansującymi, lecz także gwarantuje wśród społeczeństwa i polityków akceptację szeroko zakrojonych działań pomocy dla osób uzależnionych.

Podobnie rozwijała się sytuacja w dziedzinie pomocy ambulatoryjnej. Również gminy i komuny odpowiedzialne za ten segment pomocy coraz głośniejszy domagały się dowodów efektywności placówek poradniczych i pomocy niskiego progu. W roku 2000 w Szlezwiku-Holsztynie z inicjatywy i przy finansowym wsparciu lokalnego rządu, pod okiem ośrodka lokalnego opracowano komputerowy system dokumentacji pomocy ambulatoryjnej. Celem rządu lokalnego było nie tylko umożliwienie poszczególnym poradniom szczegółowego opisu swoich działań. Dzięki obszernej dokumentacji zebrano dane, które miały służyć szybkiemu opracowaniu trendów w dziedzinie narkotyków w całym landzie oraz koncepcyjnej aktualizacji pomocy (zgodnie z potrzebami). Z doświadczenia wiadomo, że również w świecie narkotyków zachodzą zmiany, dlatego zmia-

ny strategiczne i inwestycje finansowe musiały opierać się na konkretnych danych.

Również w obszarze ambulatoryjnym wdrożenie systemu dokumentacji nie przebiegało gładko. Problemy polegały nie tylko na ustanowieniu wspólnej bazy danych kompatybilnej z bazą europejską (EMCDDA). Praktykujący pracownicy byli na początku niezmotywowani do dokumentowania swojej pracy na tak szczegółowym poziomie. Ostatecznie jednak umocniło się przekonanie, że zapewnienie lub w ogóle rozbudowa systemu pomocy w Szlezwiku-Holsztynie jest możliwa wyłącznie poprzez obszerną dokumentację.

W poradniach wprowadzone zostały normy jakości dla poszczególnych segmentów pomocy oraz szeroko zakrojone systemy zarządzania jakością. Niektóre placówki zaangażowały się wspólnie w tzw. proces benchmarkingu, aby w ramach tego swoistego procesu rozwoju organizacji polepszyć jakość swoich ofert.

W Szlezwiku-Holsztynie (jak również w innych landach związkowych) istnieje tendencja do postrzegania pomocy dla osób uzależnionych jako nowoczesnej usługi. W ostatnich latach skryształizował się pogląd, że dla dobra systemu pomocy jego pracownicy, poza klasycznymi kompetencjami doradczymi i terapeutycznymi, muszą posiadać umiejętności z zakresu zarządzania społecznego.

### **Substytucja**

W ciągu ostatniego roku w Szlezwiku-Holsztynie leczeniu substytucyjnemu poddano ok. 2000 osób. Obecnie coraz częściej mówi się, że zbyt mała liczba lekarzy zajmuje się substytucją medyczną. Ponieważ w Niemczech lekarze zajmujący się substytucją muszą mieć dodatkowe kwalifikacje w dziedzinie medycyny uzależnień, a osoby uzależnione od narkotyków

ogólnie są trudne do wyleczenia, obecnie niewielu lekarzy zajmuje się substytucją. Podaż jest znacznie mniejsza niż popyt. Podobnie wygląda sytuacja z opieką psychologiczno-socjalną. Badania wyraźnie potwierdziły, że sukces leczenia substytucyjnego (mierzony wg kryterium motywacji do abstynencji oraz korzystania z pomocy dla abstynentów) znacząco zależy od wsparcia psychologiczno-socjalnego. Obecnie nie ma przepisów regulujących kto jest finansowo odpowiedzialny za takie leczenie. W Szlezwiku-Holsztynie takie psychologiczno-socjalne oferty pomocnicze są wprawdzie finansowo wspierane przez land, ale nie pokrywa to znacznej części potrzeb.

### Profilaktyka

Szlezwik-Holsztyn posiada długą i sprawdzoną tradycję w dziedzinie profilaktyki pierwszorzędowej. Obecne działania koncentrują się na profilaktyce drugorzędowej. Dyskusje prowadzone pod koniec lat dziewięćdziesiątych na temat nowych leków syntetycznych jasno pokazały, że system pomocy dla osób uzależnionych od heroiny funkcjonuje bardzo dobrze. Inna jest sytuacja w odniesieniu do nieuzależnionej młodzieży znajdującej się w grupie ryzyka, zażywającej konopie, ekstazy lub amfetaminę. Okazało się, że ani profilaktyka pierwszorzędowa, ani pomoc dla osób uzależnionych od narkotyków nie mogą właściwie rozwiązać tego problemu. W związku z powyższym w Szlezwiku-Holsztynie, podobnie jak w wielu innych landach niemieckich, wprowadzono pojęcie wczesnej pomocy narkotykowej, aby zamknąć lukę między koncepcją profilaktyki i pomocy. Również dziś trwają prace nad lepszym połączeniem pomocy dla młodzieży, pomocy narkotykowej i psychiatrycznej opieki dla dzieci.

