19

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Praca socjalna z osobami uzależnionymi i ich rodziną

Człowiek – najlepsza inwestycja!

Nowa Praca Socjalna

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Praca socjalna z osobami uzależnionymi i ich rodziną

Warszawa 2014

Autor:
Agnieszka Palacz-Chrisidis

Wydawca:
Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00–697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00
Fax: 22 237 00 99
e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl
www.crzl.gov.pl

Opracowanie merytoryczne, druk i dystrybucja serii publikacji na zlecenie CRZL:
WYG International Sp. z o.o.
ISBN 978–83–7951–301–7 (seria)
978–83–7951–320–8 (19)

Skład:
AgrafKa Sp. z o.o.

Publikacja bezpłatna

Nakład: 3000 egzemplarzy

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Słowo wstępne

Oddajemy do rąk Czytelników serię publikacji będących efektem pracy ekspertów i specjalistów z zakresu polityki społecznej, w szczególności pomocy społecznej. Celem niniejszej serii było przybliżenie najważniejszego dorobku teoretycznego i praktycznego państw Europy Zachodniej i USA w zakresie nowatorskich koncepcji i metod prowadzenia pracy socjalnej. Chodziło o przybliżenie nie tylko rozwiązań i teorii zupełnie nowych także w tamtych krajach, ale także i takich, które już zdążyły „okrzepnąć" i były poddawane wielostronnym ocenom, choć w naszym kraju wiele z nich wciąż pozostaje nieznanymi lub niedocenianymi. Część publikacji dotyczy nowych rozwiązań, co prawda już funkcjonujących w naszych realiach, jednak często realizowanych jedynie w ramach pojedynczych projektów, wartych jednak szerszego upowszechniania, adoptowania i testowania w polskich warunkach. Przykładem może tu być chociażby tworzenie sieci franszyzy społecznej czy asystentury dostępnej w różnych sferach życia osób z niepełnosprawnością.

Adresatami opracowań są przede wszystkim praktycy, działający w jednostkach pomocy społecznej i realizujący jej ustawowe cele. Szczególnie ważnymi odbiorcami są pracownicy socjalni, których chcemy wyposażyć w nowe informacje oraz dostarczyć im wiedzy, która może zaowocować nowymi przedsięwzięciami, podejmowanymi przez nich w społecznościach lokalnych. Pracownicy socjalni w naszym kraju są bowiem grupą zawodową, której powierzono w ostatnich latach wiele zadań z zakresu pomocy społecznej, nie zawsze jednak wyposażając ich w odpowiednie i niezbędne do ich realizacji instrumenty. Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny może w swojej pracy pełnić wiele ról – być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem

aktywności lokalnej. Aby unikać zrutynizowanego działania i jednocześnie zwiększać kompetencje zawodowe pracowników socjalnych potrzebna jest szeroka wiedza w zakresie różnorodności metod ich pracy, obowiązujących standardów, znaczenia tworzenia sieci wsparcia koleżeńskiego, eksperckiego, superwizyjnego – zarówno nieformalnego, jak i ujętego w zasady współpracy, które można i należy wypracowywać lokalnie, także z reprezentantami innych instytucji.

W jaki sposób pracownicy instytucji pomocy społecznej mogą zatem towarzyszyć swoim klientom, beneficjentom, podopiecznym? Jak mogą wspomagać proces ich powrotu do życia w rodzinie i społeczeństwie, nauczyć dbania o istotne relacje międzyludzkie, odpowiedzialności za własny los, pokonywania lęków związanych z podejmowaniem nowych zobowiązań, wskazywać drogi wyjścia z sytuacji kryzysowych? Która z ról, w danym czasie, będzie najodpowiedniejsza w tym konkretnym, indywidualnym przypadku? Ufamy, że na te i wiele innych pytań, pracownicy znajdą odpowiedzi w przekazanych im publikacjach.

W polityce społecznej, w tym pomocy społecznej, coraz częściej zwraca się uwagę na efektywność i racjonalność podejmowanych działań. Zawsze zbyt mała ilość dostępnych środków finansowych w stosunku do zwiększającej się wciąż skali potrzeb, wymusza szukanie i podejmowanie prób implementowania na grunt społeczny rozwiązań wcześniej kojarzonych głównie z biznesem, pochodzących z teorii zarządzania. Od pracownika socjalnego wymaga się umiejętności menadżerskich, jego zadaniem jest „zarządzanie przypadkiem", „generowanie zmiany". Wymaga się od niego znajomości instrumentów nowego zarządzania publicznego oraz rozumienia uwarunkowań decydujących o skuteczności ich stosowania, prowadzących do wpisywania się na trwałe w pejzaż lokalnych partnerstw publiczno – prywatnych. Opublikowane opracowania mogą być wreszcie użytecznym narzędziem dla innych aktorów polityki społecznej: polityków wyznaczających jej instytucjonalne ramy, naukowców i badaczy spierających się o zasadność przyjmowania za obowiązujące takich, a nie innych paradygmatów, wyznaczających cele i sposoby ich realizacji, a także samych uczestników życia społecznego. Nie chodzi o to, aby działać „na rzecz" osób i grupy, czy „wobec" jakichś problemów, lecz „ z" osobami i grupami, będącymi często niewykorzystanym potencjałem dla samych siebie i swoich środowisk.

Przedstawiana Państwu „Nowa Praca Socjalna" ma szansę stać się źródłem inspiracji dla przedstawicieli wielu środowisk zaangażowanych w realizację zadań z zakresu pomocy społecznej.

Zachęcam do lektury.

dr hab. Olga Kowalczyk prof. UE
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Od Rady Redakcyjnej

Przedstawiamy Państwu ważną serię wydawniczą, która została zatytułowana jako „Nowa Praca Socjalna" wskazując na jej innowacyjny, często nowatorski charakter. Seria składa się z trzydziestu publikacji – dwudziestu przygotowanych przez wybitnych polskich ekspertów i praktyków, zajmujących się zagadnieniami pomocy społecznej i pracy socjalnej oraz dziesięciu, które zostały przetłumaczone z języka angielskiego i ukazują aktualny dyskurs międzynarodowy w omawianej problematyce.

Celem serii poświęconej nowym zagadnieniom lokalnej polityki społecznej, szczególnie w aspekcie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej, jest popularyzacja w Polsce nowych metod i instrumentów wsparcia społecznego oraz ukazanie aktualnych zagadnień instytucjonalno-organizacyjnych oraz prawnych, które kształtują ramy dla działań pracownika socjalnego i środowiskowego.

Treść publikacji niewątpliwie wzbogaca istniejący w Polsce dorobek intelektualny, zarówno naukowy jak i praktyczny, który musi być jednak stale uzupełniany przez nowości płynące z naszych doświadczeń 25 lat transformacji, ale także z rozwiązań, które sprawdziły się w krajach o rozwiniętych systemach zabezpieczenia społecznego. Aby właściwie ocenić w jakim miejscu rozwoju pracy socjalnej, czy szerzej pomocy społecznej, jesteśmy w Polsce, musimy mieć punkty odniesienia w innych państwach, które funkcjonują w różnych modelach polityki społecznej.

Wybór publikacji do druku miał charakter otwartego konkursu, do którego przystępowali eksperci z różnych środowisk akademickich oraz instytucji praktyki społecznej. Dziesięcioosobowa Rada Redakcyjna, składająca się z przedstawicieli nauki oraz instytucji pomocy społecznej, podczas swych posiedzeń oceniała merytoryczne uzasadnienie i cel pracy, strukturę książki oraz jej metodologię z bibliografią. Ważnym aspektem wyboru opracowań do publikacji była ich innowacyjność i nowatorskie

podejście, chociaż nie oznacza to, że wszystkie książki prezentują tylko i wyłącznie nowe podejście do zagadnień pracy socjalnej. Siłą wsparcia społecznego jest także istniejąca tradycja i dorobek, który także docenialiśmy łącząc to co wartościowe z przeszłości z tym co konieczne w przyszłości. Daje się to szczególnie zauważyć w niektórych publikacjach, które wskazują na istniejący współcześnie renesans sprawdzonych idei, rozwiązań i metod.

Wszystkie publikacje wydane w ramach serii były recenzowane przez trzech niezależnych ekspertów – specjalistów z zakresu polityki społecznej, pomocy społecznej i/lub pracy socjalnej. Recenzenci byli wybrani przez Radę Redakcyjną w procedurze konkursowej – są to wybitni specjaliści z obszarów: nauki i praktyki, najczęściej dobrze znani w środowisku polityków społecznych. Nierzadko recenzje były bardzo wnikliwe i krytyczne, co skutkowało koniecznością dokonywania uzupełnień i poprawek. Kilka publikacji po recenzjach Rada Redakcyjna odrzuciła.

Wydaje się, że istotną wartością całej serii jest to, że z jednej strony ukazuje ona teoretyczne i praktyczne wątki pracy socjalnej z konkretnym typem klienta lub społecznością lokalną; a z drugiej, że prezentuje szersze powiązania pracy socjalnej z takimi zagadnieniami jak przedsiębiorczość społeczna, nowe zarządzanie publiczne i *governance* czy wreszcie ukazuje swe silne związki z koncepcją *empowerment*. Ukazanie międzynarodowych doświadczeń w realizacji pracy socjalnej jest dodatkowym „ładunkiem" intelektualnym, który poszerza naszą wiedzę o rozwiązaniach w innych *welfare states*.

Jako Rada Redakcyjna zachęcamy wszystkich pracowników systemu pomocy społecznej, w tym pracowników socjalnych, działaczy społecznych oraz decydentów do zapoznania się z treścią rekomendowanych przez nas i opublikowanych publikacji. Mamy nadzieję, że znajdziecie Państwo w części z nich inspirujące wątki teoretyczne i praktyczne, które przydadzą się Państwu w życiu zawodowym.

Życzymy miłej lektury!

dr hab. Mirosław Grewiński prof. WSP
Przewodniczący Rady Redakcyjnej

Rada Redakcyjna:

dr hab. Mirosław Grewiński, prof. WSP – Przewodniczący Rady Redakcyjnej – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie
dr Ewa Flaszyńska – Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m. st. Warszawy
mgr Hanna Gumińska – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
dr hab. Jolanta Grotowska-Leder, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki
mgr Barbara Kamińska-Skowronek – Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tyszowcach
prof. zw. dr hab. Janusz Kirenko – Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
mgr Danuta Koczkodaj – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
mgr Krzysztof Kratofil – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tarnowskich Górach
dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki
dr Anna Zasada-Chorab – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka Warszawa oddział Katowice i Kolegium Pracowników Służb Społecznych Czeladź

Zespół Projektu Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich:
dr Adam Krzyżanowski – Kierownik Projektu
mgr Andrzej Bogdański – Sekretarz Projektu
Dominika Szeląg – Ekspert ds. e-learningu

Zespół realizacyjny WYG International Sp. z o.o.:
mgr inż. Ewa Płodzień-Pałasz – Kierownik Projektu
dr Monika Miedzik – Ekspert merytoryczny
dr Jarosław Pichla – Ekspert merytoryczny

Nota o Autorze

Agnieszka Palacz-Chrisidis – Psycholog, specjalista terapii uzależnień. Absolwentka Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, aktualnie asystent w Katedrze Psychoprofilaktyki Społecznej w Instytucie Psychologii na Wydziale Nauk Społecznych KUL. Zajmuje się profilaktyką uzależnień, prowadzi badania z zakresu uzależnień behawioralnych wśród osób młodych.

Recenzenci publikacji:
dr hab. Marek Leszczyński, prof. UJK – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
dr Beata Hoffmann – Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego
dr Beata Mańkowska – Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE ... 3

OD RADY REDAKCYJNEJ ... 5
Rada Redakcyjna: ... 7

NOTA O AUTORZE ... 9

WSTĘP ... 13

1. ANALIZA ZJAWISKA UZALEŻNIENIA ... 17
1.1. PODSTAWOWE DEFINICJE ... 17
1.2. RODZAJE UZALEŻNIEŃ ... 21
1.3. PRZYCZYNY UZALEŻNIEŃ ... 53
1.4. UZALEŻNIENIA W LICZBACH ... 56

2. DIAGNOZA ... 65
2.1. KRYTERIA DIAGNOZY UZALEŻNIENIA ... 65
2.2. ROZPOZNAWANIE PIERWSZYCH SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH ... 78
2.3. METODY DIAGNOZY UZALEŻNIENIA ... 82
2.4. DOBRA PRAKTYKA W ZAKRESIE PROWADZENIA BADAŃ WŚRÓD OSÓB UZALEŻNONYCH ... 91

3. SYSTEM POMOCY OSOBIE UZALEŻNIONEJ ORAZ JEJ RODZINIE ... 99
3.1. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ ... 99
3.2. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII ... 106
3.3. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O WYCHOWANIU W TRZEŹWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI ... 109
3.4. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O GRACH HAZARDOWYCH ORAZ ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA O FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH ... 114
3.5. SYSTEM LECZNICTWA ODWYKOWEGO W POLSCE ... 117

4. DIAŁANIA PROFILAKTYCZNE ... 125
4.1. POZIOMY PROFILAKTYKI ... 125
4.2. STRATEGIE PROFILAKTYCZNE ... 130
4.3. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE ... 132

5. METODY PRACY Z OSOBĄ UZALEŻNIONĄ I JEJ RODZINĄ ... 137
5.1. INNOWACYJNE METODY PRACY ... 138
5.2. STUDIUM PRZYPADKU – dobra praktyka w zakresie pracy z klientem ... 173
5.2.1. Okoliczności i motywy podjęcia leczenia ... 174
5.2.2. Diagnoza nozologiczna ... 174
5.2.3. Diagnoza problemowa – opis sfer życia ... 177

ZAKOŃCZENIE 189

SŁOWNICZEK 191

BIBLIOGRAFIA 193
STRONY WWW 197

Wstęp

Aktualnie w Polsce i na świecie, uzależnienia są bardzo poważnym problemem społecznym, generującym zaburzenia w funkcjonowaniu zarówno jednostki, rodziny, jak i społeczności lokalnych. Uzależnienia od środków psychoaktywnych są zjawiskiem znanym w Polsce, ale ze względu na fakt dużej liczby osób eksperymentujących z substancjami oraz uzależnionych, należy podjąć próbę zmierzenia się z tym tematem ponownie. Natomiast uzależnienia behawioralne są zjawiskiem nadal eksplorowanym na gruncie polskim, ale już dziś pojawia się wiele problemów społecznych związanych z hazardem, uzależnieniem od komputera/Internetu, uzależnieniem od zakupów czy telefonu.

Specyfika pracy socjalnej z osobami uzależnionymi, sytuuje się na styku dwóch dziedzin: pomocy społecznej oraz pomocy medycznej i terapeutycznej, dlatego tak ważna, w tym przypadku, wydaje się być współpraca pracownika socjalnego z instytucjami opieki zdrowotnej. Praca socjalna z rodzinami osób uzależnionych, wymaga z kolei, od pracownika socjalnego specyficznego podejścia do problemu uzależnienia w rodzinie i nie powinna ograniczać się tylko do przyznawania świadczeń pomocy społecznej. Ważnym elementem zapobieganiu uzależnieniom są programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży, dlatego w niniejszym opracowaniu wskazano obszary włączenia się instytucji pomocowych w te działania.

Głównym celem publikacji jest wobec tego pokazanie metod pracy z osobą uzależnioną, z jej rodziną oraz społecznością, uwzględniając ograniczenia i możliwości funkcjonowania osoby uzależnionej. Ważnym aspektem przygotowanej monografii jest przekazanie podstawowej wiedzy o zjawisku osobom, które podejmują działania na rzecz wspierania pozytywnej readaptacji psychospołecznej osoby uzależnionej.

Głównymi adresatami zawartych w podręczniku treści stają się pracownicy socjalni, asystenci rodziny, streetworkerzy, specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień, a także inni specjaliści tworzący system wsparcia dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem. Publikacja może być także wykorzystywana przez pracowników naukowych i dydaktycznych, realizujących przedmioty związane z pracą socjalną, wykluczeniem społecznym czy przejawami różnego rodzaju patologii społecznych.

Publikacja w swej strukturze posiada 5 zasadniczych części. Pierwsza z nich poświęcona została szerokiej analizie zjawiska uzależnienia. Podano podstawowe definicje porządkujące podejście do zagadnienia, wymieniono rodzaje uzależnień wraz ze wskazaniem ich przyczyn. Dokonano również prezentacji statystyk dotyczących uzależnień w Polsce.

Rozdział drugi dotyczy diagnozowania osoby w kierunku uzależnienia. Pokazano kryteria diagnostyczne według różnych klasyfikacji obowiązujących na świecie. Przedstawiono pierwsze sygnały ostrzegawcze, pojawiające się w sytuacji używania problemowego. W tej części znalazł się również przykład dobrej praktyki w zakresie prowadzenia badań wśród osób uzależnionych.

Część trzecia jest prezentacją określonych aktów prawnych pod kątem możliwości ich wykorzystania jako podstawy pracy z klientem uzależnionym. W jednym miejscu zebrano przepisy wynikające z Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Ustawy o grach hazardowych i Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W tym miejscu zaprezentowano również polski system lecznictwa, z uwzględnieniem możliwości leczenia osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków i hazardu.

Czwarty rozdział dotyczy profilaktyki uzależnień, w kontekście najnowszych trendów i strategii. Prezentuje on możliwości prowadzenia działań profilaktycznych o charakterze uniwersalnym – dla ogółu społeczności, o charakterze selektywnym – dla osób zagrożonych uzależnieniem oraz o charakterze wskazującym – dla osób doświadczających konkretnych problemów w wyniku spożywania substancji psychoaktywnych.

Piąty i ostatni rozdział, ma z kolei charakter najbardziej praktyczny, jest on prezentacją całego wachlarza metod pracy z osobami doświadczającymi różnorodnych problemów wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych, które tak

naprawdę mogą zostać wykorzystane także w pracy z innymi kategoriami klientów, zarówno indywidualnej, jak i grupowej. W tej części opisano między innymi takie metody jak: podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, dialog motywujący, metody poznawczo-behawioralne, podejście redukcji szkód czy metody pracy grupowej.

W celu ułatwienia korzystania z przygotowanego podręcznika, na końcu każdego z rozdziałów znajdują się treści podsumowujące, wraz z miejscem na własne refleksje, które mogą zostać wywołane przez postawione przez autora pytania problemowe.

Na końcu każdego rozdziału znajduje się również spis literatury, z której korzystano przy jego opracowywaniu. Dodatkowo przedstawione zostaną pozycje, do których warto sięgnąć przygotowując konkretne oddziaływania dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem. Dla ułatwienia postanowiono również na końcu książki zamieścić słownik najważniejszych pojęć dotyczących poruszanych zagadnień.

1. ANALIZA ZJAWISKA UZALEŻNIENIA

W dzisiejszym szybko postępującym świecie, zjawisko uzależnienia jest częstym problemem społecznym. Uzależnienie może dotknąć każdą osobę, bez względu na płeć, wiek, czy status ekonomiczny. Aktualnie coraz większy nacisk kładzie się na poznanie nowych uzależnień – behawioralnych[1], ale również na lepsze zrozumienie uzależnień psychoaktywnych, które są opisywane już od wielu lat.

W rozdziale pierwszym autor przyjrzy się zatem specyfice tego zjawiska. Przedstawione zostaną konkretne definicje, rodzaje i przyczyny uzależnień oraz statystyki dotyczące występowania uzależnień.

1.1. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ze względu na potoczne występowanie, w odniesieniu do substancji psychoaktywnych, takich pojęć jak używanie, nadużywanie i uzależnienie, należy uporządkować te definicje i podać konkretne kryteria, które nie pozostawią wątpliwości przy rozróżnieniu tych zjawisk.

W celu klarownego przedstawienia relacji poszczególnych definicji w stosunku do siebie, cały proces wchodzenia w uzależnienie, można przedstawić na kontinuum:

UŻYWANIE OKAZJONALNE jest to korzystanie z danego środka w ciągu ostatnich 12 miesięcy, próbowanie go przy okazji spotkań towarzyskich, sporadyczny kontakt z substancją, przyjmowanie substancji w niewielkich ilościach. W przypadku

[1] Inaczej uzależnienie od czynności (action addiction, behavioral dependency), jest traktowane jako uzależnienie od popędów, jak np. od gier hazardowych czy komputerowych, Internetu, jedzenia, pracy, zakupów, seksu, telefonu komórkowego, kart płatniczych czy środków masowego przekazu. Mamy tutaj do czynienia z zachowaniami nałogowymi, nad którymi człowiek nie jest w stanie zapanować i które w sposób negatywny wpływają na wiele obszarów jego funkcjonowania. Ich celem jest nie tyle osiągnięcie przyjemności, co zredukowanie złego samopoczucia i wewnętrznego napięcia. Ogólnie, jest to rodzaj uzależnienia psychicznego (niesubstancjalnego), zaś o patologii świadczy przejawianie dużego zapotrzebowania na wykonywanie tych czynności, ich częstotliwość i intensywność. Zachowania te mają charakter autodestrukcyjny, jednak wiele z nich, a szczególnie pracoholizm, jest akceptowanych społecznie (Guerreschi, 2006).

używania okazjonalnego, nie mamy do czynienia z negatywnymi konsekwencjami, które zaburzałyby codzienne funkcjonowanie osoby.

Kolejnym etapem jest **UŻYWANIE RYZYKOWNE**, które jest wzorcem używania substancji w nadmiernych ilościach (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), który daje wysokie ryzyko zaistnienia poważnych szkód dla zdrowia psychicznego i fizycznego w przyszłości, nie przynosi natomiast wyraźnych skutków w chwili obecnej. Jest to pewnego rodzaju wstęp do rozpoczynającego się procesu uzależniania. Natomiast **UŻYWANIE SZKODLIWE**, oznacza takie przyjmowanie substancji, które już powoduje szkody zdrowotne, zarówno somatyczne (choroby różnych narządów) lub psychiczne (np. depresja, zespoły paranoidalne lub lękowe). Ważne jest, aby stwierdzić występowanie związku pomiędzy używaniem substancji a wystąpieniem danej dolegliwości np. fizyczne: problemy z trzustką wynikają ze zbyt częstego sięgania po alkohol, a nie ze stosowania zbyt tłustej diety; psychiczne: zaburzenia psychiczne występujące jako wtórny efekt przyjmowania substancji (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Następnie pojawia się **NADUŻYWANIE** substancji. W przypadku, gdy osoba poza szkodami zdrowotnymi, zaczyna odczuwać również społeczne konsekwencje nadmiernego spożywania, mamy do czynienia z nadużywaniem substancji. O nadużywaniu nie wnioskujemy z ilości przyjmowanej substancji, ale z konsekwencji jakie pojawiają się w wyniku jej używania. Nadużywanie posiada własne kryteria diagnostyczne, które podane zostaną w kolejnej części książki (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Ostatnim stadium jest **UZALEŻNIENIE**, które w języku potocznym pojawia się w odniesieniu do wymienionych wyżej etapów, jest mylone zwłaszcza z nadużywaniem. Ponieważ jest to zjawisko tak trudne i ważne społecznie, tej definicji poświęćmy nieco więcej miejsca.

Chcąc podjąć próbę przedstawienia problemu uzależnienia, należy rozpocząć od podania jednoznacznej definicji tego pojęcia. W sposób najbardziej uproszczony można stwierdzić, że **uzależnienie to przymus przyjmowania określonej substancji (np. narkotyki, alkohol) lub wykonywania danej czynności (np. zakupy, praca).** Uzależnienie występuje wtedy, gdy **człowiek traci kontrolę nad przyjmowaną substancją, czy wykonywaną czynnością** i dochodzi do powstania **wewnętrznego nakazu kontynuowania przyjmowania, powracania do czynności, czy**

poszukiwania danego czynnika uzależniającego Uzależnienie można określić jako **pragnienie dobrostanu, dobrego samopoczucia, uśmierzenia przykrych stanów bez umiejętności odłożenia tej potrzeby w czasie** (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Ze względu na szerokie poznanie uzależnień chemicznych oraz wciąż trwające zgłębianie wiedzy na temat uzależnień behawioralnych, definicje podane w rozdziale opierają się na tych, dotyczących uzależnienia od substancji. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), prezentuje następującą definicję uzależnienia: *Zespół uzależnienia to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasami przemożne) przyjmowania substancji psychoaktywnej (która może być lub nie – środkiem stosowanym w medycynie), alkoholu lub tytoniu. Przyjęcie substancji nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwalać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych*. (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, 2000, str. 73).

W kontekście uzależnienia, warto poznać również definicję **zespołu abstynencyjnego** – jest to szereg nieprzyjemnych, czasem groźnych objawów somatycznych oraz psychicznych, które ujawniają się w chwili zaprzestania lub znacznego ograniczenia przyjmowania substancji (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004). Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła występowanie objawów zespołu odstawienia substancji, za jedno z kryteriów diagnozujących uzależnienie. Zespół abstynencyjny jest specyficzny dla różnych grup substancji, objawy odstawienia zazwyczaj są przeciwstawne do objawów jakie dana substancja wywołuje (np. amfetamina silnie pobudza, natomiast objawem zespołu abstynencyjnego będzie apatia, brak sił).

Podejmując pracę z osobami spożywającymi alkohol lub narkotyki, powinniśmy zwrócić uwagę na styl używania. Możemy wyróżnić kilka modeli używania substancji psychoaktywnych, które pokazują nam na jakim etapie zaangażowania jest osoba (www.kbpn.gov.pl):

UŻYWANIE EKSPERYMENTALNE lub **REKREACYJNE** dotyczy głównie osób młodych, próbujących różnych substancji wielokrotnie, często kilku jednocześnie. Młodzież ze względu na okres rozwojowy oraz dużą potrzebę akceptacji rówieśniczej,

jest szczególnie narażona na rozwój uzależnienia. Przyjmowanie odbywa się w grupie rówieśniczej w celu osiągnięcia oczekiwanych doznań. Samotne przyjmowanie nie występuje. Takie używanie najczęściej nie jest związane z ujemnymi następstwami somatycznymi lub społecznymi. W tym przypadku, jeśli ilości substancji nie są przekraczane i jeśli nie następuje zwiększenie częstości przyjmowania, to uzależnienie nie pojawia się.

UŻYWANIE OKOLICZNOŚCIOWO-SYTUACYJNE jest zwykle uwarunkowane motywami indywidualnymi, osobistą sytuacją osoby. Przyjmowanie substancji odbywa się kilka razy w tygodniu lub rzadziej, występuje tendencja do kontrolowania spożytej ilości (samoograniczanie). Przyczyną przyjmowania substancji jest chęć poprawy samopoczucia, rozładowania napięcia. Tę grupę osób uważa się za zagrożoną uzależnieniem, ponieważ substancja staje się rozwiązaniem w trudnej sytuacji. Używanie okolicznościowo-sytuacyjne jest czasami nazywane stresopochodnym.

PRZYJMOWANIE RYZYKOWNE dotyczy takiego stylu przyjmowania, które doprowadza do zaburzeń zachowania (np. brak kontroli nad własnym zachowaniem, podejmowanie zachowań ryzykownych), w wyniku których mogą powstać różne szkody zdrowotne. Zmiana sprawności psychofizycznej prowokuje powstawanie zagrażających sytuacji zarówno dla przyjmującego, jak i otoczenia (np. prowadzenie samochodu przez osobę, która paliła marihuanę).

UŻYWANIE INTENSYWNE oznacza przyjmowanie substancji co najmniej raz dziennie w celu redukcji napięcia, poprawy samopoczucia i umożliwienia codziennego funkcjonowania.

UŻYWANIE KOMPULSYWNE, to intensywne przyjmowanie substancji osiągające cechy uzależnienia. Przy używaniu kompulsywnym ma miejsce stałe przyjmowanie substancji, czasami w celu uniknięcia zespołu abstynencyjnego, często dochodzi do zatruć.

W przypadku nazewnictwa z obszaru uzależnień, często występują nieporozumienia dotyczące definicji samego środka uzależniającego. Wprowadźmy zatem nieco systematyki w tym zakresie.

SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA, jest to każda substancja chemiczna wpływająca na funkcjonowanie układu nerwowego. Jest to pojęcie bardzo szerokie, obejmujące

wszystkie te środki, które wywołują zmiany w zakresie działania układu nerwowego człowieka (Jędrzejko, 2009; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004). Natomiast **NARKOTYK**, jest potoczną nazwą substancji psychoaktywnych, najczęściej pojawia się w odniesieniu do substancji pochodzenia opiatowego (heroina, morfina). „Narkotyk" występuje również w terminologii prawniczej, jako określenie substancji nielegalnej (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

W Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29.07.2005 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), przytacza się definicje, które systematyzują podejście do poszczególnych środków. Z ustawy wynika, że:

PREKURSOR, jest to każda substancja (zarówno naturalna, jak i syntetyczna), która może zostać przetworzona w środek odurzający lub substancję psychotropową. Wykaz prekursorów stanowi załącznik nr 1 do ustawy. ŚRODKIEM ODURZAJĄCYM zatem nazywamy każdą substancję (naturalną lub syntetyczną), która działa na układ nerwowy i jest zawarta w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy (np. heroina, kokaina, marihuana). Natomiast **SUBSTANCJA PSYCHOTROPOWA** to każda substancja (naturalna lub syntetyczna) wpływająca na układ nerwowy, która wykazana jest w załączniku nr 3 do ustawy (np. LSD, amfetamina, relanium).

Ustawa podaje również definicję ŚRODKA ZASTĘPCZEGO, który jest substancją używaną w zastępstwie środka odurzającego lub substancji psychotropowej (np. w przypadku braku dostępności środka podstawowego).

1.2. RODZAJE UZALEŻNIEŃ

W samej definicji uzależnienia określonej przez WHO (podanej w paragrafie pierwszym), stan ten podzielony został na uzależnienie psychiczne oraz uzależnienie fizyczne. Daje nam to pewną podstawę do wnioskowania o istnieniu różnych podejść w tym obszarze.

UZALEŻNIENIE PSYCHICZNE, znane też jako uzależnienie psychologiczne, jest to nabyta silna potrzeba o charakterze przymusu stałego wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji, której niespełnienie nie prowadzi do poważnych fizjologicznych następstw. Uzależnienie psychiczne **ma charakter powracających/natrętnych myśli i koncentracji wokół przyjmowania danego środka lub wykonywania określonej czynności** (Jędrzejko, 2009). Uzależnienie psychiczne ma jednak swoje fizyczne (neurologiczne) podłoże i jest tak samo realne, jak uzależnienie

fizjologiczne z tą różnicą, że zmiany, które powoduje nie cofają się samoistnie albo cofają się bardzo wolno. Uzależnienie to opiera się na mechanizmie nagrody, który ma dwie fazy (Di Chiara North, 1992; Robinson, Berridga, 1993):

- **fazę aktywną poszukiwania i oczekiwania przyjemności** (zdobywanie substancji);
- **fazę pasywną zaspokojenia** (stan po zażyciu), w fazie tej nie występuje zjawisko przyzwyczajenia się mózgu, zamiast tego mózg staje się bardziej podatny na oczekiwanie przyjemności/nagrody jaką jest substancja psychoaktywna.

Próbą obrony układu nerwowego przed działaniem narkotyku stają się fizjologiczne mechanizmy kompensujące tj. zmiany wrażliwości receptorów – czyli osoba staje się mniej wrażliwa na działanie różnych bodźców. W konsekwencji powoduje to coraz większą różnicę między przyjemnością oczekiwaną a uzyskiwaną i występowanie coraz większego napięcia.

UWAGA!

Osoba wpada w błędne koło: potrzebuje coraz więcej substancji w celu osiągnięcia pożądanego efektu. Walka z uzależnieniem psychicznym zależy w głównej mierze od woli osoby uzależnionej, dlatego tak ważne jest podjęcie działań profilaktycznych oraz motywowanie osoby do wysiłku i aktywności (o czym traktować będą dalsze rozdziały publikacji).

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych powoduje szereg konsekwencji w zakresie funkcjonowania psychologicznego osoby. W wyniku zażywania substancji psychoaktywnych mogą pojawić się różnego rodzaju zaburzenia, które wynikają ze zmiany funkcjonowania układu nerwowego. Według Niewiadomskiej i Stanisławczyka (2004), Chmielewskiej i Baran-Furgi (2006), Jędrzejki (2009) oraz Łuczaka (2009), do najpopularniejszych zaburzeń w tym obszarze należą:

- **zaburzenia emocji** – najczęściej pojawiają się stany lękowe, nadpobudliwość, agresja, nagłe zmiany nastroju i depresja, a także zespół braku motywacji do działania (apatia, brak skuteczności i trudności w wykonywaniu działań rozciągniętych w czasie);

- **zaburzenia funkcji poznawczych** – pojawiają się trudności w zapamiętywaniu nowych informacji, osłabienie koncentracji, problemy ze skupieniem się na wykonywanej czynności, a także zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- **zaburzenia o podłożu organicznym** – czyli trwałe uszkodzenia mózgu, o charakterze zmian nieodwracalnych, tylko w pewnym stopniu podatnych na oddziaływania lecznicze; w przypadku używania substancji psychoaktywnych jest to zespół otępienny (najczęściej w przypadku używania rozpuszczalników lotnych lub klejów), objawiający się upośledzeniem zdolności uczenia się, pamięci, rozumienia, orientacji w rzeczywistości, a także zaburzeniami mowy; praca z takimi osobami wymaga podjęcia terapii wspierającej od strony neurologicznej;
- **zaburzenia osobowości** – najczęściej pojawiają się dwa rodzaje zaburzeń osobowości: osobowość borderline oraz syndrom osobowości antyspołecznej (szczegółowe kryteria tych zaburzeń zawarte są w klasyfikacjach medycznych[2], wymagają diagnozy psychiatrycznej i nie stanowią one przedmiotu podjętych rozważań), praca z takimi osobami wymaga podjęcia leczenia psychiatrycznego;
- **choroby psychiczne** – pojawiają się zaburzenia psychotyczne: halucynacje wzrokowe, omamy słuchowe, dotykowe, urojenia (fałszywe przekonania na dany temat); zaburzenia psychomotoryczne (np. nagłe pobudzenie, osłupienie); tego typu zaburzenia mogą pojawić się pod wpływem substancji, jak i po jej odstawieniu; substancja psychoaktywna może być swego rodzaju wyzwalaczem do pojawienia się choroby psychicznej.

Z kolei **UZALEŻNIENIE FIZYCZNE**, inaczej fizjologiczne, to nabyta silna **potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji, odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych** (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzestanie zażywania lub zmniejszenie przyjmowanej ilości, prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako **zespół abstynencyjny** (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Jędrzejko, 2009).

Do grupy substancji, których nadużywanie prowadzi do uzależnienia fizjologicznego należą między innymi (Chmielewska, Baran-Furga, 2006): nikotyna, alkohol, opiaty (heroina, morfina), benzodiazepiny (leki uspokajające), barbiturany (leki nasenne).

[2] Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, 2000

UWAGA!

Warto zauważyć, że **w grupie powodującej uzależnienie fizyczne nie znajdują się najpopularniejsze narkotyki, jakimi jest marihuana, amfetamina i kokaina**. Jest to najczęstszy argument osób używających, zwłaszcza wśród palaczy marihuany, którzy twierdzą, że są to substancje bezpieczne, ponieważ tak naprawdę nie uzależniają (powodują „tylko" uzależnienie psychiczne). W rzeczywistości jednak, leczenie objawów fizycznych (zespołu abstynencyjnego) nie stanowi większego problemu, polega tylko na odtruciu organizmu (stosujemy detoks), które w zależności od rodzaju przyjmowanej substancji trwa od kilku do kilkunastu tygodni. **Gdyby zatem terapia uzależnienia polegała tylko na pozbyciu się efektów fizjologicznych, nie mielibyśmy problemu z osobami uzależnionymi. To właśnie uzależnienie psychiczne stanowi trudność w leczeniu, nad zmianą nastawienia osoby oraz jej przekonaniami specjaliści pracują bardzo długo.**

Możemy również wyodrębnić **UZALEŻNIENIE SPOŁECZNE** (socjologiczne), które związane jest z zażywaniem środków/wykonywaniem czynności, pod wpływem panującej mody lub w grupie ludzi podobnych do siebie (jest to zjawisko powszechne zwłaszcza w kręgach młodzieży). Istotą uzależnienia społecznego jest **bardzo silna zależność od grupy, co pociąga za sobą bezwzględne respektowanie panujących w niej zasad i obyczajów**. Ponadto osoba uzależniona, w miarę pogłębiania się choroby rezygnuje z ważnych dla siebie dotychczas aktywności, wypada z ról społecznych. Następuje coraz większa marginalizacja i najczęściej również kryminalizacja środowiska, w którym obraca się osoba uzależniona (Karpowicz, 2002; Jędrzejko, 2009).

W tym miejscu należy również przedstawić pokrótce, jakie jest działanie najpopularniejszych substancji oraz jakie mają one właściwości uzależniające. Wiedza na ten temat jest ważna z punktu widzenia pracy z osobami uzależnionymi, gdyż pozwala na lepsze poznanie funkcjonowania osoby będącej pod wpływem konkretnej substancji psychoaktywnej, daje również podstawy do planowania oddziaływań profilaktycznych i readaptacyjnych wobec osoby, która sięga po określone środki.

ALKOHOL

Alkohol etylowy jest cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. W normalnych warunkach występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny, w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie

rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m. in. od tempa przesuwania się treści pokarmowych z żołądka do dwunastnicy i jelit, a także od zawartości tłuszczu w pożywieniu. Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast największe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym. Do maksymalnego stężenia alkoholu we krwi dochodzi po upływie około 1 – 1,5 godziny od chwili jego spożycia (Woronowicz, 2003; Niewiadomska, Sikorska-Głodowicz, 2004).

Polskie prawo definiuje (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r.):

- stan po użyciu alkoholu, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila (lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie od 0,1mg do 0,25 mg w 1 dm3).
- stan nietrzeźwości, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5 promila (lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie powyżej 0,25 mg w 1dm3).

W zależności od stężenia alkoholu we krwi występują określone objawy zatrucia alkoholem (Woronowicz, 2003):

- od 0,3 do 0,5 promila – nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz zaburzenia widzenia;
- do 0,7 promila – zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie refleksu0, nadmierna pobudliwość i gadatliwość, a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji;
- do 2 promili – zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.) pogłębiający się w miarę narastania intoksykacji alkoholowej, opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca;
- do 3 promili – zaburzenia mowy (mowa bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi, wzmożona senność, znaczne obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań;

- do 4 promili – spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, osłabienie lub zanik odruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki
- powyżej 4 promili – głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka oddechowego i naczyniowo-ruchowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol.