## Perspektywy

W sumie obecny stan rzeczy pokazuje, że pomoc dla osób uzależnionych od narkotyków jest otwartym systemem, który zawsze musi się dostosowywać do zmieniających się warunków zewnętrznych. Impulsy do zmian pochodzą ze zmian w świecie narkotyków, ograniczeń finansowych lub nowych odkryć naukowych. Zmiany te nie zawsze są zadowalające i należy podchodzić do nich krytycznie, ale jeżeli pomoc narkotykowa ma funkcjonować, to nie mamy tu żadnej innej alternatywy.

## UZUPEŁNIENIA

### Zasada subsydiarności

Zasada subsydiarności oznacza związek pomiędzy państwem a społeczeństwem na płaszczyźnie pracy socjalnej. Nawiązuje to do podrzędności (subordynacji) instytucji państwowych; one tylko przejmują odpowiedzialność za sprawy socjalne, jeśli zapotrzebowanie nie jest pokryte przez prywatne instytucje.

Subsydiarność ma swoje korzenie w cywilnych i wolnościowych ruchach XIX wieku. Odpowiedzialność za istnienie jest zależne od każdej indywidualnej jednostki. Subordynowana wspólnota (np: państwo) powinna interweniować tylko w wyjątkowych przypadkach, jeśli fundusze jednostki lub rodziny nie pokrywają pewnych potrzeb.

Z wyjątkiem paru zadań obowiązkowych, powszechne jest oddelegowanie prawie wszystkich zadań związanych z pracą socjalną efektywnie i wydajnie funkcjonującym prywatnym instytucjom. Tak zwane „odstępowanie” (*contracting out*) oznacza umowę pomiędzy państwem z jednej strony a prywatnymi instytucjami z drugiej, umowę która skupia się

na zyskowności i standardach jakościowych. Subordynacja państwowa prowadzi do rekompensaty dla państwa z takimi konsekwencjami, że prywatne instytucje zdobywają wysokie kwalifikacje konkurując ze sobą.

### **Zarządzanie socjalne**

Od początku lat dziewięćdziesiątych, kiedy zarządzanie finansami w obszarze polityki związanej z narkomanią zaczęło się pogarszać, nacisk na poradnie i oddziały kliniczne wzrastał, by te w rezultacie mogły się zaadaptować do nowej sytuacji. Dyrektorzy klinik byli zmuszeni zajmować się takimi sprawami, jak zarządzanie socjalne czy polepszenie jakości.

Wymagało to skupienia się na:

- aspektach związanych z działaniem rynku: np jak klinika czy poradnia może ustawić swoje status quo, które jest korzystne i atrakcyjne nie tylko dla jej klientów, ale także dla jednostek finansowych;
- aspektach związanych z jakością: jak stworzyć oferty, które nie tylko są wydajne, ale również skuteczne (skupienie się na rezultatach);
- aspektach rozwoju kadr, zarządzaniem zasobami ludzkimi: jak wygląda zarządzanie pracownikiem, co poprawia i gwarantuje jego motywację, a co stabilizuje jego zaangażowanie w pracę;
- aspektach rynku: w jaki sposób instytucja powinna skupić się na rynku, po to by zaangażować dodatkowe jednostki finansowe;
- aspektach kontroli: jak musi wyglądać dokumentacja i ewaluacja zbierania danych w obrębie instytucji, by ta mogła prezentować na zewnątrz swoje kierunki działania, co wywołałoby opinię zwrotną, która mogłaby prowadzić do koniecznych zmian koncepcji;

- aspektach public relations: jak instytucje mogą poprawić swój wizerunek na zewnątrz i sprawić, by tematy takie jak uzależnienie od narkotyków stały się tematami publicznymi;
- aspektach kontraktowania: jak wygląda poprawny kontrakt z jednostkami finansowymi.

### **Profilaktyka w szkołach**

Ogólna struktura programów profilaktycznych w szkołach w landzie Szlezwik-Holsztyn polega na tym, że koordynacja profilaktyki w szkole jest w gestii trzech nauczycieli, którzy współpracują z „Centrum przeciwdziałania niebezpieczeństwom związanym z narkotykami i narkomanią na obszarze landu Szlezwik-Holsztyn”. Koszty utrzymania personelu są pokrywane przez Ministerstwo Edukacji, a koszty związane z zaopatrzeniem pokrywa Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Program profilaktyki obejmuje:

- szkolenie, nadzorowanie i wsparcie nauczycieli odpowiedzialnych za sprawy związane z narkotykami w ich szkołach;
- realizację zaawansowanych szkoleń w dziedzinie profilaktyki narkomanii i zdrowia;
- wsparcie dla szkół, które chciałyby wdrażać projekty profilaktyki narkomanii;
- planowanie, kształtowanie i rozwój pilotażowych programów w dziedzinie profilaktyki w szkołach;
- opracowanie materiałów związanych z tematyką narkotyków dla nauczycieli;
- realizację projektu monitorującego „Glaeserne Schule”.