MARIHUANA

Jest to najpopularniejszy narkotyk stosowany w Polsce i na świecie, w kilku krajach zalegalizowany lub zdepenalizowany. Ze względu na toczącą się w przestrzeni publicznej debatę na temat legalizacji marihuany w Polsce, warto zdobyć rzetelną wiedzę na temat jej działania.

Marihuana (a także haszysz) powstaje z konopi indyjskich (*Cannabis sativa L.*), zawiera kilkadziesiąt aktywnych substancji, z których najważniejszymi są tetrahydrokanabiole (THC). W niektórych krajach preparaty konopi są legalizowane i dopuszczane do oficjalnego obrotu (przykładem jest ustawodawstwo holenderskie).

Powodem łagodnego podejścia do tych środków jest przekonanie o relatywnie niskich szkodach zdrowotnych i społecznych związanych z ich używaniem. Marihuana w kilku krajach znajduje zastosowanie medyczne, zwłaszcza w przypadku osób terminalnie chorych. Aktualnie potwierdzono przede wszystkim działanie THC powodujące obniżenie ciśnienia śródgałkowego, działanie przeciwwymiotne i przeciwdrgawkowe (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Jędrzejko, 2009).

Jakie jest działanie marihuany?

Działanie marihuany może być różne, w zależności od ilości jej spożycia, stanu psychicznego/zdrowotnego osoby w trakcie spożycia, a także łączenia marihuany z innymi substancjami. Po jednorazowym przyjęciu działanie utrzymuje się od 1 do 3 godzin (długość działania również zależy od powyższych czynników).

Użycie marihuany w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006; www.kbpn.gov.pl):

- odprężenie lub lekkie podniecenie (przyjemny, błogi stan)
- obniżenie koncentracji
- obniżenie aktywności ruchowej

- szybka niewyraźna mowa,
- obniżenie samokontroli, spadek zahamowań
- wzrost ciśnienia krwi i przyspieszone tętno
- wysuszenie śluzówek jamy ustnej, czasami ataki kaszlu
- przekrwienie gałek ocznych, spojówek, niekiedy obrzęk powiek
- pocenie się
- zwiększenie apetytu
- bóle i zawroty głowy
- ogólnie gorszą sprawność psychofizyczna (wzrost urazowości)

Co powoduje, że osoby tak chętnie sięgają po marihuanę?

Zazwyczaj przyjmuje się ją, aby poczuć lub wzmocnić poczucie przyjemności, relaksacji i euforii (Jędrzejko, 2009).

Pozornie „pozytywne" efekty działania marihuany (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- obniżenie progu percepcji (szczególnie słuchowej) – wzrost wrażliwości zmysłów
- odprężenie i poczucie spokoju
- zmiana poczucia mijającego czasu: jest on określany jako rozciągnięty i mijający wolniej
- zwiększenie odczucia przyjemności seksualnych
- optymizm i podniesiona samoocena
- poczucie absurdu

Negatywne efekty działania marihuany (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- skłonność do ulegania sugestiom
- zagubienie
- nieracjonalne myśli
- zwiększone napięcie i niepokój
- pogorszenie pamięci
- przyśpieszone tętno
- zawroty głowy
- apatia
- lęki i urojenia
- niemożność skupienia uwagi na kilku aktywnościach jednocześnie

Ze względu na dużą dostępność tego narkotyku oraz oczywiście jej nielegalność, wśród osób używających pojawiły się **nazwy slangowe:** *dżoint (joint), skręt, blant, ziele, zielsko, zioło, grass, marycha, trawa, huana, hasz, marycha, maryśka, skun, gandzia, samosieja, afgan, kolumbijka* (www.kbpn.gov.pl).

Przyjmowanie marihuany niesie ze sobą szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Jędrzejko, 2009):

- **Zespół amotywacyjny** – stan związany z regularnym i długotrwałym przyjmowaniem konopi charakteryzujący się zmniejszoną energią, zmniejszoną dążnością do osiągnięć, apatią, skróconym czasem skupienia uwagi, nieadekwatną oceną sytuacji, a przede wszystkim z upośledzoną zdolnością do komunikowania się z innymi.
- Zwiększona możliwość **współuzależnienia od tytoniu**, który stanowi częsty dodatek podczas palenia marihuany.
- **Eskalacja** używania **innych** (nielegalnych) środków odurzających, co może mieć także związek z otwarciem dostępu do innych, bardziej wyniszczających narkotyków (np. w ramach „oferty" dealera sprzedającego marihuanę).
- U niektórych osób może dojść po dłuższym czasie systematycznego używania THC do indukcji **schorzeń psychiatrycznych**.
- Podczas palenia preparatów konopi jego aktywne składniki docierają łatwo i szybko przez drogi oddechowe do **krwiobiegu**, a następnie z krwią do **mózgu**.
- **Dym** działa szkodliwie na cały układ **oddechowy**.
- W wyniku nadużywania konopi może dojść do osłabienia zdolności **przyswajania** nowych **informacji**. Osłabienie **pamięci** związane z przyjmowaniem narkotyku, z całą pewnością odbija się negatywnie na **wynikach** w nauce.

AMFETAMINA

Amfetaminy to cała grupa środków psychostymulujących, w odróżnieniu od kokainy powodują one **długotrwałe pobudzenie**. W ciągu ostatnich stu lat były wykorzystywane w różnorodny sposób: od zastosowań leczniczych w **medycynie**, poprzez stosowanie ich jako środki **odchudzające** przez osoby otyłe. Były również powszechne wśród **sportowców** jako tzw. **koks** (doping) w sporcie, a obecnie pozostają przede wszystkim środkami odurzającymi stosowanymi przez narkomanów (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009).

Metamfetamina względem chemicznym jest podobna do amfetaminy, jej pobudzające działanie na ośrodkowy układ nerwowy jest słabsze niż amfetaminy, a efekty euforyzujące są podobne do kokainy, ale utrzymują się dłużej (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009).

Jakie jest działanie amfetaminy?

Amfetamina i metamfetamina, mimo iż różnią się nieco strukturą chemiczną, dają podobny efekt, nie różniący się wieloma szczegółami. Jest to znaczący przypływ energii i bardzo wyraźne podwyższenie nastroju, aż do euforii. Osoby, będące pod wpływem tych środków wykazują wzmożoną aktywność, której towarzyszy bezsenność. Osoby takie wydają się bardziej przedsiębiorcze z równoczesnym brakiem krytycyzmu własnego postępowania. W zależności od spożytej dawki, działanie amfetaminy trwa od 2 do 3 godzin, a nawet dłużej.

Użycie amfetaminy w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- silne pobudzenie psychomotoryczne
- brak łaknienia
- rozszerzenie źrenic
- przyspieszona akcja serca i szybki oddech
- podwyższone ciśnienie krwi i zwiększone wydalanie moczu
- suchość w ustach.

Co powoduje, że osoby tak chętnie sięgają po amfetaminę?

Amfetamina ma powoduje dużą zależność psychiczną. Wywołuje ją atrakcyjny i euforyczny przebieg działania, wzmacniany dodatkowo przez przykre dolegliwości związane z jego odstawieniem (złe samopoczucie, spowolnienie psychoruchowe), uczucie zmęczenia i apatii), które obserwuje się już po 12 godzinach od ostatniego zażycia.

Pozornie „pozytywne" efekty działania amfetaminy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- zwiększenie wydolności psychomotorycznej
- polepszona koncentracja i możliwość maksymalnego skupienia uwagi (np. w czasie nauki)
- przypływ energii i gotowości do działania
- poczucie pewności i intensywne (subiektywne) poczucie mocy

- euforia
- odsunięcie poczucia lęku

Negatywne efekty działania amfetaminy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):
- drażliwość i agresywność
- formikacje (wrażenie obecności insektów na skórze lub pod skórą)
- przymglona świadomość
- przygnębienie, zmęczenie i apatii
- wewnętrzny niepokój
- senność, bóle głowy
- obniżenie napięcia mięśniowego
- myśli samobójcze

Nazwy slangowe, które pojawiły się wśród użytkowników amfetamin to: *amfa, proszek, spid (speed), proch, feta, setka, witamina A, ścierwo, paździoch, węgorz, persil, siupa, szmata, pronto, zeżryś, białe, białe szaleństwo, wacław biały* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa związane z przyjmowaniem amfetaminy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- **Anhedonia** – utrata zdolności odczuwania przyjemności przy czynnościach i przeżyciach zwykle jej dostarczających.
- **Psychoza amfetaminowa** o charakterze **majaczeniowo-urojeniowym** (omamy słuchowe i urojenia prześladowcze) – długotrwałe stosowanie amfetaminy i metamfetaminy często prowadzi do stanów przypominających objawy schizofrenii.
- Wywołana przez narkotyk **głęboka i ostra depresja** może prowadzić do myśli i prób **samobójczych** nawet przez długi czas od momentu zaprzestania jego przyjmowania.
- Zmniejszenie **potencji** z równoczesnym wzrostem **pożądania**. Przy dużym pobudzaniu seksualnym ejakulacja i orgazm są trudne i niemożliwe do osiągnięcia.
- **Silne pobudzenie** oraz **zanik samokontroli** prowadzi często do niespodziewanych, bardzo gwałtownych zachowań.
- **Skrajne wyczerpanie** spowodowane długim okresem intensywnego przyjmowania narkotyku. Z reguły już po kilkudniowym „ciągu" osoba używająca amfetaminy zapada w przedłużony, niespokojny sen, trwający nawet do 48 godzin.

- **Przedawkowanie**, które przejawia się w postaci tachykardii, bólów w klatce piersiowej, nadciśnienia tętniczego i zagrażającej życiu zapaści sercowo-naczyniowej. W wyniku przedawkowania narkotyku może nastąpić nieodwracalne uszkodzenie drobnych naczyń mózgowych prowadzące do udarów mózgu.

KOKAINA

Kokaina charakteryzuje się silnym działaniem pobudzającym – wprowadzającym układ nerwowy w stan nadaktywności, podana miejscowo wykazuje właściwości znieczulające, co znalazło zastosowanie w medycynie. Obecnie ze względu na uboczne toksyczne skutki, kokaina jest zastępowana przy miejscowym znieczulaniu przez nowe, syntetyczne, mniej szkodliwe środki. Jednak, w okulistyce i otorynolaryngologii jest nadal stosowana w postaci roztworu jako miejscowy środek znieczulający (Chmielewska, Baran-Furga, 2006).

Jakie jest działanie kokainy?

Kokaina jest substancją stymulującą i zazwyczaj powoduje podwyższenie nastroju, pobudzenie ruchowe i seksualne oraz obniżenie łaknienia. Po jednorazowo przyjętej dawce euforia trwa do 30 minut, rzadko dłużej.

Użycie amfetaminy w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- opóźnia objawy zmęczenia,
- zmniejsza potrzebę odżywiania się i snu
- zaburza pracę serca (na początku następuje zwolnienie, a następnie przyspieszenie akcji serca)
- silnie rozszerza źrenice
- doprowadza do pobudzenia psychoruchowego
- powoduje wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie oddechu
- większe dawki mogą spowodować drżenie mięśniowe i wzrost temperatury ciała

Co powoduje, że osoby tak chętnie sięgają po kokainę?

Z uwagi na atrakcyjne przeżycia towarzyszące działaniu kokainy na psychikę człowieka i złe samopoczucie po tym, gdy narkotyk przestaje działać, występuje bardzo

szybkie uzależnienie psychiczne od kokainy. Objawy abstynencyjne związane z wyczerpaniem i depresją, są tak uporczywe, że sprzyjają wytworzeniu się cyklu nałogowego.

Pozornie „pozytywne" efekty działania kokainy (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- silna euforia
- intensywne poczucie mocy wewnętrznej (siły fizycznej i umysłowej)
- pobudzenie ruchowe i podniecenie seksualne
- poczucie wyższości i odsunięcie poczucia lęku
- czas reakcji psychicznej ulega skróceniu – przyspieszeniu ulegają procesy poznawcze
- zanik zdolności odczuwania przykrych wrażeń

Negatywne efekty działania kokainy (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- brak krytycyzmu co do własnych możliwości i zachowań
- niepokój i napięcie
- bezsenność
- załamanie nerwowe
- urojenia o nieprzyjemnej treści

Nazwy slangowe jakie występują wśród użytkowników: *koka, koks, gram, porcja, śnieg, charlie, biała dama, witamina C, kisielek, galaretka* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania kokainy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- Silne **wyniszczenie** organizmu – spowodowane brakiem łaknienia, snu.
- **Psychoza pokokainowa** – postępowanie może stać się z czasem irracjonalne i dziwaczne; poczucie prześladowania i inwigilowania będzie wykazywać bardzo wiele cech charakterystycznych dla psychozy.
- Zaburzenia i zmiany w **osobowości**, w tym zanik uczuć **wyższych**, przygnębienie z możliwością prób **samobójczych**.
- **Przedawkowanie** – objawy ostrego zatrucia występują w ciągu kilkudziesięciu minut od przyjęcia zbyt dużej dawki kokainy. Charakteryzują się one silnym

lękiem połączonym z **urojeniami** i zaburzeniami **świadomości** oraz wybitnie nasilonym **pobudzeniem** ruchowym (od miotania się do konwulsji). Towarzyszy temu wysokie **ciśnienie** krwi i płytki, przyspieszony **oddech**.

ECSTASY

Ecstasy, inaczej MDMA, jest syntetycznym odpowiednikiem amfetaminy i meskaliny – z jednej strony wykazuje działanie stymulujące układ nerwowy (podobnie jak amfetamina), z drugiej posiada właściwości psychodeliczne (podobnie jak meskalina). Często nazwa *ecstasy* używana jest także w szerszym znaczeniu: w stosunku do innych odpowiedników metamfetaminy o podobnym, jednocześnie stymulującym i halucynogennym działaniu (MDA, BDB czy MBDB). Pierwsze legalne zastosowanie MDMA miało polegać na farmakologicznym **hamowaniu apetytu** – nigdy jednak w tym znaczeniu nie znalazło się na rynku. Środek ten w latach 70. miał zastosowanie w psychoterapii (szczególnie w USA). Związane było to z jego właściwościami wyzwalającymi **empatię** (zdolność wczuwania się w sytuację innych ludzi) – sprzyjającymi okazywaniu emocji i przełamywaniu psychicznych bloków. Później wycofany, mimo protestów psychologów przeświadczonych o jego właściwościach terapeutycznych (Wodowski, 2005).

Jakie jest działanie ecstasy?

W dużym stopniu zależy ono od oczekiwań osoby przyjmującej MDMA, nastroju i sytuacji, w której ma miejsce zażycie środka. Z dużym prawdopodobieństwem można zakładać, że zły stan psychiczny przed przyjęciem środka może ulec pogorszeniu po zażyciu MDMA. Dawka ecstasy, zażywana doustnie – zaczyna działać po ok. 40 minutach. Po następnych 30 minutach następuje nasilenie działania. Działanie ustępuje po kilku godzinach (4–6) od momentu zażycia.

Użycie ecstasy w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- pobudzenie i brak łaknienia
- wzrost temperatury ciała
- wzmożenie odruchów
- rozszerzenie źrenic
- kołatanie serca i tachykardia
- nagłe wzrosty ciśnienia i uderzenia krwi do głowy

- szczękościsk
- nudności i wymioty
- odwodnienie

Co powoduje, że osoby tak chętnie sięgają po ecstasy?

Działaniu ecstasy, podobnie jak w przypadku innych środków z grupy amfetamin towarzyszy uczucie silnej euforii. Doznania te decydują o uzależniających właściwościach, chęć ponownego przyjęcia środka może być wzmacniana z uwagi na przykre dolegliwości pojawiające się po pewnym czasie od jego odstawienia.(odsyłacz)

Pozornie „pozytywne" efekty działania ecstasy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):
- euforia
- uczucie przypływu energii
- pobudzenie seksualne
- uczucie silnej więzi z otoczeniem
- uczucie empatii w stosunku do innych
- intensyfikacja przeżyć emocjonalnych
- zaostrzenie percepcji otoczenia

Negatywne efekty działania ecstasy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):
- napięcie emocjonalne
- depersonalizacja
- niepokój mogący przerodzić się w panikę
- nadwrażliwość na bodźce z zewnątrz
- poczucie utraty kontroli

Nazwy slangowe: *eska, bleta, piguła, drops, nazwy własne tabletek: np. UFO, Adam, Eva, Love, Superman, Batman, Aligator, Mitsubishi, Vogel, Snowball, Drops, Herz, Sonne, VW* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania ecstasy (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Jędrzejko, 2009):
- Na skutek przedawkowania środka lub szczególnej nadwrażliwości na jego działanie może pojawić się tzw. **złośliwy zespół neuroleptyczny** (spadek ciśnienia

krwi, gwałtowny wzrost temperatury ciała, drgawki i śpiączka) prowadzący do śmierci.

- Szczególnie niebezpieczne jest przyjmowanie MDMA przez osoby cierpiące na choroby układu **krążenia**. Środek ten powoduje **migotanie komór serca** nawet u osób zdrowych.
- Na skutek spowodowanego przez MDMA **szczękościsku** i **zgrzytania zębami** może dojść do **kruszenia** zębów.
- Podobnie jak w przypadku stosowania innych środków z grupy amfetamin może dochodzić ciężkich stanów **depresyjnych**, **urojeń** i **psychoz**, które środek ten może ujawnić i wzmocnić, lub będą one bezpośrednim następstwem jego stosowania.
- Podniecenie seksualne połączone jednocześnie z odrzuceniem zahamowań w sferze **seksualnej** może prowadzić do negatywnych konsekwencji.
- Niewiele wiadomo o efektach długotrwałego używania ecstasy, ale istnieją przesłanki co do tego, że może powodować zmiany degeneracyjne niektórych neuronów w **mózgu**.

HALUCYNOGENY (LSD, GRZYBY HALUCYNOGENNE)

LSD

LSD to środek z grupy halucynogenów, powszechnie znany jako „kwas", powodujący omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe. LSD jest jednym z najtańszych i najszerzej dostępnych narkotyków, praktycznie całkowicie wyparło ono inne psychodeliki. Od ponad dwudziestu lat jest to najpopularniejszy środek halucynogenny (Wodowski, 2005).

Jakie jest działanie LSD?

Osoba pod wpływem LSD jest bardzo podatna na każdy rodzaj sugestii, w szczególności autosugestię. Zarówno rodzaj halucynacji, jak i ich treść są uzależnione od nastawienia osoby zażywającej środek i od atmosfery, w której dochodzi do jego użycia. Efekty zależą od ilości użytego LSD i osiągają szczyt w przeciągu okresu od jednej do trzech godzin po zażyciu środka. Halucynacje mogą trwać od 8 do 12 godzin.

Użycie LSD w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- zawroty głowy
- rozszerzenie źrenic i suchość w ustach

- drżenie mięśniowe i skurcze mięśni klatki piersiowej
- osłabienie i nudności
- kołatanie serca
- wzrost ciśnienia krwi
- zapis fal mózgowych (EEG) osoby znajdującej się pod wpływem LSD-25 przypomina stan pobudzenia i niepokoju
- rozszerzenie źrenic i silne poty to dodatkowe objawy fizyczne pojawiające się przy zatruciu LSD.

Dlaczego osoby tak chętnie sięgają po LSD?

Substancje halucynogenne wpływają na neuroprzekaźniki mózgowe serotoninę oraz dopaminę, co powoduje zwiększenie aktywności ruchowej, wyostrzenie spostrzegania oraz doświadczanie pozytywnych emocji.

Pozornie „pozytywne" efekty działania LSD (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

Wywoływane przez LSD, pod względem psychicznym, objawy są bardzo różnorodne. Niemniej jednak do najczęściej pojawiających się można zaliczyć:

- zmianę poczucia kształtów i barw
- niewyraźne widzenie całości i ostrzejsze widzenie kontrastów
- wyostrzenie słuchu
- poczucie obcości własnego ciała
- omamy, złudzenia i urojenia wzrokowe
- zmiany nastroju i euforię
- subiektywne poczucie wolniejszego upływu czasu
- gonitwę myśli i zmniejszenie zdolności krytycznego osądu.

Czasem pojawia się uczucie lekkości, bądź przeciwnie – ociężałości. Przedmioty widziane po otwarciu oczu zwykle zdają się błyszczeć, a nawet najprostsze z nich nabierają niezwykłego znaczenia symbolicznego.

Negatywne efekty działania LSD (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- problemy z zachowaniem równowagi i mówieniem
- zła ocena odległości oraz własnych umiejętności
- niespójność wypowiedzi

- zimne dłonie i stopy
- wymioty
- uczucie nacisku na klatkę piersiową („ciasny sweterek")
- uczucie oszołomienia, osamotnienia
- depersonalizacja
- bezsenność
- panika, lęk, płacz, śmiech
- „złe podróże" (*bad trip*) – stany charakteryzujące się m.in. poczuciem utraty zmysłów, halucynacjami o bardzo przerażającej treści, nieprzyjemnymi doznaniami dotyczącymi własnego ciała.

Nazwy slangowe jakie występują na „rynku narkotykowym": *kwas, kwach, kwasik, papierek, kryształek, kamyczek, trip, ejsid, tejbs, listek, nazwy własne bibułek z kolorowym nadrukiem: np. Asterix* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania LSD (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Jędrzejko, 2009):

- Mimo, że zazwyczaj osoba odurzona LSD zdaje sobie sprawę z tego, że jest pod wpływem halucynacji – niebezpieczeństwo dla **życia** i **zdrowia** może wynikać z **nieracjonalnego** zachowania się: błędnej oceny odległości, czasu i własnych możliwości.
- Ciągłe zażywanie LSD powoduje uszkodzenia **mózgu** oraz zmiany **chromosomalne**.
- Szczególnie przy stosowaniu zbyt dużych dawek mogą pojawić się poważne **urojenia**, które wpływając na zachowanie zagrożą bezpieczeństwu odurzonej osoby.
- W przypadku używania LSD, u niektórych osób może mieć to wpływ na wyzwalanie się stanów **psychotycznych** (indukcja schorzeń psychiatrycznych) a także na występowanie tendencji **samobójczych**.
- **Flashback** – możliwość ponownego, chwilowego wystąpienia **wrażeń** i **halucynacji** doznanych podczas odurzenia mająca miejsce w pewnym odstępie czasowym od momentu odurzenia (nawet po kilku **tygodniach** czy **miesiącach**).

GRZYBY HALUCYNOGENNE

Spośród 5.000 znanych odmian grzybów, około 80 odmian posiada właściwości psychoaktywne. Spośród wszystkich grzybów wywołujących halucynacje, na uwagę zasługuję dwa gatunki: grzyby psylocyble (*Psylocyble mexicana/astecorum*) i muchomor

czerwony (*Amanita muscaria*), gdyż właśnie te są współcześnie używane ze względu na właściwości psychodeliczne (Wodowski, 2005).

Substancje psychoaktywne zawarte w grzybach psylocyble, to psylocybina i psylocyna. Działanie psylocybiny w dużej mierze przypomina efekty wywoływane przez LSD. Substancje psychoaktywne w muchomorze czerwonym, to muscinol, kwas ibotenowy, muskazon (Chmielewska, Baran-Furga, 2006).

Jakie jest działanie grzybów halucynogennych?

Odurzenie, jakie występuje po wypiciu wywaru z muchomorów czerwonych lub po zjedzeniu pokrojonych i ususzonych jego kawałków w początkowej fazie przypomina stan upojenia alkoholowego. Czas trwania objawów psychicznych wynosi od 1 do 3 godzin, ale może wydłużyć się nawet do 12 godzin.

Objawy użycia grzybów halucynogennych (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- gadatliwość i wesoły nastrój
- silne halucynacje
- prowadzenie rozmów z wyimaginowanymi osobami
- wyostrzenie zmysłów wzroku i słuchu
- brak kontaktu z otoczeniem
- uczucie opuszczenia ciała
- bierność i obojętność na sygnały zewnętrzne.

Stosowane nazwy slangowe: *grzybki, psylocyby, psyfki, baluny* (www.kbpn.gov.pl)

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające ze spożywania grzybków halucynogennych (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Jędrzejko, 2009):

- Mimo że zawarte w opisywanych grzybach substancje nie niosą niebezpieczeństwa powstania uzależnienia **fizycznego** i niemożliwy jest rozwój **tolerancji** – istnieje jednak, podobnie jak w przypadku innych halucynogenów, pewne niebezpieczeństwo uzależnienia **psychicznego**.
- „Eksperymentów" z grzybami nie powinny na pewno podejmować osoby o niestabilnej **psychice** i skłonne do reakcji **psychotycznych**. W takich przypadkach szok spowodowany uwolnieniem ukrytych **psychoz** może doprowadzić do długotrwałego **urazu psychicznego**.

- Osobnym problemem jest regularne odurzanie się grzybami, w połączeniu z innymi narkotykami. Tego typu zachowania muszą zakończyć się **tragicznie**; w najlepszym przypadku – **załamaniem nerwowym**.
- Zagrożeniem w przypadku **muchomora czerwonego** jest także możliwość omyłkowego spożycia innego podgatunku tego grzyba, co może spowodować **śmierć**.
- Z uwagi na dużą **toksyczność** istnieje szczególne zagrożenie dla takich organów jak **nerki** i **wątroba**.

OPIATY

Do opiatów zalicza się substancje otrzymywane z przetworów **maku lekarskiego** (np. **„kompot"** uzyskiwany domowym sposobem ze **słomy makowej**), jak również syntetyczne środki przeciwbólowe, działające na **receptor opiatowy** – należą do nich: **opium**, **morfina i heroina** – również w postaci do palenia, znana pod slangową nazwą: ***brown sugar***, do grupy tej należy również **metadon –** doustny, syntetyczny narkotyk, używany od lat 60. jako zamiennik heroiny, stosowany w lecznictwie jako terapia substytucyjna w leczeniu narkomanów przyjmujących narkotyki drogą dożylną (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004). Powyższe substancje, a zwłaszcza **heroinę**, uważa się za najbardziej uzależniające, znane człowiekowi narkotyki.

Opiaty mają zastosowanie w medycynie, np. morfina jako silny środek przeciwbólowy m.in. w leczeniu bólu występującego w zawale mięśnia sercowego czy ciężkich urazach klatki piersiowej z uszkodzeniem oskrzeli i płuc, a także w leczeniu bólów nowotworowych (Chmielewska, Baran-Furga, 2006).

Jakie jest działanie opiatów?

Opiaty mają działanie przeciwbólowe, zmniejszające lęk i depresję, dają poczucie wewnętrznego spokoju i ukojenia, niekiedy aż do euforii.

Bardzo szybko pojawia się potrzeba zwiększania dawki, aby uzyskać pożądany efekt działania narkotyku – to powszechne **zjawisko tolerancji** wśród uzależnionych od opiatów. Czynnikiem, który je ogranicza to koszty finansowe związane z podniesieniem dawki.

Długość działania jednorazowej dawki (w zależności od ilości i stanu osoby), to ok. 4 godziny (morfina), 6–12 godzin (heroina), 24–36 godzin (metadon).

Użycie opiatów w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- błogostan
- senność, spowolnienie ruchowe lub niepokój ruchowy
- zmniejszenie łaknienia
- niekiedy nudności i wymioty
- podwyższenie progu odczuwania bólu
- zwężenie źrenic i osłabienie ich zdolności do reagowania na światło
- osłabienie i potliwość
- obniżenie ciśnienia krwi oraz niewielki spadek temperatury ciała, przy jednoczesnym subiektywnym uczuciu ciepła
- zaparcia i kłopoty z oddawaniem moczu

Skutki przewlekłego przyjmowania opiatów (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- zaburzenia psychiczne
- wyniszczenie fizyczne organizmu
- uszkodzenie narządów wewnętrznych
- przewlekłe zaparcia
- zaburzenia menstruacji
- impotencja
- zaawansowana próchnica zębów
- zmiany zapalne skóry
- zanik żył powierzchniowych

Dlaczego osoby sięgają po opiaty?

Na skutek przyjemnego błogostanu w jaki wprowadzają opiaty, niemal natychmiast pojawia się potrzeba ponownego przeżycia tego stanu – bardzo szybko dochodzi do uzależnienia psychicznego.

Równie szybko pojawia się uzależnienie fizyczne, którego następstwem są przykre objawy abstynencyjne po odstawieniu narkotyku, z których najbardziej charakterystyczne to: „gęsia skórka", łzawienie oczu, wysięk z nosa, kichanie, rozszerzenie źrenic, nudności, wymioty, obniżenie ciśnienia krwi, bóle brzucha, biegunka, bóle

stawowo-mięśniowe, zaburzenia snu i utrata łaknienia, zmiany nastroju – od przygnębienia i apatii do drażliwości i napadów złości, głód psychiczny narkotyku – poszukiwanie i dążenie do zdobycia opiatów.

Pozornie „pozytywne" efekty działania opiatów (Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009):

- euforia (błogostan) i uczucie odprężenia
- poczucie wewnętrznego zadowolenia i spokoju

Negatywne efekty działania opiatów (Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009):

- zmniejszenie uczucia głodu, bólu i potrzeb seksualnych
- niepokój ruchowy lub spowolnienie psychoruchowe i senność
- subiektywne odczuwanie ciepła przy niewielkim obniżeniu temperatury ciała
- zmniejszenie czynników motywacyjnych
- apatia i wypalenie emocjonalne
- postawa obronna i wycofująca

Nazwy slangowe popularne wśród narkomanów: *hera, hercia, helena, proszek, kompot (tzw. polska heroina), brąz, brałn* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa (Wodowski, 2005):

- **Przedawkowanie**
  - zatrzymanie oddechu (jedna z oznak zapaści ponarkotycznej)
  - sinica (najpierw sinienie ust i opuszków palców)
  - krańcowa senność
  - wiotczenie mięśni szkieletowych – nienaturalne rozluźnienie
  - zimna, wilgotna i lepka skóra
  - zwolniona akcja serca i niskie ciśnienie krwi
  - śpiączka i zgon – powodem śmierci jest ostra niewydolność oddechowa.

- W przypadku przedawkowania najważniejsze jest **podtrzymanie oddechu** (sztuczne oddychanie) oraz wezwanie karetki pogotowia.
- Ryzyko transmisji **chorób zakaźnych** (szczególnie **HIV/AIDS** i **wirusowego zapalenia wątroby**) w związku z iniekcyjną drogą przyjmowania.
- Intensywność uzależnienia, szczególnie w przypadku heroiny, bardziej niż w przypadku jakiegokolwiek innego narkotyku prowadzi do **całkowitego**

podporządkowania życia nałogowi i jego podtrzymania. Skutki takiego stanu odczuwane są wyraźnie w **każdej dziedzinie życia** osoby uzależnionej.
- Opiaty obniżając **napięcie emocjonalne** sprawiają, że osoby przyjmujące je **nie czują dyskomfortu** swojej, pogarszającej się sytuacji.

LEKI NASENNE (BARBITURANY)

Barbiturany to leki stosowane w lecznictwie między innymi w bezsenności i padaczce, a także do znieczuleń ogólnych. Medycyna sięga jednak po nie coraz rzadziej, ze względu na liczne powikłania i objawy niepożądane, np. ryzyko uzależnienia.

Jak działają barbiturany?

Środki te wykazują bardzo silne działanie tłumiące aktywność ośrodkowego układu nerwowego. Upośledzają funkcje poznawcze (pamięć, koncentrację, myślenie). W zależności od przyjętej dawki działają uspokajająco, nasennie, przeciwbólowo i przeciwdrgawkowo. Często są łączone z alkoholem w celu spotęgowania efektu działania.

Użycie barbituranów w niewielkiej ilości, powoduje następujące objawy (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):
- uspokojenie
- przyjemne stany relaksacji, podobne do sennego marzenia
- senność
- zawroty głowy
- pogorszenie pamięci
- możliwa lekka euforia
- spadek ciśnienia krwi i zwolnienie tętna
- lęk
- śpiączka

Większe dawki barbituranów powodują (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):
- przyćmienie świadomości
- pogorszenie zdolności dokonywania oceny
- silną senność
- zlewanie się mowy
- utratę koordynacji ruchów
- czasami mogą spowodować reakcje paradoksalne i prowadzić do krótkotrwałego pobudzenia

Dlaczego osoby sięgają po barbiturany?

Używanie barbituranów prowadzi do powstania zależności **psychicznej** i bardzo silnej zależności **fizycznej**, powodują wzrost **tolerancji** organizmu, stąd osoba szybko potrzebuje coraz większych dawek środka. Dodatkowo objawy **odstawienia** są szczególnie dokuczliwe, charakteryzują się: niepokojem, lękiem, drżeniem mięśni, co wpływa na silną obawę osoby przed zaprzestaniem spożywania substancji i ich odczuwaniem.

Nagłe odstawienie może grozić nawet **śmiercią**. Mechanizm powstawania tak silnej zależności jest prosty: kiedy środek działa – aktywność **neuronów** pozostaje **stłumiona**; kiedy zostanie **odstawiony** – neurony stają się **nadpobudliwe**.

Występujące nazwy slangowe: *dorota, dorotka, efka, erki, pestki, piguły, rolki, ziomki* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania barbituranów (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004; Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009):

- halucynacje
- okresowe psychozy
- anemia
- bezsenność
- skłonności samobójcze
- śmierć z przedawkowania lub nagłego odstawienia środków
- z uwagi na depresyjny wpływ na ośrodek **oddechowy** i długi czas **wydalania** z organizmu, barbiturany są szczególnie groźne w przypadku ich **przedawkowania**
- **wieloletnie** przyjmowanie tych środków prowadzi do zaburzeń **neurologicznych**, **hormonalnych**, układu **krążenia** i **oddechowego** oraz **psychicznych**, łącznie z **zespołem otępiennym**.

LEKI USPOKAJAJĄCE (BENZODIAZEPINY)

Obecnie dla celów klinicznych wykorzystuje się na świecie około kilkunastu rodzajów benzodiazepin, których podstawową właściwością jest działanie **przeciwlękowe** i **uspokajające**, co doprowadza do stanu zobojętnienia na przykre doznania (Jędrzejko, 2009). Leki zawierające benzodiazepiny są prawdopodobnie najczęściej zapisywanymi środkami psychoaktywnymi przez lekarzy na całym świecie.

Jakie jest działanie benzodiazepin?

Benzodiazepiny (np. Relanium) przede wszystkim charakteryzuje działanie **uspokajające**, **przeciwlękowe**, **nasenne** i **przeciwdrgawkowe**. Efekty wywoływane przez środki z grupy benzodiazepin są podobne do tych, które wywołują barbiturany, mimo że mechanizm ich działania jest zupełnie inny – bardziej przypominający ten, w jaki sposób na system nerwowy działają opiaty (Chmielewska, Baran-Furga, 2006).

Dlaczego osoby sięgają po benzodiazepiny?

Benzodiazepiny dają poczucie ukojenia, spokoju i relaksacji, co decyduje o ich atrakcyjności dla osób znajdujących się w sytuacji stresu, napięcia, bezsilności. Uważa się, że środki z grupy benzodiazepin są o wiele bezpieczniejsze niż barbiturany, jednak i one wywołują, oprócz uzależnienia **psychicznego**, powstanie zależności **fizycznej** i rozwój **tolerancji**. Zespół **abstynencyjny**, wywołany odstawieniem benzodiazepin ma zdecydowanie łagodniejszy przebieg niż w przypadku barbituranów.

Nazwy slangowe są tożsame z nazwami slangowymi barbituranów: *dorota, dorotka, efka, erki, pestki, piguły, rolki, ziomki* (www.kbpn.gov.pl)

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania benzodiazepin (Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009):

- Może wystąpić śmierć z powodu przypadkowego przedawkowania benzodiazepin (rzadkie przypadki).
- Po szybkim przyjęciu środka może dojść do zatrzymania **oddechu** i akcji **serca**.
- Ryzyko przedawkowania zwiększa się, jeżeli benzodiazepiny przyjmowane są z **innymi** depresantami (np. **alkohol**).
- Rzadko zdarza się wystąpienie objawów psychotycznych w przypadku niekontrolowanego odstawienia środka.

ŚRODKI WZIEWNE

Zwyczaj wdychania rozpuszczalników organicznych stosowanych do rozpuszczania kauczuku, farb, lakierów, klejów, tworzyw sztucznych, itp. rozpowszechnił się pod koniec lat sześćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych, głównie wśród dzieci i młodzieży z raczej biednych środowisk miejskich. W Polsce, tak jak i w innych krajach, po ten rodzaj narkotyków najczęściej sięgają dzieci i młodzież. Aktualnie jest

to jednak już coraz rzadsza forma odurzania się i nadal charakteryzuje raczej środowiska osób niezamożnych.

W samej grupie osób przyjmujących różne środki psychoaktywne, użytkownicy środków wziewnych uważani są za gorszych i są przez to marginalizowani.

Jakie jest działanie środków wziewnych?

Środki wziewne przyjmowane są w celu doznania przyjemności, euforii, fantazjowania, omamów wzrokowych porównywalnych do snów. Tak zażywane substancje chemiczne już po kilku głębokich **wdechach** (w ciągu kilkunastu sekund) przedostają się do układu **krwionośnego**, a następnie powodują gwałtowne uczucie **euforii**. Większość ze stosowanych w ten sposób środków powoduje zburzenia świadomości. Objawy po przyjęciu jednorazowej dawki utrzymują się do 45 minut, a potem następuje senność lub znieruchomienie (Chmielewska, Baran-Furga, 2006).

Skutki jednorazowego przyjęcia (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- euforia i fantazjowanie,
- omamy wzrokowe i słuchowe,
- nadwrażliwość na światło,
- dzwonienie w uszach,
- gwałtowne i agresywne zachowania,
- ból głowy,
- niezdarność w ruchach,
- spowolnienie mowy,
- przyspieszenie akcji serca i nieregularny oddech,
- mdłości, wymioty, biegunki,
- łzawienie, szerokie źrenice,
- podrażnienie błon śluzowych.

Objawy przewlekłego stosowania środków wziewnych (Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- gwałtowane zmiany nastroju,
- zaburzenia snu,
- męczliwość,
- zaburzenia koordynacji ruchowej,
- oczopląs,
- zespół organiczny (w wyniku uszkodzenia mózgu pojawiają się zaburzenia pamięci i intelektu).

Dlaczego osoby sięgają po środki wziewne?

Środki wziewne stanowią łatwą, szybką i tanią alternatywę dla środków halucynogennych, powodujących euforię i odprężenie. Łatwa dostępność do wziewnych środków odurzających wynika z faktu, iż większość z nich jest legalna i w związku z tym pozostaje w ciągłej sprzedaży, a ich cena jest relatywnie niska w stosunku do innych substancji odurzających. Wiele produktów, w które zaopatrzone jest każde gospodarstwo domowe zawiera rozpuszczalniki mogące służyć jako środki odurzające.