**Andreas Speck**

*doradca ds. umowy bliźniaczej między Polską a Niemcami*

**OGŁOSZENIE**  
**o egzaminie pisemnym w ramach systemu szkoleń**  
**w dziedzinie uzależnienia od narkotyków**  
**CERTYFIKOWANEGO PRZEZ MINISTRA ZDROWIA**

Pragniemy poinformować, że w ramach systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków certyfikowanego przez Ministra Zdrowia niżej wymienione podmioty organizują **egzamin pisemny w formie testu** w następujących terminach:

1. Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oddział w Zielonej Górze w porozumieniu z Uniwersytetem Zielonogórskim – **29 stycznia 2005 r.**  
W celu uzyskania dalszych, szczegółowych informacji na temat miejsca i godziny egzaminu oraz dokumentów, które należy złożyć proszę kontaktować się z p. Piotrem Żyto od poniedziałku do piątku w godz. 12.00 - 19.00 pod nr tel. (068) 453 20 00.
2. Katolicki Uniwersytet Lubelski – **26 luty 2005 r.**  
Szczegółowe informacje uzyskać można u p. Małgorzaty Janczarek pod nr tel. (081) 445 38 13, 0-81 445 39 95 lub e-mail: janczar@kul.lublin.pl

**Do egzaminu pisemnego mogą przystąpić osoby spełniające następujące warunki:**

- ukończyły szkolenie w części teoretyczno warsztatowej,
- zaliczyły staż kliniczny (posiadają odpowiednie zaświadczenie),
- zaliczyły superwizję kliniczną (posiadają odpowiednie zaświadczenie).

Osoby spełniające powyższe warunki składają dokumenty bezpośrednio do podmiotu, u którego odbywały szkolenie

**Do egzaminu pisemnego mogą przystąpić także** osoby, które uzyskały tytuł instruktora terapii uzależnień w trybie skróconym, a obecnie uzyskały tytuł magistra na kierunku mającym zastosowanie w ochronie zdrowia (podstawa prawna par. 8, ust. 6 Regulaminu zatwierdzenia i certyfikowania programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków Dz. Urz. MZ Nr 2 z dnia 15.03.2004 r.)

Zainteresowane osoby, które spełniają powyższe warunki składają dokumenty do siedziby Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: ul. Dereniowa 52/54, 02-776 w Warszawie do dnia 06. 01. 2005 r.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w porozumieniu z wszystkimi podmiotami szkolącymi oraz Radą ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych postanowiło udostępnić słuchaczom pytania egzaminacyjne na internetowej stronie Krajowego Biura pod adresem [www.kbpn.gov.pl/egzamin.htm](http://www.kbpn.gov.pl/egzamin.htm). Pytania prezentowane są bez wariantów odpowiedzi i różnią się pod

względem formy od tych, które będą na egzaminie pisemnym, niemniej dotyczą tego samego obszaru wymaganej wiedzy.

Zakres wiedzy zawarty w przedstawionych pytaniach egzaminacyjnych obowiązuje zarówno Specjalistów Terapii Uzależnień jak i Instruktorów Terapii Uzależnień.

Pytania układane były przez podmioty szkolące, następnie weryfikowane pod kątem poprawności merytorycznej i formalnej przez Ekspertów wyznaczonych przez Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Proponowane pytania nie wyczerpują listy możliwych pytań i dlatego też w kolejnych edycjach egzaminów lista ta będzie uzupełniana.

Pytania dotyczące trybu egzaminu można kierować także do p. Agnieszki Sejda w Krajowym Biurze na adres: [Agnieszka.Sejda@kbpn.gov.pl](mailto:Agnieszka.Sejda@kbpn.gov.pl)

Po zdaniu egzaminu pisemnego (testowego) słuchacz będzie mógł przystąpić do części ustnej egzaminu (obrona studium przypadku) w terminie późniejszym, ustalonym przez podmioty szkolące. Bardziej szczegółowe informacje na temat **egzaminu ustnego** zostaną umieszczone na stronie internetowej Krajowego Biura do końca grudnia 2004 r.

***Bogusława Bukowska,**  
z-ca dyrektora Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Ogólnopolski telefon zaufania NARKOTYKI - NARKOMANIA 0801-199-990

Antynarkotykowa poradnia internetowa: [www.poradnia.narkomania.org.pl](http://www.poradnia.narkomania.org.pl)



## Serwis Informacyjny Narkomania

**Wydawca: Krajowe Biuro  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii**  
tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65  
e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl)  
<http://www.kbpn.gov.pl>

**Adres redakcji:  
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa**

Redaktor naczelny: **Piotr Jabłoński**  
Sekretarz Redakcji: **Danuta Muszyńska**  
Skład, łamanie, druk: **Platform Group sp. z o.o.**  
tel./fax (022) 635 73 70, 635 29 30

### KOLEGIUM REDAKCYJNE:

**Jacek Morawski**

(Ośrodek Informacji o Alkoholu  
i Narkotykach ADIC)

**Jacek Moskalewicz**

(Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Janusz Sierosławski**

(Instytut Psychatrii i Neurologii)

**Teresa Wereżyńska** (specjalista wojewódzki  
ds. narkomanii, ordynator Oddziału Detoksy-  
kacyjnego w Szpitalu Nowowiejskim)

**Włodzimierz Ziemia**

(Centralne Biuro Śledcze KGP)

Pismo jest bezpłatne