Oprócz wysokiego ryzyka uzależnienia psychicznego, lotne środki odurzające mogą powodować w niektórych przypadkach uzależnienie fizyczne, którego wyrazem są objawy zespołu abstynencyjnego: **pobudzenie**, **drażliwość**, zaburzenia **snu** i utarta **łaknienia**.

Występujące nazwy slangowe to: *solwent, rozpuchol, budzio* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania środków wziewnych (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006):

- Przewlekłe stosowanie wziewnych substancji odurzających, w zależności od rodzaju związku chemicznego, intensywności wąchania, częstości i czasu inhalacji doprowadzić może do wielu schorzeń.
- Długotrwałe odurzanie się środkami inhalacyjnymi prowadzi do poważnych uszkodzeń **wątroby** i **nerek**.
- Niektóre z tych środków uszkadzając **szpik kostny** zaburzają wytwarzanie komórek krwi co prowadzi do **anemii**, nierzadko nieodwracalnej.
- Szczególnie narażonym, przy długotrwałym używaniu substancji lotnych, narządem jest **mózg**. Często w takich przypadkach dochodzi do tzw. **zespołu organicznego**, charakteryzującego się zaburzeniami **pamięci** i **intelektu**. Nierzadko osoby stale używające tych środków mają zaburzenia **koordynacji ruchowej**, których widocznym efektem jest charakterystyczny **chód**.
- Stosowanie wielu lotnych substancji odurzających bez wątpienia może prowadzić do **zgonu**.
- **Butan** – gaz do zapalniczek – powodując silne **opuchnięcie gardła** niesie niebezpieczeństwo **uduszenia**. Tak dochodzi do ponad połowy zgonów wywołanych używaniem lotnych substancji odurzających.

- Zaburzenia **rytmu** pracy **serca** aż do całkowitego **zatrzymania** to ryzyko stosowania **aerozoli** i nie tylko, gdyż dużo lotnych substancji odurzających powoduje **niemiarowość** i zmniejsza **wydolność** pracy serca.
- Na skutek **urazów** będących następstwem niebezpiecznych zachowań, może dojść nawet do śmierci. Znane są przypadki **spalenia** (w związku z równoczesnym paleniem papierosów), **uduszenia** (gdy dochodzi do utraty przytomności podczas wdychania z torebki nałożonej na twarz) czy wreszcie **wypadków** w ruchu ulicznym (w wyniku nie dających się przewidzieć zmian w zachowaniu).

STERYDY ANABOLICZNE

Sterydy anaboliczne zaliczane są w klasyfikacji substancji jako środki zastępcze, nie są to więc narkotyki, ale ze względu na ich dużą popularność wśród osób uczęszczających na siłownię i uprawiających kulturystykę, warto poznać bliżej ich działanie. Głównym powodem zażywania sterydów jest chęć zwiększenia **siły**, **kondycji** i poprawienia wyglądu poprzez przyrost **masy mięśniowej**.

Jakie jest działanie sterydów anabolicznych?

W wyniku długotrwałego przyjmowania preparatów z tej grupy następuje szybki przyrost masy mięśniowej, nieznaczne powiększenie narządów wewnętrznych, zatrzymanie sodu i potasu w organizmie a przez to wody. Te wszystkie zmiany z kolei, powodują przyrost siły (nawet do 25–30%) ciężaru ciała i zmiany w zachowaniu: agresywność, wzmożony popęd płciowy, wzmożone łaknienie (Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009).

Nazwy slangowe: *koks, deka, wino, metka, mietek, omka, omen, prima, teściu* (www.kbpn.gov.pl).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa wynikające z przyjmowania sterydów (Wodowski, 2005; Chmielewska, Baran-Furga, 2006; Jędrzejko, 2009)**:**

- Długotrwałe przyjmowanie sterydów anabolicznych może prowadzić do:
  - ciężkich uszkodzeń narządów wewnętrznych (**wątroby**, **nerek**, **serca**)
  - osłabienia popędu **płciowego**
  - uszkodzenia **chromosomów**

- Sterydy powodują także **zaburzenia psychiczne** o różnym nasileniu: rozdrażnienie, nerwowość, agresję, lęk, panikę, urojenia prześladowcze, depresję z myślami samobójczymi.

DOPALACZE

Według krajowego konsultanta w dziedzinie toksykologii klinicznej, w ostatnim kwartale 2010 roku odnotowano prawie 350 interwencji medycznych, związanych z przyjęciem dopalaczy (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl).

Termin dopalacze nie ma odzwierciedlenia naukowego, jest to potoczna nazwa grupy różnych substancji, mieszanek o niezbadanej dokładnie zawartości, które mają działanie psychoaktywne. Aktualnie w Polsce sprzedaż dopalaczy jest nielegalna, jednak z powodzeniem odbywa się poprzez sklepy internetowe, które stosują różnego rodzaju „obejścia" przepisów prawnych. Są to tzw. smart shopy lub head shopy, które zajmują się sprzedażą produktów kolekcjonerskich, akcesoriów i literatury związanej z substancjami psychoaktywnymi (www.kbpn.gov.pl).

W ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii dopalacze są wymienione jako środki zastępcze, nie są one jednak wymienione w sposób wyczerpujący, w związku z czym nadal pozostaje duża grupa produktów, które nie są objęte kontrolą prawną. W niniejszym paragrafie przedstawione zostaną najpopularniejsze dopalacze, które pojawiły się na rynku polskim.

BZP (N-benzylopiperazyna)

Jest to syntetyczny stymulant o działaniu przypominającym amfetaminę, jednak jest 10-krotnie od niej słabszy.

Działania niepożądane po spożyciu BZP (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- bóle brzucha,
- nudności i wymioty,
- bóle głowy,
- kołatanie serca,
- brak apetytu,

- bezsenność,
- stany lękowe,
- zmiany nastroju i rozdrażnienie,
- dezorientacja,
- dziwaczne myśli.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- mocne przyspieszenie tętna,
- drgawki,
- obciążenie układu krwionośnego,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne.

W Polsce BZP od 2009 roku znajduje się na liście substancji objętych kontrolą prawną (zdelegalizowanych).

TFMPP (3-trifluorometylofenylopiperazyna)

Jest to substancja syntetyczna o działaniu stymulującym, zbliżonym do działania LSD zmieszanego z metamfetaminą, jednak dająca słabszy efekt.

Działania niepożądane po spożyciu TFMPP (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- silne migreny i bóle głowy,
- nudności i wymioty,
- brak apetytu,
- bezsenność.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- mocne przyspieszenie tętna,
- obciążenie układu krwionośnego,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne.

KANABINOIDY

Są to substancje syntetyczne, o działaniu podobnym do konopi, mogą dawać doświadczenia psychodeliczne. W zależności od konkretnej mieszanki ziołowej, dawki

oraz cech indywidualnych osoby, działanie kanabinoidów może być euforyzujące, stymulujące lub uspokajające i relaksujące.

Działania niepożądane po spożyciu kanabinoidów (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- przyspieszone tętno,
- zawroty głowy,
- ucisk i ból w klatce piersiowej,
- problemy z oddychaniem,
- zmęczenie (fizyczne i psychiczne),
- apatia,
- dekoncentracja,
- lęki i urojenia.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- badacze uważają, że używanie kanabinoidów jest dużo **bardziej szkodliwe od stosowania marihuany**,
- **ryzyko przedawkowania**: tachykardia, hipotonia, prężenie mięśniowe, zaburzenia równowagi, utrata przytomności,
- psychozy,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne.

Od roku 2010 odnotowano kilkadziesiąt przypadków hospitalizacji osób w wyniku używania mieszanek ziołowych. Od 2009 roku niektóre kanabinoidy znajdują się na liście substancji objętych nadzorem prawnym.

MEFEDRON (4-metylometkatynon)

Substancja syntetyczna o działaniu stymulującym oraz wyzwalającym empatię i pod tym względem przypomina w działaniu ecstasy. Przyjęty w niewielkich dawkach, mefedron ma działanie podnoszące nastrój, wywołujące euforię, pobudzenie i otwartość na innych ludzi. Pierwsze objawy pojawiają się w krótkim czasie po spożyciu i utrzymują się nawet do 2 godzin.

Działania niepożądane po spożyciu mefedronu (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- kołatanie serca,

- wzrost ciśnienia krwi,
- zgrzytanie zębami i szczękościsk,
- pocenie się,
- bóle i zawroty głowy,
- bóle w klatce piersiowej,
- nudności,
- drgawki i konwulsje,
- zaburzenia pamięci,
- rozdrażnienie i niepokój,
- bezsenność,
- halucynacje,
- stany depresyjne.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- mocne przyspieszenie tętna,
- duży skok ciśnienia krwi,
- uzależnienie psychiczne i fizyczne,
- może powodować zgon (15 przypadków w Europie).

Od 2010 roku mefedron jest substancją nielegalną w Polsce.

MIESZANKI ZIOŁOWE

Są to naturalne mieszanki suszonych ziół o działaniu podobnym do konopi. W zależności od składu danej mieszanki ziołowej, dawki oraz cech indywidualnych osoby, działanie może być stymulujące i euforyzujące lub uspokajające i relaksujące.

Działania niepożądane po spożyciu mieszanki ziołowej (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- ból głowy,
- ucisk i ból w klatce piersiowej,
- problemy z oddychaniem,
- zmęczenie (fizyczne i psychiczne),
- brak motywacji do aktywności,
- dekoncentracja,
- stany lękowe.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- dokładny skład i proporcje poszczególnych ziół w mieszankach, nie są znane, stąd szczególne niebezpieczeństwo tkwi w niewiadomym działaniu – występowanie jednocześnie ziół stymulujących, halucynogennych, uspokajających i przeciwbólowych ma nieprzewidziane i niebezpieczne skutki dla organizmu,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne,
- możliwość przedawkowania.

SZAŁWIA WIESZCZA

Naturalny susz roślinny pochodzący z szałwii meksykańskiej. Działanie szałwii wieszczej jest zróżnicowane, ale przeważa bardzo silne działanie halucynogenne, któremu towarzyszy brak kontroli nad zachowaniem i zaburzenia ruchowe.

Działania niepożądane po spożyciu szałwii wieszczej (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- zawroty głowy,
- halucynacje,
- urojenia,
- utrata kontroli nad zachowaniem (ataki szału).

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- całkowita kontrola nad czynami,
- długotrwały ból głowy,
- urojenia, stany podobne do psychozy,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne
- niebezpieczeństwo wywołania choroby psychicznej.

Szałwia wieszcza jest objęta w Polsce kontrolą prawną.

FLY AGARIC

Jest to susz pochodzący z muchomora czerwonego lub muchomora plamistego. W swoim działaniu początkowo przypomina stan upojenia alkoholowego.

Działania niepożądane po spożyciu fly agaric (Materiały informacyjne Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.dopalaczeinfo.pl):

- nadmierna gadatliwość,
- wesoły nastrój,
- halucynacje wzrokowe i słuchowe,
- wyciszenie lub napad szału,
- przygnębienie.

Szczególne zagrożenia i niebezpieczeństwa:

- duża nadwrażliwość zmysłowa,
- może pojawić się wściekłość,
- skurcze,
- obniżenie ciśnienia krwi,
- zaburzenia oddychania,
- głęboka śpiączka,
- uzależnienie fizyczne i psychiczne.

Powyższy paragraf jest syntetyczną prezentacją najpopularniejszych substancji psychoaktywnych, po które sięgają osoby uzależnione. Prezentacja ta miała za zadanie ukazać jakie skutki w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej wywołują przyjmowane substancje. Przedstawiono nie tylko sposób działania poszczególnych środków, ale także motywacje sięgania po określone substancje, nazwy slangowe oraz szczególne zagrożenia wynikające z ich stosowania. Zgromadzenie tych informacji w jednym miejscu pomoże w usystematyzowaniu wiedzy i zapobiegnie konieczności sięgania po różne opracowania w celu odnalezienia tych treści.

1.3. PRZYCZYNY UZALEŻNIEŃ

Literatura przedmiotu wskazuje na różne uwarunkowania powstawania uzależnienia, nie ma całkowitej zgodności co do powodów, które sprawiają, że jedna osoba w danej sytuacji sięgnie po substancje psychoaktywne a druga poradzi sobie w inny sposób. Niezależnie jednak od podejścia, badacze uznają istnienie pewnych czynników czy też predyspozycji, które ułatwiają wejście na drogę uzależnienia. Główne nurty z jakimi mamy do czynienia przy wyjaśnianiu przyczyn uzależnień, to nurt biologiczny, psychologiczny oraz społeczny. Poniżej, pokrótce zaprezentowane zostaną te trzy podejścia.

PODEJŚCIE BIOLOGICZNE

Licznie prowadzone badania nad działaniem substancji psychoaktywnych, pozwalają na określenie prawidłowości związanych z fizjologiczną podatnością niektórych

osób na narkotyki. Czynniki jakie są brane pod uwagę, to przede wszystkim płeć, wiek, waga, ogólny stan zdrowia. Ogólnie rzecz ujmując, narkotyk silniej oddziałuje na kobietę, osobę młodą, osobę o niższej masie ciała oraz osobę będącą w gorszym stanie zdrowia (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Badania rodzinne (bliźniąt, rodzeństwa naturalnego i dzieci adoptowanych), pozwalają przypuszczać, że biologiczne czynniki genetyczne odgrywają rolę w powstawaniu uzależnienia. Nie ulega wątpliwości, że dziedziczeniu podlega biologiczne (biochemiczne) podłoże, na którym może rozwinąć się uzależnienie, a więc możliwe jest odziedziczenie pewnych predyspozycji do uzależnienia. Jednocześnie można spotkać badania, z których wynika, że u ok. 60 % osób uzależnionych od substancji chemicznych, nie znaleziono w rodzinie przypadków uzależnienia (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Istnieje również podejście mówiące o występowaniu zaburzeń w zakresie równowagi hormonalnej i neuroprzekaźnikowej u osób bardziej skłonnych do nałogu. Osoba taka wyrównuje niedobory chemiczne w organizmie, poprzez używanie określonych substancji psychoaktywnych (np. osoba czuje brak energii, mózg ma niedobór dopaminy, więc sięga po kokainę (Chmielewska, Baran-Furga, 2006). Ze względu na to, że w organizmie pojawia się coraz więcej sztucznie dostarczonego związku chemicznego, organizm przestaje samodzielnie go produkować lub produkuje związki o działaniu przeciwstawnym (aby skompensować nadmiar). Powoduje to pojawienie się u osoby nowych emocji i zachowań, a także tzw. mechanizmu nałogowego regulowania emocji (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

PODEJŚCIE PSYCHOLOGCZNE

W psychologii istnieją różne teorie, na gruncie których tłumaczone są mechanizmy powstawania różnych problemów. Również w przypadku uzależnienia, mamy do czynienia z różnymi podejściami wyjaśniającymi w ramach poszczególnych teorii.

Podejście psychodynamiczne zakłada, że uzależnienie wynika z konfliktowych powiązań pomiędzy nieświadomymi procesami psychicznymi a zewnętrznymi wydarzeniami. Sięganie po narkotyki jest symbolicznym odzwierciedleniem niezrozumiałych i problemowych treści ukrytych w nieświadomości. Dopiero uświadomienie sobie i przepracowanie tych ukrytych konfliktów może doprowadzić do wyleczenia z uzależnienia (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Perspektywa behawioralna pokazuje, że kluczowym aspektem doprowadzającym do uzależnienia, jest warunkowanie – osoba zaczyna brać, ponieważ naśladuje innych (modelowanie) lub bierze, ponieważ poszukuje nowych doznań. Używanie substancji stanowi rodzaj nagrody, odczuwanej przyjemności, a w późniejszych etapach uzależnienia pozwala na niwelowanie przykrych doznań, związanych z zespołem abstynencyjnym (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Z kolei podejście poznawcze uwzględnia występowanie błędnych interpretacji na temat własnego życia i siebie samego, co skłania osobę do sięgnięcia po narkotyk. Mamy tu do czynienia z błędnymi oczekiwaniami na temat działania substancji psychoaktywnej oraz fałszywymi przekonaniami na temat narkotyków, np. „wszyscy moi znajomi palą marihuanę" (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

W teorii humanistycznej z kolei, akcentuje się brak zaspokojenia potrzeb wyższych (dążenia do rozwoju własnej osoby), brak określonego systemu wartości i przyjęcie niewłaściwej koncepcji świata, co skłania osobę do odurzania się (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Natomiast w ujęciu egzystencjalnym, zażywanie narkotyków traktowane jest jako świadomy wybór osoby, jako sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych – gdy osoba ma zbyt mało innych zasobów, aby poradzić sobie z przeciwnościami (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

PODEJŚCIE SPOŁECZNE

Powstanie uzależnienia, według tego podejścia, związane jest z występowaniem niekorzystnych zmian i zjawisk w obrębie rodziny i szerszego środowiska społecznego. Nie bez wpływu pozostają również czynniki kulturowe (zwłaszcza kreowanie mody poprzez mass media).

Ważnym aspektem powstawania narkomanii są relacje społeczne panujące w określonych grupach społecznych (rówieśniczych, subkulturowych, itp.). Różne grupy społeczne sprzyjają sięganiu po narkotyki, ze względu na przyjęte przez nie niewłaściwe normy lub odrzucenie norm ogólnie przyjętych (Popik, 2000; Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

W literaturze podkreśla się, że zjawisko narkomanii występuje w sytuacji patogennych wpływów społecznych, takich jak: niski status socjoekonomiczny, bezrobocie,

zaburzenia w pełnieniu ról społecznych, zmiany społeczne powodujące niepewność, uprzedzenia oraz dyskryminacja. Stereotypowo przyjęło się, że uzależnienia to domena rodzin patologicznych, jednak doświadczenia terapeutyczne ostatnich lat pokazują, że osoby, zwłaszcza młode, sięgają po nielegalne substancje również w sytuacji wysokiego funkcjonowania rodziny. Dzieje się tak w przypadku kiedy stworzone są pozory „porządnej rodziny", w której budowanie relacji polegają głównie na dostarczaniu dzieciom środków finansowych lub innych gratyfikacji materialnych, przy zaniedbaniu ciepła rodzinnego, komunikacji pomiędzy członkami rodziny i wzajemnego wsparcia emocjonalnego (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Istotnym czynnikiem wchodzenia w uzależnienie, stanowią predyspozycje nabyte od rodziny, środowiska rówieśniczego, szerszego społeczeństwa. Ważną rolę w procesie nabywania odpowiednich predyspozycji odgrywa rodzina, szkoła, miejsce spędzania czasu wolnego/realizacji hobby, społeczność lokalna – miejsca, które stanowią dla osoby wartość na danym etapie jej życia (Jędrzejko, 2009).

1.4. UZALEŻNIENIA W LICZBACH

Problem używania substancji psychoaktywnych zarówno legalnych, jak i nielegalnych, jest zjawiskiem szeroko występującym w społeczeństwie. Warto przyjrzeć się przedstawionym danym statystycznym, aby poznać skalę występowania alkoholizmu i narkomanii.

ALKOHOL

Tabela 1. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów związanych z alkoholizmem (dane szacunkowe)

		W Polsce 38,6 mln	W mieście 100 tys. mieszk.	W mieście 25 tys. mieszk.	W gminie 10 tys. mieszk.
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	ok. 800 tys.	ok. 2.000 osób	ok. 500 osób	ok. 200 osób
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4.000 osób	ok. 1.000 osób	ok. 400 osób
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4.000 osób	ok. 1.000 osób	ok. 400 osób
Osoby pijące szkodliwie	5–7% populacji	2–2,5 mln	5.000–7.000 osób	1.250–1.750 osób	ok. 500–700 osób

		W Polsce 38,6 mln	W mieście 100 tys. mieszk.	W mieście 25 tys. mieszk.	W gminie 10 tys. mieszk.
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	ok 2 mln osób: dorosłych i dzieci	ok. 5.300 osób: dorosłych i dzieci	ok. 1.330 osób: dorosłych i dzieci	ok.530 osób: dorosłych i dzieci

Źródło: www.parpa.pl

Spożycie alkoholu przez młodych ludzi

W badaniu przeprowadzonym w roku 2013, podobnie jak we wcześniejszych pomiarach, napoje alkoholowe okazały się wśród młodzieży szkolnej najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki (Sierosławski, 2011). Ponadto aktualne badania nie wskazują żadnych czynników społeczno-demograficznych silnie różnicujących młodzież w kwestii spożywania alkoholu. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie 72% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 68% – wódkę i inne mocne alkohole, a 35% – wino. W porównaniu z rokiem 2010 nastąpił dalszy wzrost odsetka uczniów sięgających po wódkę (o 7 punktów procentowych).

Pytanie o częstość upijania się zadano po raz pierwszy w 2003 roku. Z najnowszego sondażu wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% uczniów. Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 11% (Sierosławski, 2011).

W roku 2010 do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (50%, w 2008 roku – 52%) niż dziewczęta (38%, jak w 2008 roku).

W roku 2013 (Raport Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2014), upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (63%, w roku 2010 – 59%). W publicznych liceach ogólnokształcących do upicia się w ciągu miesiąca przed badaniem przyznało się 42% ankietowanych, a w technikach – 36%. Widoczne jest także zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 50%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (34%).

W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 40% uczniów, natomiast wśród badanych deklarujących dobrą sytuację materialną – 44%.

Trudno odnotować zależności między miejscem zamieszkania oraz pracą rodziców za granicą a częstością upijania się.

Na opisywane zachowania wpływ mają postawy religijne młodzieży. Im silniej zaangażowani religijnie są uczniowie, tym rzadziej zgłaszają przypadki upijania się. W roku 2010 wśród badanych, którzy uczestniczyli w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, w miesiącu poprzedzającym sondaż upiło się 22% (w 2010 roku – 25%), a w grupie osób w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 52% (w 2010 roku – 75%).

W roku 2011 zrealizowana została w Polsce kolejna edycja badań ankietowych w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych na Temat Alkoholu i Innych Narkotyków – ESPAD, w trzecich klasach szkół gimnazjalnych oraz drugich klasach szkół ponadpodstawowych (grupa 15/16–latków oraz 17/18–latków) koordynowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Sierosławski, 2011).

Wyniki badań wskazują, iż (Sierosławski, 2011):

- **Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież. Do picia napojów alkoholowych przyznaje się ponad 87% uczniów III klas gimnazjalnych i ponad 95% uczniów II klas szkół średnich. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym jest piwo. Niestety rosną również wskaźniki spożycia napojów wysokoprocentowych.**
- Utrzymuje się liczba abstynentów, zmniejsza się powoli również częstość picia oraz ilość jednorazowo wypijanego alkoholu przez młodzież. Jako wskaźnik częstej konsumpcji traktowane jest picie alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie. Ponad 60% chłopców oraz ponad połowa dziewcząt (53%) uczących się w III klasach gimnazjalnych (15/16–latków) piła alkohol w tym okresie.

- **do upicia się w czasie ostatniego roku przyznało się niemal 50% piętnastolatków** (49% chłopców i 48% dziewcząt) i **około 70% siedemnastolatków** (76% chłopców i 64% dziewcząt). **Na miesiąc przed badaniami upił się co czwarty 15/16–letni chłopiec (23,6%) i co piąta 15/16–letnia dziewczynka(19,4%)**

Spada odsetek młodych ludzi, którzy oceniają dostępność alkoholu dla nieletnich jako łatwą, ale nadal jest on bardzo wysoki (w przypadku piwa: 80% 15-latków i ponad 90% 17-latków).

Ciekawym uzupełnieniem obrazu spożywania alkoholu przez młodzież mogą być najważniejsze wyniki z badań międzynarodowych HBSC, czyli **Health Behaviour In School-aged Children** (Raport Instytutu Matki i Dziecka, 2011). Badania przeprowadzane są co cztery lata, a ostatnia edycja została zrealizowana w 2010 roku. Badania ankietowe obejmują uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat, a wiec grupę nieco młodszą w stosunku do badań ESPAD.

Poniżej przedstawiono najważniejsze wnioski z badań nad spożywaniem alkoholu przez młodzież (Raport Instytutu Matki i Dziecka, 2011):

W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem do spożywania jakiekolwiek napoju alkoholowego przyznało się:

- 11% 11-latków;
- 27% 13-latków, w tym 10% więcej niż 1–2 razy;
- 51% 15-latków, w tym 24% więcej niż 1–2 razy.

W ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem do upicia się przyznało się:

- 11% 13-latków, w tym 4% więcej niż raz;
- 18% 15-latków, w tym 6% więcej niż raz.

30% 15-latków pierwszy raz piło alkohol przed ukończeniem 13. roku życia (w tym 16,5% pierwszy raz wypiło alkohol w wieku 11 lat lub mniej, natomiast 13,5% zrobiło to pierwszy raz, mając 12 lat). Blisko 10% 15-latków upiło się pierwszy raz, mając mniej niż 14 lat.

NARKOTYKI

Polskie badania w populacji generalnej dotyczące rozpowszechnienia, postaw i zachowań oparte są na metodologii EMCDDA oraz Pompidou Group[3]. Badania w populacji generalnej przeprowadzane są na próbie losowej mieszkańców w wieku 15–64 lat za pomocą wywiadów kwestionariuszowych. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii co cztery lata realizuje badania w populacji generalnej (2002, 2006, 2010) oraz zleca do realizacji badania młodzieży szkolnej ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (badania IPiN – 1993, 1997, 2003, 2007 i 2011) i „Młodzież" (badania Fundacji CBOS – 2003, 2008, 2010).

Wyniki badań są wykorzystywane do formułowania rekomendacji oraz wskazówek dla kształtowania polityki w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Ponadto są użyteczne do ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. W badaniach ogólnopolskich biorą udział Urzędy Marszałkowskie, zlecając do realizacji badania wojewódzkie, których wyniki wykorzystywane są do kształtowania polityki na poziomie województwa.

Wyniki badania ostatniego ESPAD (Sierosławski, 2011) pokazały, że najbardziej popularnymi substancjami nielegalnymi, po które sięga młodzież są marihuana i haszysz. Do ich używania przynajmniej raz w życiu przyznało się 24,3% młodzieży w wieku 15–16 lat, co stanowi zdecydowany wzrost względem wyników pomiaru z 2007 r., kiedy używanie przetworów konopi przynajmniej raz w życiu zadeklarowało blisko 16% respondentów. Nie odnotowano natomiast zdecydowanych różnic pomiędzy wynikami obu pomiarów z 2007 r. i 2011 r. w przypadku stymulantów oraz innych substancji.

Substancjami najczęściej zażywanymi przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu" przyznało się w 2013 roku 40% badanych, co oznacza wzrost o 4 punkty procentowe w stosunku do roku 2010. Wyniki ostatniego pomiaru pokazały kontynuację trendu wzrostowego również w przypadku ich używania „w ciągu ostatniego roku" i „ostatnich 30 dni". W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2013 marihuanę i haszysz zażywał co czwarty uczeń (23%, w 2010 roku 18%), a w ciągu ostatnich 30 dni – prawie co dziesiąty (9%, w 2010 roku 8%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza deklaruje obecnie co piąty uczeń (20%, jak w roku 2010), w ciągu ostatnich 12 miesięcy

[3] Badania prowadzone na zlecenie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

co dziesiąty (11%, w 2010 roku 10%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dwudziesty (5%, w 2010 roku 4%).

Po marihuanie i haszyszu, najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w 2010 i 2013 roku – 7%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających sondaż amfetaminę zażywało 4% uczniów w roku 2008, a w roku 2010 i 2013 – 3%, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 1% dla roku 2008 oraz 2% dla roku 2010 i 2013. Zmniejszyły się także odsetki badanych, którzy sięgali po ecstasy. W ostatnim pomiarze 3% badanych deklarowało eksperymenty z tą substancją (w 2010 roku – 4%, a w 2008 – 6%): w ciągu ostatniego roku 1% (w roku 2008 – 3%, w 2010 – 1%), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% we wszystkich pomiarach.

W roku 2008 rozpoczęto w Polsce monitorowanie problemu „dopalaczy" (Sierosławski, 2011). Niniejsze badanie było pierwszym, które podjęło ten temat. Pod nazwą „dopalacze" kryje się cała gama różnego rodzaju środków. „Dopalaczami" nazwane zostały różnorodne substancje o działaniu psychoaktywnym lub nawet niemające takiego działania. Możemy je podzielić na kilka grup: proszki, sole, tabletki oraz mieszanki ziołowe. Są wśród nich substancje naturalne, takie jak roślina Kava Kava, oraz wytworzone w laboratoriach – jak BZP, MDPV czy mefedron. Wiele „dopalaczy" zostało objętych kontrolą na mocy nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Od roku 2008 taką kontrolą objęto ponad 50 substancji psychoaktywnych oraz roślin. Miejsce zdelegalizowanych „dopalaczy" zajmowały jednak następne. W Polsce działała wówczas największa w Europie liczba sklepów z „dopalaczami".

Warto wspomnieć o grupie substancji chemicznych, które są podstawowymi składnikami mieszanek ziołowych – np. JWH-018 czy JWH-122 – i które stanowią substytuty THC (aktywnego składnika marihuany), zbliżone w działaniu do konopi indyjskich. Wśród oferowanych produktów były zarówno substancje nowe, np. mefedron, jak i znane od wieków, jak np. szałwia wieszcza. Tylko część tych substancji ma działanie stymulujące, czyli takie, jakie sugeruje nazwa „dopalacze".

Według deklaracji z roku 2008, po „dopalacze" sięgnęło „kiedykolwiek w życiu" 4% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami" w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy". Do kontaktu z „dopalaczami"

„kiedykolwiek w życiu" przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku" (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni" wyniósł natomiast 1%. Pomiar z 2013 roku pokazuje, że zamknięcie sklepów z „dopalaczami" miało wpływ na poziom ich konsumpcji.

Według badania prowadzonego przez CBOS na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z 2013 roku, spadła również dostępność „dopalaczy". W roku 2010 ponad co trzeci badany deklarował łatwy dostęp do „dopalaczy", podczas gdy w 2013 roku co piąty. Ponadto o 6 punktów procentowych wzrosły odsetki badanych, którzy zdobycie „dopalaczy" określili jako niemożliwe (25%) oraz jako trudne (28%). W tym samym czasie, to jest między rokiem 2010 a 2013, w opinii badanych dostępność marihuany nie uległa zmianie.

W badaniu z 2010 roku uczniom zadano dodatkowe pytania o „dopalacze" – miały one na celu oszacowanie skali nowego zjawiska na rynku narkotykowym. Pierwszą kwestią poruszoną w badaniu była sama znajomość terminu. O „dopalaczach" słyszało 80% badanych w 2013 roku (90% w roku 2010), a co ósmy (12%) był w sklepie z „dopalaczami" (27% w 2010 roku).

Spośród tych, którzy byli w takich sklepach, 40% dokonało tam zakupu (jak w 2010 roku). Przedmiotem pomiaru była również kwestia rodzajów produktów kupowanych przez uczniów. Spośród tych, którzy dokonali zakupu, 65% uczniów kupowało mieszanki ziołowe, 13% pigułki lub tabletki, 23% proszki. Należy podkreślić, że część uczniów, która deklarowała zakup „dopalaczy", nie podała rodzaju zakupionego środka ani jego nazwy. Sprzedaż „dopalaczy" prowadzona jest również przez Internet. W ten sposób zakupu dokonał 1% ogółu badanych w obydwu pomiarach – w 2010 i w 2013 roku. Wyniki badania pokazują, że po zamknięciu sklepów z „dopalaczami" zakupy przez Internet nie stały się bardziej popularne.

Uczniowie pytani byli również o to, ile razy zażywali wymienione w ankiecie substancje. Najczęściej przyjmowanymi narkotykami są marihuana lub haszysz. Raz lub dwa razy w życiu używało ich 14% uczniów, 3–9 razy – 13% badanych, 10–39 razy – 8%, a więcej niż 40 razy – 7%. Badania z 2013 roku odnotowały niewielkie wzrosty we wszystkich grupach.

Co jedenasty uczeń (9%) deklaruje, że 1–2 razy brał leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich, 4% przyjmowało je 3–9 razy. Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o częstość używania poszczególnych substancji pokazuje, że w przypadku większości substancji uczniowie zażywali narkotyki najczęściej 1–2 razy.

BIBLIOGRAFIA

- *Chmielewska K., Baran-Furga H. (2006). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Warszawa: Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna"*
- *Di Chiara G., North R. A. (1992). Neurobiology of opiate abuse. Trends in Pharmacological Sciences. 13(5):185–193*
- *Guerreschi C. (2006). Nowe uzależnienia. Kraków: Wyd. Salwator*
- *Jędrzejko M. (2002). Narkotyki. Rozpoznanie i podstawy profilaktyki. Warszawa: Komenda Główna Żandarmerii Wojskowej*
- *Jędrzejko M. (2009). Bezprzyrządowe metody rozpoznawania zachowań ponarkotykowych. Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej w przypadku zażycia narkotyku. Warszawa: Fundacja PEDAGOGIUM*
- *Karpowicz P. (2002). Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie. Białystok: Instytut Wydawniczy Kreator*
- Łuczak E. (2009). Nowe oblicza uzależnień. Olsztyn: Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego
- *Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (2011). Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka*
- *Młodzież 2013. Raport Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. (2014). Warszawa: KBds.PN*
- *Niewiadomska I., Stanisławczyk P. (2004). Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki. Lublin: Wyd. KUL*
- *Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M. (2004). Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki. Lublin: Wyd. KUL*
- *Robinson T. E., Berridge K. C. (1993). The neural basis of drug craving. Brain Research Reviews*
- *Sierosławski J. (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach espad. Warszawa: KBds.PN, PARPA*
- *Wanat W. (2004). Odlot donikąd. Narkotyki i narkomania. Warszawa: Iskry*
- *Wodowski G. (2005). Polityka karna wobec osób zażywających narkotyki. Kraków: Małopolskie Stowarzyszenie Probacja*
- *Woronowicz B. (2003). Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii*

PYTANIA

1. Jakie możemy wyróżnić etapy w procesie uzależnienia?
2. Jakie znane są rodzaje uzależnień?
3. Jakie zagrożenia niesie używanie substancji psychoaktywnych?

NOTATKI I WŁASNE REFLEKSJE

Używanie substancji psychoaktywnych, nawet nielegalnych, nie jest równoznaczne z uzależnieniem.

Uzależnienie rozwija się poprzez następujące po sobie etapy: UŻYWANIE OKAZJONALNE → UŻYWANIE RYZYKOWNE → UŻYWANIE SZKODLIWE → NADUŻYWANIE → UZALEŻNIENIE

Najprostsze modele używania substancji to: UŻYWANIE EKSPERYMENTALNE, UŻYWANIE REKREACYJNE, UŻYWANIE OKOLICZNOŚCIOWO-SYTUACYJNE, PRZYJMOWANIE RYZYKOWNE, UŻYWANIE INTENSYWNE, UŻYWANIE KOMPULSYWNE

Podstawowe rodzaje uzależnień to: UZALEŻNIENIE PSYCHICZNE, UZALEŻNIENIE FIZYCZNE, UZALEŻNIENIE SPOŁECZNE. Najgłębszą formą uzależnienia jest uzależnienie psychiczne

Każda substancja psychoaktywna działa na układ nerwowy, nie ma więc uzasadnienia dla stosowania podziału substancji na „miękkie" i „twarde". Takie mylne rozróżnienie sprzyja występowaniu eksperymentów narkotykowych, zwłaszcza wśród młodzieży.

Uzależnienie fizyczne od substancji nie jest obecne przy każdej substancji psychoaktywnej, ale jego brak nie świadczy o braku potencjału uzależniającego danej substancji.

Rozróżniamy podstawowe kategorie działania substancji psychoaktywnych: STYMULUJĄCE, TŁUMIĄCE, PRZECIWBÓLOWE, NASENNE, HALUCYNOGENNE. Aktualnie istnieje trend do przyjmowania różnych rodzajów substancji jednocześnie, niekiedy bezwiednie – w sytuacji sięgania po DOPALACZE

2. DIAGNOZA

Odpowiednia diagnoza stanowi niezwykle ważny aspekt w pracy z osobami sięgającymi po substancje psychoaktywne. Jak pokazał pierwszy rozdział, istnieje niejako kilka etapów zaangażowania się w przyjmowanie określonego środka, czy wykonywania danej czynności. Chcąc dowiedzieć się z jaką osobą mamy do czynienia, jak daleko weszła ona już w proces uzależniania się, musimy dokonać trafnego rozpoznania.

W niniejszym rozdziale określone zostaną kryteria diagnostyczne zgodne z wiodącymi klasyfikacjami medycznymi, przedstawione metody diagnozy oraz kroki do samodzielnego skonstruowania wywiadu diagnostycznego, jak również dobre praktyki w zakresie prowadzenia diagnozy uzależnienia.

2.1. KRYTERIA DIAGNOZY UZALEŻNIENIA

Rozpoczynając rozważania na temat diagnozy, najpierw należy określić jakie są jej formy oraz kto może ją wykonywać. Możemy wyróżnić dwa podstawowe rodzaje diagnozy (Paluchowski, 2007):

- **Diagnoza nozologiczna** – wyjaśnia problem pacjenta poprzez nazwanie jego stanu; używane są tutaj kryteria diagnostyczne. W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO ICD-10. Rozpoznane objawy zespołów oznaczonych numerami statystycznymi pozwalają przypisać pacjentowi odpowiednia jednostkę chorobową. Diagnoza ta jest zatem rozumiana, jako rozpoznanie określonej choroby. Postawienie tej diagnozy i poinformowanie pacjenta o wyniku badania jest warunkiem przyjęcia na leczenie w Poradni, Szpitalu. Wynik diagnozy wyznacza dalsze postępowanie. Postawienie diagnozy nozologicznej jest obszarem działania lekarza, ale też specjaliści psychoterapii uzależnienia korzystają z tej kategorii wskaźników zaburzeń.

- **Diagnoza problemowa** – poszukuje psychospołecznych czynników istotnych dla rozumienia problemu oraz jest zogniskowana na identyfikacje prymitywnych i podtrzymujących chorobę mechanizmów obronnych – systemu iluzji i zaprzeczeń[4], rozproszonego JA[5], nałogowego regulowania emocji/uczuć[6]. Punktem odniesienia są tu trudności pacjenta, których obecność jest źródłem cierpienia i które wyznaczają kierunki dalszej pracy terapeutycznej. W przypadku osoby uzależnionej analizowane są źródła trudności i sposób funkcjonowania wynikający z konsekwencji uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Diagnoza ta również określa deficyty i umiejętności psychospołeczne, istniejące w środowisku społecznym zasoby (sieci wsparcia istniejące bądź potencjalne), które można wykorzystać w procesie zmiany.

Diagnoza problemowa może być sporządzana przez każdą osobę, która podejmuje pracę z osobą uzależnioną. Jest to ogromne źródło wiedzy o osobie i niezastąpiona podstawa do ustalenia celów pracy z klientem. Przykład przeprowadzenia szerokiej diagnozy problemowej podany zostanie w rozdziale V, dotyczącym metod pracy z osobami uzależnionymi, w paragrafie Studium przypadku.

Diagnoza nozologiczna w kierunku uzależnienia musi zostać sporządzona przez lekarza psychiatrę, natomiast w praktyce wykonują ją również specjaliści terapii uzależnień (najczęściej są to psycholodzy i pedagodzy pracujący z pacjentami w poradniach i ośrodkach terapii). W celu rzetelnego przeprowadzenia diagnozy

---

4 W świadomości osoby u której rozwija się proces uzależnienia coraz częściej ścierają się negatywne informacje o szkodach powodowanych przez picie oraz sygnały wskazujące na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia. Dysonans ten coraz częściej redukowany jest przez zaprzeczanie informacjom o szkodach co doprowadza do wytworzenia się patologicznego systemu regulacji psychicznej, który nazywamy mechanizmem iluzji i zaprzeczania. Utrudnia on rozpoznawanie szkód i ich alkoholowej przyczyny oraz dostarcza wskazówek przeszkadzających w powstrzymaniu uzależnienia i tworzy złudne i pozytywne wizje życia z alkoholem. Mechanizm ten działa okresowo, tematycznie i bez udziału świadomości. Aktywizuje się wtedy, gdy nasila się dążenie do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych i pokusa doświadczenia pozytywnych skutków picia oraz gdy tematem procesów umysłowych stają się sprawy związane z piciem alkoholu. U osoby uzależnionej powstaje całościowy i zwarty system przekonań, który określa subiektywną wizję życia i świata odizolowaną od rzeczywistości i podporządkowaną pragnieniu picia. Obniża się zdolność do weryfikacji spostrzeżeń i przekonań i sprawdzania ich zgodności z realiami życiowymi (Mellibruda, 2011).

5 Uszkodzenia te dotyczą one podstawowych funkcji struktury Ja, którymi są utrzymywanie poczucia tożsamości i indywidualności, poczucia kompetencji i wpływu na własne postępowanie, poczucia wartości osobistej i sensu życia oraz poczucie moralności. Powtarzanie doświadczeń rozmywania się poczucia JA w stanach zmienionej świadomości towarzyszących nietrzeźwości czyli tzw.„odlotów", wytworzyło gotowość do łatwego rozpraszania i rozluźniania się granic JA pod wpływem pragnień i oczekiwań alkoholowych. Oznacza to istotne osłabienie spoistości i integracji struktury JA stanowiącej centralny element osobowości i uniemożliwia budowanie stabilnych podstaw do kierowania własnym postępowaniem (Mellibruda, 2011).

6 Długotrwałe i intensywne picie alkoholu powoduje poważne uszkodzenia życia emocjonalnego i doprowadza do wytworzenia się specyficznego systemu regulacji psychicznej w tej sferze. Dynamika procesów emocjonalnych osoby uzależnionej ukierunkowana jest na inicjowanie i potęgowanie pragnienia alkoholu. Oznacza to, że różnorodne stany i reakcje emocjonalne, niezależnie od ich rzeczywistych źródeł, bardzo często są doświadczane przez osobę uzależnioną jako pragnienie alkoholu. Najważniejszą rolę spełnia dążenie do szybkiego złagodzenia lub uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych przy pomocy alkoholu. Osoba uzależniona ma silną tendencję do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszą lęk, złość, smutek i ból oraz gotowość do radzenia sobie ze stresem przy pomocy prób bezpośredniego łagodzenia przykrych emocji zamiast prób zmiany okoliczności tworzących stres. Stres stanowiący podstawowe źródło przykrych stanów emocjonalnych może być powodowany przez czynniki zewnętrzne i wewnętrzne a w szczególności przez negatywne konsekwencje picia alkoholu (Mellibruda, 2011).

nozologicznej, należy posługiwać się biegle kryteriami uzależnienia, które określone są przez Międzynarodową Klasyfikację Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10, a także pomocniczo, kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawartymi w podręczniku DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)[7].

Kryteria podane przez ICD-10

W rozdziale pt. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych wyróżniono następujące substancje uzależniające:

- *F10.- – alkohol;*
- *F11.- – opiaty (psychoaktywne alkaloidy opium; najważniejsze opiaty to morfina, kodeina, heroina, opium);*
- *F12.- – kanabinole (substancje przygotowywane z konopi indyjskich; zalicza się do nich marihuanę i haszysz);*
- *F13.- – leki uspokajające i nasenne (przede wszystkim barbiturany i benzodiazepiny);*
- *F14.- – kokaina (wytwarza się ją z liści koki, ma działanie pobudzające);*
- *F15.- – inne substancje psychostymulujące, w tym kofeina oraz amfetamina;*
- *F16.- – substancje halucynogenne;*
- *F17.- – tytoń;*
- *F18.- – lotne rozpuszczalniki;*
- *F19.- – inne substancje psychoaktywne.*

Podręcznik podaje kryteria dotyczące ostrego zatrucia, używania szkodliwego, zespołu uzależnienia oraz zespołu abstynencyjnego. Poszczególne zaburzenia przedstawione zostaną poniżej.

F1x.0 (za x wstawiamy konkretny numer przypisany do danej substancji np. 0 – alkohol, 1 – opiaty, itd.): Ostre zatrucie

G1. Wyraźne potwierdzenie aktualnego użycia substancji psychoaktywnej (substancji psychoaktywnych) w dawce wystarczającej do spowodowania zatrucia.

[7] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), jest to międzynarodowy system diagnozy nozologicznej opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, w Polsce obowiązuje od roku 1996. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), to klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jest umieszczona m.in. w wydanej w języku polskim publikacji „Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR", stanowiącym przekład najnowszej, poprawionej wersji czwartego wydania pod redakcją prof. Jacka Wciórki z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Nowa wersja DSM V, została wydana 18 maj 2013.

G2. Objawy i przejawy zatrucia odpowiadają znanemu, scharakteryzowanemu poniżej działaniu danej substancji (danych substancji) oraz są dostatecznie ciężkie by wywołać klinicznie istotne zaburzenia poziomu świadomości, procesów poznawczych, percepcji, afektu lub zachowania.

G3. Przyczyn objawów i przejawów nie można wyjaśnić występowaniem zaburzeń somatycznych nie związanych z używaniem substancji, ani też wyjaśnić lepiej występowaniem innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania.

F1x.1: Używanie szkodliwe

A. Wyraźne potwierdzenie, że użycie substancji spowodowało szkody somatyczne lub psychologiczne (lub znacznie przyczyniło się do tego), włączając upośledzenie sądzenia lub dysfunkcjonalne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.

B. Charakter szkód powinien być jasno rozpoznawalny (i określony).

C. Wzorzec używania utrzymywał się przez co najmniej 1 miesiąc lub występował w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy.

D. Zaburzenie nie spełnia kryteriów innego zaburzenia psychicznego ani zaburzenia zachowania związanego w tym samym okresie czasu z tą samą substancją (z wyjątkiem ostrego zatrucia).

F 1x.2: Zespół uzależnienia

A. Trzy lub więcej z następujących przejawów występowało łącznie przez co najmniej 1 miesiąc lub, jeżeli utrzymywało się krócej niż 1 miesiąc, to występowało w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy:

- *silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji,*
- *upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z przyjmowaniem substancji, tj. nad jego rozpoczynaniem, kończeniem oraz poziomem użycia, potwierdzona przyjmowaniem substancji w dużych ilościach lub przez czas dłuższy niż zamierzony albo uporczywym pragnieniem przyjmowania substancji, albo nieskutecznością wysiłków zmniejszenia lub kontrolowania jej używania,*
- *fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego pojawiające się, gdy użycie substancji jest ograniczane lub przerywane, potwierdzone wystąpieniem charakterystycznego*

dla danej substancji zespołu abstynencyjnego albo używaniem tej samej (lub blisko spokrewnionej) substancji w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia,

- *potwierdzenie tolerancji wobec działania substancji, tj. konieczność przyjmowania istotnie wzrastających jej ilości, w celu osiągnięcia działania lub pożądanego efektu albo znacznie zmniejszonego efektu w przypadku dalszego przyjmowania dotychczasowych ilości substancji,*
- *silne pochłonięcie sprawą przyjmowania substancji przejawiających się istotną zmianą dotychczasowych zamiłowań i zainteresowań porzucanych lub ograniczanych z powodu przyjmowania substancji albo przeznaczeniem większości czasu na działania konieczne do uzyskania lub przyjęcia substancji, bądź uwolnienia się od następstw jej działania,*
- *uporczywe przyjmowanie substancji, pomimo oczywistych dowodów na występowanie szkodliwych następstw, potwierdzone ciągłym dalszym jej używaniem, choć charakter i rozmiar szkód są już danej osobie znane lub można oczekiwać, że są znane.*

Zaprezentowane kryteria zostaną poniżej wyjaśnione z uwzględnieniem doświadczeń wynikających z praktycznej pracy z pacjentami uzależnionymi oraz literatury przedmiotu:

➔ **trudna do opanowania potrzeba zażywania lub kontaktu z przedmiotem uzależnienia – tzw. głód**

Głód (np. alkoholu czy narkotyku) najłatwiej rozpoznać w okresie abstynencji, najczęściej wymuszonej złym samopoczuciem lub naciskami otoczenia. Kiedy osoba uzależniona powstrzymuje się od zachowań nałogowych, przez cały czas lub tylko okresowo, przeżywa napięcie. Z tego względu może być rozdrażniona, niespokojna, nie może znaleźć sobie miejsca, uporczywie szuka zajęcia aby odwrócić uwagę od nieprzyjemnego stanu. Napięcie związane z psychiczną potrzebą substancji, jest też odpowiedzialne za problemy ze snem, brak apetytu lub ciągłe poszukiwanie czegoś do jedzenia.

Zawsze też pojawiają się natrętne myśli o zachowaniach nałogowych (np. zażyciu narkotyku czy wypiciu kieliszka). Owe nawracające myśli powodują, że osoba uzależniona w okresie abstynencji może mieć problemy ze skupieniem uwagi, gubi wątek w rozmowie, zapomina o tym, co miała zrobić, wydaje się nieobecna i rozkojarzona.

Często w wyniku „głodu" osoby uzależnione nieświadomie poszukują namiastek nałogowych zachowań – chętnie wspominają i rozmawiają o swoich zachowaniach związanych z uzależnieniem, marzą czy fantazjują o zażywaniu lub choćby opowiadają dowcipy o tematyce związanej z nałogiem. Osoba uzależniona przeżywająca głód poszukuje kontaktu z substancją, od której jest uzależniona – towarzyszy innym zażywającym, twierdząc: „Mnie to nie rusza".

Innym momentem dogodnym dla obserwacji „głodu" jest początek zażywania po, nawet krótkim, okresie abstynencji. Zachowaniu takiemu towarzyszy zwykle znaczna łapczywość oraz euforia spowodowana gwałtowną ulgą wywołaną spadkiem napięcia. Błogi uśmiech czy głębokie westchnienie mówią o tym, że głód choć na chwilę ustąpił. Zwykle próby zakłócenia tego, najprzyjemniejszego dla osoby uzależnionej, momentu mogą wywołać silny sprzeciw a nawet wybuch agresji. Po chwili ulgi głód gwałtownie wzrasta, co powoduje dalsze zażywanie.

➔ **upośledzenie kontroli nad ilością, czasem lub intensywnością zażywania – tzw. utrata kontroli**

Warto od razu podkreślić słowo **upośledzenie** kontroli, które świadczy o tym, że nie mówimy o całkowitym braku kontroli a o jej zmniejszeniu w porównaniu do osób nie uzależnionych. Na czym polega zdrowa kontrola nad zachowaniem? Osoba nieuzależniona zażywa substancję lub wykonuje czynność wtedy, kiedy tego chce i jest to dla niej dobre. Możemy sobie hipotetycznie wyobrazić nieuzależnionego palacza tytoniu. Ma on ochotę wdychać dym tytoniowy, sytuacja i otoczenie temu sprzyja, ma odpowiednią ilość pieniędzy aby zakupić wyroby tytoniowe i ma poczucie, że palenie pod każdym względem mu służy. Jednocześnie bez żadnego wysiłku przestaje palić, jeśli tylko któryś z powyższych warunków nie jest spełniony. Możemy sobie to jedynie wyobrazić, ponieważ w rzeczywistości takich palaczy raczej się nie spotyka.

Kontrola u osób uzależnionych jest upośledzona, co oznacza, że osoba nie zawsze potrafi zapanować nad ilością, czasem lub okolicznościami zachowań nałogowych. Np. alkoholik – wcale nie musi pić codziennie, niekiedy ma dłuższe lub krótsze okresy całkowitej abstynencji. Natomiast kiedy zaczyna pić, trudno mu:

- wypić tyle, ile planował;
- przeznaczyć na to taką ilość czasu lub pieniędzy, jak chciał;
- przestać wtedy, kiedy będzie to dla niego dobre.

Otoczenie osoby uzależnionej odbiera opisane powyżej upośledzenie kontroli nad zażywaniem jako niesłowność, nieprzewidywalność, nieodpowiedzialność, a w końcu skłonność do kłamstwa. Osoba uzależniona nie mogąc zapanować nad własnym zachowaniem z czasem zaczyna się kamuflować, ukrywać i oszukiwać otoczenie w celu uniknięcia konfrontacji z własną bezsilnością. Ma coraz większą trudność z wykonywaniem zadań terminowych, dotrzymywaniem umów, kontrolą wydatków i czasu.

➔ **zmiana tolerancji (zapotrzebowania) na daną substancję lub zachowanie (aktywność)**

Zmiana tolerancji to po prostu wzrost zapotrzebowania na substancję czy nałogowe zachowanie. Zarówno w przypadku uzależnienia od substancji (np. alkoholizm, lekomania), jak i nałogowych czynności (np. gry hazardowe, używanie Internetu), w miarę rozwoju uzależnienia rośnie częstość i ilość zachowań nałogowych. Lekoman zwiększa dawkę leku a „siecioholik" spędza coraz więcej godzin przed komputerem – po prostu wcześniejsza dawka jest niewystarczająca, nie przynosi oczekiwanego efektu, nie daje wrażenia nasycenia. Np. seksoholik, który dawniej dawał upust swoim potrzebom w weekendy i odbywał kilka stosunków z nowopoznanymi kobietami, po jakimś czasie, czuje ogromne napięcie, jeśli nie uprawia seksu kilkakrotnie każdego dnia.

Charakterystyczne dla tego kryterium jest poszukiwanie coraz silniejszych doznań, więc wspomniany wcześniej seksoholik z czasem będzie potrzebował częstego seksu, ale np. w miejscach publicznych w celu zwiększenia intensywności doznań, natomiast narkoman zacznie eksperymentować z silniejszymi narkotykami, ponieważ obecnie zażywane będzie odbierał jako za słabe.

Wyraźnie widać zmiany tolerancji u osób uzależnionych od alkoholu – początkowo narastające w znacznym tempie zapotrzebowanie na alkohol powoduje często przejście ze słabszych trunków na mocniejsze. Alkoholik w środkowej fazie rozwoju uzależnienia pije często znaczne ilości wódki lub miesza ją z innym napojem alkoholowym, by po kilkudziesięciu latach nałogowego picia stwierdzić, że wódka „zaczęła mu szkodzić" i jest za droga. Staje się wówczas „smakoszem" tanich win i nalewek. Nie jest to oczywiści reguła, ale obrazowy przykład zmian „upodobań" wywołanych zmianą tolerancji na alkohol.

Warto wspomnieć, że u osób uzależnionych od substancji, po osiągnięciu punktu krytycznego związanego z pogorszeniem ich stanu zdrowia i wydolności organizmu, możemy stwierdzić wtórny spadek tolerancji, czyli zmniejszenie ilości lub „mocy" substancji jaką dana osoba może zażyć jednorazowo.

- **objawy odstawienia – tzw. zespół abstynencyjny**

Obecność tego kryterium najlepiej dowodzi, że próby odstawienia substancji przez osobę uzależnioną, są stałym elementem każdego uzależnienia. Nikotynista „rzuca", alkoholik „robi sobie przerwę", narkoman „stopuje" itd. Jednocześnie, trudna do wyobrażenia dla osób nieuzależnionych przykrość objawów odstawiennych, jest główną przyczyną trwałości i niebezpieczeństwa nałogów.

Osoby nieuzależnione nie mają objawów odstawiennych (abstynencyjnych), tzw. „kac" nie jest zespołem abstynencyjnym, choć jego objawy pojawiają się również u osób uzależnionych. Różnicę obrazuje określenie objawów abstynencyjnych używane przez alkoholików – oni mówią na to „kac gigant". W zespole abstynencyjnym oprócz zwyczajnych objawów zatrucia – występują symptomy świadczące o wielokrotnym przekroczeniu bezpiecznej dawki zażywanej substancji oraz przystosowaniu się organizmu do zmienionego chemicznie sposobu funkcjonowania.

Każde uzależnienie posiada swój charakterystyczny przebieg „odstawiania", choć u poszczególnych osób może się on znacznie różnić. W jednych uzależnieniach trwa ono przeciętnie dłużej w innych krócej, specyficzne są też niektóre objawy abstynencyjne. Osoby uzależnione mówią wtedy, że „chorują", „umierają", „męczą się", „dostają na głowę". Warto podkreślić, że choć większość osób przechodzi zespół abstynencyjny w warunkach domowych, to w wielu przypadkach jest on stanem niebezpiecznym dla zdrowia i wskazana jest konsultacja lekarska a nierzadko hospitalizacja chorego.

- **kontynuowanie zażywania substancji lub danej czynności mimo świadomości szkód, jakie ona przynosi**

W zrozumieniu tego kryterium kluczowe znaczenie ma słowo „świadomość". Jest ono spełnione tylko jeśli osoba uzależniona wyraźnie zdaje sobie sprawę ze szkodliwych następstw zażywania przez nią danej substancji, a jednak nie wykazuje motywacji do zmiany zwyczajów lub ma poważne trudności

z zaprzestaniem destrukcyjnych zachowań. Jaskrawym przykładem na to, jak wiele osób spełnia to kryterium, jest popularność wielu środków psychoaktywnych mimo powszechnych i usankcjonowanych prawnie ostrzeżeń kierowanych do potencjalnych nabywców. Posiadanie narkotyków jest czynem karalnym, w punktach sprzedaży alkoholu obowiązkowo umieszczone są napisy mówiące, że „alkohol szkodzi zdrowiu", opakowania wyrobów tytoniowych w znacznej części pokryte są przestrogami dla palaczy, ulotki załączone do leków to niekiedy małe książeczki zawierające spis skutków ubocznych i możliwych powikłań u osób zażywających dany specyfik. Osoby uzależnione rozwijają mechanizmy obronne pozwalające im na kwestionowanie lub niedostrzeganie tych oczywistych faktów. Chcą spostrzegać substancję, od której są zależni, jako pomocną a jednocześnie pomijać jej negatywny wpływ na ich życie. Jaskrawym przykładem takiego zachowania jest historia pacjentki, która mając krwotok z płuc zapaliła papierosa, ponieważ „słyszała, że nikotyna zwęża naczynia krwionośne".

Osoby uzależnione najczęściej uporczywie powtarzają, że palą, piją czy przyjmują narkotyki „bo lubią" lub „bo coś im się od życia należy" i równie konsekwentnie bagatelizują czy ignorują fakty świadczące o tym, że tracą zdrowie, popadają w konflikty z otoczeniem, mają problemy finansowe czy zaniedbują obowiązki. Ze względu na to kryterium mówi się, że osoba uzależniona „musi sięgnąć dna aby się od niego odbić". Oznacza to, że przełomem w życiu nałogowca najczęściej jest wydarzenie, które dotyka tak boleśnie, że nie jest możliwe jego zignorowanie. Do najczęstszych „punktów zwrotnych" należą: rozpoznanie poważnej choroby, dotkliwa kara nałożona przez sąd, utrata pracy, rozpad rodziny.

➔ **zaniedbywanie innych źródeł gratyfikacji, np. zainteresowań, pracy, kontaktów towarzyskich, zobojętnienie**

Gratyfikacja oznacza dostarczanie sobie nagrody, poszukujemy satysfakcji i przyjemności na wiele różnych sposobów. Potrzeba nagrody jest jednym z najważniejszych motorów naszego postępowania. Im szerszy jest wachlarz źródeł gratyfikacji, jakim dysponuje dana osoba, tym łatwiej jej zachować dobre samopoczucie i mieć energię do działania. Osoby o bogatym repertuarze zachowań poprawiających nastrój spostrzegamy jako spełnione, pogodne, dobrze radzące sobie z problemami. Jeśli w momencie pogorszenia nastroju mamy do wyboru: spotkać się z przyjaciółmi, posłuchać muzyki, iść na spacer w ulubione miejsce, rozwijać hobby, zjeść coś dobrego, zająć się aktywnością fizyczną, poczytać, zdrzemnąć się, pobawić się z ukochanym zwierzakiem, zaangażować się

we własne działania twórcze, działać społecznie w miejscu, które nas interesuje czy oddać się praktyce duchowej, to z pewnością możemy o sobie powiedzieć „jestem bogatym wewnętrznie, zadowolonym człowiekiem". Osoba uzależniona nie ma takiej swobody. W miarę rozwoju nałogu coraz bardziej zawęża się zakres zachowań, które poprawiają jej nastrój. W momencie „dołka" lub „nerwów" umysł prezentuje jedno, najlepiej dopasowane rozwiązanie – „napij się", „zapal", „zażyj lek", weź narkotyk". Równocześnie coraz częstsze stają się okresy złego nastroju, pojawia się coraz więcej problemów. Tworzy się błędne koło: „problemy – zażywanie – problemy – zażywanie…".

W życiu osoby uzależnionej coraz więcej czasu i wysiłku pochłania: zdobywanie substancji i środków na jej zakup, planowanie „odlotu", samo zażywanie, a następnie powracanie do rzeczywistości. Z czasem już „niezażywanie" staje się źródłem frustracji i przykrych emocji. Osoba uzależniona coraz mniej angażuje się więc we własne hobby, życie rodzinne czy kontakty towarzyskie i przedkłada zachowania nałogowe nad czynności, które je utrudniają (np. alkoholik z coraz większą niechęcią podchodzi do weekendowych wyjazdów samochodem, a nikotynista do wizyt w domu niepalących przyjaciół). Nałóg zagarnia coraz większy obszar życia osoby uzależnionej, uzyskuje najwyższy priorytet spośród jej działań i wypiera wszystko to co, co mogłoby mu zagrażać. Osoba uzależniona nie chce dopuścić do świadomości faktów świadczących o tym, jak bardzo się zmieniła, ze względu na silnie gratyfikującą rolę zachowań nałogowych i ulgę, jaką przeżywa w momencie zażycia. Postawa taka pogłębia jeszcze konflikty i poczucie niezrozumienia zarówno ze strony uzależnionego, jak i jego otoczenia.

Kryteria uzależnienia według klasyfikacji DSM-IV

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych w klasyfikacji DSM-IV diagnozowane jest wedle następujących kryteriów (P. E. Nathan, DSM – IV Sourcebook, 1994, s. 39–40):

Zespół 1 diagnostycznych kryteriów

A. *Używanie substancji świadczące o nieprzystosowaniu, prowadzące do znacznego klinicznego zaburzenia lub dystresu, ujawniające się w sposób następujący:*
(1) ***tolerancja****, określona przez jeden z następujących objawów:*

(a) potrzeba spożycia wyraźnie wzrastających ilości substancji aby osiągnąć stan zatrucia lub pożądany skutek

(b) wyraźnie słabszy „efekt halucynogenny" przy kontynuowanym spożyciu takiej samej ilości substancji

(c) na pozór właściwe funkcjonowanie organizmu przy dawkach lub poziomach substancji we krwi, które spowodowałyby poważne zaburzenie u przypadkowego, innego konsumenta

(2) występowanie cech charakterystycznych dla ***zespołu abstynencyjnego***

(3) ta sama substancja jest często spożywana by złagodzić lub wyeliminować objawy zespołu abstynencyjnego

(4) substancja jest często spożywana w większych ilościach lub przez dłuższy okres czasu niż zamierzano, planowano

(5) ***nieudane próby lub niepomyślne wysiłki by zaprzestać*** używania substancji lub kontrolować jej spożycie

(6) ***wiele czasu poświęca się na czynności*** *niezbędne do zdobycia substancji (np. chodzenie do wielu lekarzy lub pokonywanie samochodem dużych odległości), spożycie substancji (np. nałogowe palenie tytoniu), lub wygaszenie wywieranych przez tą substancję skutków*

(7) powtarzające się używanie substancji powodujące ***niezdolność do wypełniania obowiązków związanych z pełnieniem ról*** *w pracy, szkole, domu (np. powtarzające się absencje w pracy lub słaba wydajność pracy spowodowane używaniem substancji, nieobecności spowodowane używaniem substancji, wyrzucenie ze szkoły, zawieszenia w prawach ucznia; zaniedbywanie dzieci lub codziennych obowiązków domowych).*

(8) powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to ***fizycznie niebezpieczne*** *(np. jazda samochodem lub obsługiwanie maszyny w stanie zaburzenia spowodowanego używaniem substancji).*

(9) ***porzucenie lub obniżenie efektywności wykonywania*** *ważnych, istotnych, społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych czynności z powodu używania substancji.*

(10) ***powtarzające się problemy prawne lub interpersonalne*** *wynikające ze spożywania substancji (np. spowodowane spożywaniem substancji zatrzymania w areszcie lub wypadki komunikacyjne, fizyczne bójki spowodowane używaniem substancji.*

(11) niezaprzestanie spożywania substancji pomimo świadomości trwałych lub powtarzających się problemów *spowodowanych lub zaostrzonych przez używanie substancji (np. niezaprzestanie brania heroiny pomimo sprzeciwu rodziny, stosowanie kokainy pomimo rozpoznania wzbudzonej przez kokainę depresji, lub kontynuowanie picia alkoholu pomimo rozpoznania pogorszającej się sytuacji zdrowotnej – wzmagania się objawów choroby wrzodowej spowodowanej konsumpcją alkoholu)*

Opcje przyjmowane dla Kryterium B*:*
Opcja B1:

B. Niektóre objawy zaburzenia pojawiały się przez większość dni przez okres co najmniej 1 miesiąca, lub były obserwowane jako powtarzające się przez dłuższy okres czasu.

Opcja B2: nie wyszczególniono okresu trwania (tj. pomiń kryterium B)

Zwróć szczególną uwagę na następujące kwestie:

Przy uzależnieniu fizjologicznym: występowanie dowodów wspierających tolerancję na substancję lub zespół abstynencyjny (tj. dowolny item spośród takich jak A(1), A(2), lub A(3) jest obecny).

Bez uzależnienia fizjologicznego: nie występują dowody na tolerancję lub zespół abstynencyjny (tj. żaden z itemów A(1), A(2) i A(3) nie jest obecny).

Zespół 2 diagnostycznych kryteriów

A. *Dowolny objaw spośród następujących:*
   1) ***tolerancja****, określona przez jeden z następujących objawów:*

(a) ***potrzeba*** *spożycia wyraźnie wzrastających ilości substancji aby osiągnąć stan zatrucia lub pożądany skutek*

(b) ***wyraźnie słabszy efekt*** *przy kontynuowanym spożyciu takiej samej ilości substancji*

(c) właściwe funkcjonowanie przy dawkach lub poziomach substancji we krwi, które spowodowałyby poważne uszkodzenie u przypadkowego konsumenta

2) *występowanie cech charakterystycznych dla* ***zespołu abstynencyjnego***
3) *ta sama substancja jest często spożywana by złagodzić lub wyeliminować objawy zespołu abstynencyjnego.*

B. *Model powtarzających się problemów z substancją cechujący się następującymi objawami:*

1) *substancja jest często spożywana w większych ilościach lub przez dłuższy okres czasu niż zamierzano, planowano*
2) *nieudane próby lub brak chęci by zaprzestać używania substancji lub kontrolować jej spożycie*
3) *wiele czasu poświęca się na czynności niezbędne do zdobycia substancji (np. chodzenie do wielu lekarzy lub pokonywanie samochodem dużych odległości), spożycie substancji (np. nałogowe palenie tytoniu), lub wygaszenie wywieranych przez tą substancję skutków*
4) *powtarzające się używanie substancji powodujące niezdolność do wypełniania obowiązków związanych z pełnieniem ról w pracy, szkole, domu (np. powtarzające się absencje w pracy lub słaba wydajność pracy spowodowane używaniem substancji, nieobecności spowodowane używaniem substancji, wyrzucenie ze szkoły, zawieszenia w prawach ucznia; zaniedbywanie dzieci lub codziennych obowiązków domowych).*
5) *powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne (np. jazda samochodem lub obsługiwanie maszyny w stanie zaburzenia spowodowanego używaniem substancji).*
6) *porzucenie lub obniżenie efektywności wykonywania ważnych, istotnych, społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych czynności z powodu używania substancji.*
7) *powtarzające się problemy prawne lub interpersonalne wynikające ze spożywania substancji (np. spowodowane spożywaniem substancji zatrzymania w areszcie lub wypadki komunikacyjne, fizyczne bójki spowodowane używaniem substancji.*

8) *niezaprzestanie spożywania substancji pomimo świadomości trwałych lub powtarzających się problemów spowodowanych lub zaognionych przez używanie substancji (np. niezaprzestanie brania heroiny pomimo sprzeciwu rodziny, stosowanie kokainy pomimo rozpoznania wzbudzonej przez kokainę depresji, lub kontynuowanie picia alkoholu pomimo rozpoznania pogorszającej się sytuacji zdrowotnej – wzmagania się objawów choroby wrzodowej spowodowanej konsumpcją alkoholu).*

Opcje dla Kryterium C:
Opcja C1:

C. Niektóre objawy zaburzenia pojawiały się przez większość dni przez okres co najmniej 1 miesiąca lub były obserwowane jako powtarzające się przez dłuższy okres czasu.

Opcja C2: nie wyszczególniono czasu trwania (tj. pomiń kryterium C).

2.2. ROZPOZNAWANIE PIERWSZYCH SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH

W przypadku diagnozowania osoby uzależnionej, posługujemy się wyżej przedstawionymi kryteriami, jednak etap, na którym osoba ma rozwinięte pełne objawy zespołu uzależnienia, jest bardzo trudny jeśli chodzi o podjęcie pracy socjalnej. Konieczne jest najpierw odbycie pełnej terapii uzależnienia lub chociaż przejście jej fazy początkowej. Wówczas praca socjalna stanowi znakomity element wspierający osobę w jej pozytywnej rehabilitacji i readaptacji społecznej.

Zanim jednak dojdzie do uzależnienia, jak wiemy już z zaprezentowanych wcześniej definicji, osoba zaczyna zmieniać swój wzorzec używania substancji, który staje się coraz bardziej szkodliwy. Na wczesnym etapie sięgania po substancje, jesteśmy w stanie zadziałać prewencyjnie, aby do uzależnienia nie doszło. W tym celu ważne jest, aby spróbować nauczyć się rozpoznawać pierwsze sygnały świadczące o używaniu substancji psychoaktywnych.

Główne objawy używania szkodliwego substancji (a później uzależnienia), występujące przy prawie każdym jego typie to (Wodowski, 2005; Jędrzejko, 2009):

- zachowanie szybko staje się nawykowe, powoduje osłabienie woli,
- zachowanie jest częste, regularne i stereotypowe,

- zachowanie zabiera znaczną część czasu, wzrost napędu związanego z poszukiwaniem środka uzależniającego,
- używanie substancji jest przyczyną problemów zdrowotnych, finansowych, zawodowych, osobistych,
- zachowanie ma charakter kompulsywny (przymusowy),
- następuje wzrost tolerancji na działanie środka (obniżenie efektu przyjemności, który on dostarcza),
- trudno zaprzestać trwale i całkowicie, obsesja brania i natręctwa myślowe utrzymujące się i nawracające nawet po wieloletniej abstynencji,
- zespół abstynencyjny, po odstawieniu substancji, lub zaprzestaniu kontaktu z daną sytuacją,
- samooszukiwanie się usprawiedliwiające wykonywanie danej czynności (związane z psychologicznymi mechanizmami obronnymi),
- fizyczne wyniszczenie, brak zainteresowania otoczeniem niezwiązanym ze środkiem i jego zdobywaniem.

Używanie poszczególnych substancji daje konkretne efekty w postaci charakterystycznych objawów, które zostaną scharakteryzowane poniżej (Jędrzejko, 2009; www.kbpn.gov.pl):

1. Wygląd i ogólny stan zdrowia
   a. zmiana wyglądu (zaniedbanie w wyglądzie, higienie osobistej, sposobie poruszania się, mówienia itp.),
   b. charakterystyczny zapach wydychanego powietrza, włosów, ubrania
   c. wahania dobowe nastroju (od radości do przygnębienia),
   d. zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność),
   e. wychudzenie,
   f. męczliwość,
   g. drżenie rąk,
   h. częste przeziębienia, przewlekły kaszel,
   i. bóle żołądka,
   j. bóle głowy,
   k. bóle w klatce piersiowej,
   l. częste urazy, ślady po pobiciach,
   m. napady drgawkowe.
2. Rozwój fizyczny
   a. zahamowanie wzrostu,
   b. widoczny spadek energii,
   c. osłabienie popędu seksualnego,

   d. zaburzenia w odżywianiu się.
3. Stan psychiczny
   a. utrata zainteresowań,
   b. gorsze zapamiętywanie,
   c. trudności w koncentracji,
   d. okresy niepamięci,
   e. przyśpieszony tok myślenia, gonitwa myśli,
   f. mowa bełkotliwa, nie wyraźna,
   g. napady śmiechu,
   h. przygnębienie lub podwyższenie nastroju,
   i. drażliwość, agresywne wypowiedzi,
   j. nastawienia ksobne,
   k. urojenia prześladowcze,
   l. iluzje, omamy,
   m. mówienie do siebie,
   n. napady lęku,
   o. dziwaczne, nie zrozumiałe dla innych zachowania.
4. Oczy
   a. przekrwienie spojówek,
   b. obrzęk powiek,
   c. podwójne widzenie,
   d. rozszerzone źrenice wolno reagujące na światło,
   e. zwężone źrenice nie reagujące na światło,
   f. brak kontroli nad ruchami gałek ocznych,
   g. przemijający wytrzeszcz gałek ocznych.
5. Nos, jama ustna
   a. katar, kichanie,
   b. zapalenie skóry pod nosem,
   c. owrzodzenia lub perforacja przegrody nosa,
   d. obrzęk śluzówki nosa,
   e. krwawienie z nosa,
   f. nie połykanie śliny,
   g. uczucie suchości w ustach,
   h. słodki zapach z ust,
   i. próchnica.
6. Skóra
   a. ślady po wkłuciach dożylnych, domięśniowych, wybroczyny, zasinienia,

   b. ropnie,
   c. ślady po wyciskaniu,
   d. obrzęk dłoni, podudzi,
   e. podrapania „przeczosy",
   f. poparzenia palców, ciała np. ślady po oparzeniach papierosami,
   g. przebarwienia (brązowe plamy na palcach),
   h. wzmożona potliwość,
   i. świąd i pieczenie skóry.
7. Czynności ruchowe
   a. powolny chód,
   b. zastyganie w niekonwencjnalnych pozycjach,
   c. zaburzenia równowagi,
   d. pobudzenie ruchowe,
   e. niezborność ruchowa.

Na jakie aspekty w otoczeniu osoby należy zwrócić uwagę:

- zapach palonych liści
- brązowo-szare nasionka w kieszeniach lub w podszewce
- bibuła papierosowa
- zielony tytoń
- blade palce
- małe opakowania plastikowe zawierające biały proszek lub kryształy, torebki z brunatnym proszkiem
- igły, strzykawki
- rurki do wdychania oparów
- bibułki nasączone roztworem, brązowe watki, kapsle, nakrętki, łyżki
- cukier w kostkach, opłatki
- małe tubki z płynem
- silny zapach potu
- susz grzybów
- naczynia pokryte brudnym nalotem
- osmalone sreberka
- słoma makowa
- tabletki, drażetki różnych kolorów, opakowania po nich
- tuby kleju, smary, torebki plastikowe z klejem
- pojemniki, chusteczki.

2.3. METODY DIAGNOZY UZALEŻNIENIA

W niniejszym podrozdziale zaprezentowane zostaną metody wykorzystywane do diagnozy osób uzależnionych. Metody te są stosowane zarówno przesiewowo, jak również jako podstawa do pogłębionego wywiadu.

The Maudsley Addiction Profile – MAP

The Maudsley Addiction Profile (MAP) jest skróconym, ustrukturyzowanym wywiadem służącym do rejestracji efektów postępowania z pacjentem. Pozwala na zarejestrowanie problemów pojawiających się w czterech obszarach: rodzaju używanych substancji, zachowań zagrażających zdrowiu, zdrowia fizycznego oraz psychicznego, a także funkcjonowania społecznego (Niewiadomska i in., 2010).

Polska adaptacja MAP została przeprowadzona w latach 2004/2005. Prace nad przystosowaniem kwestionariusza MAP do warunków polskich rozpoczęły się od przetłumaczenia kwestionariusza oryginalnego. Następnie, każdy z członków zespołu przeprowadził wstępne badania (5 wywiadów), po to aby określić zgodność kulturową i dostosowanie do polskich uwarunkowań problemu. Osoby biorące udział w badaniach pilotażowych, zwróciły przede wszystkim uwagę na to, że oryginalny kwestionariusz nie zawiera informacji dotyczących powtarzalności zachowań – istotnych z punktu widzenia terapii (Hornowska, 2005).

W efekcie badań pilotażowych wprowadzono niezbędne zmiany zwiększające przydatność kwestionariusza w warunkach polskich. Przeprowadzono także badania dotyczące rzetelności i trafności MAP. Otrzymane dane pozwalają uznać kwestionariusz MAP za dobre – pod względem psychometrycznym – narzędzie standaryzujące wywiad (Hornowska, 2005).

Obok zaprezentowany został arkusz kwestionariusza MAP.

J. Marsden, G. Gossop, D. Steward D., D. Best

MAUDSLEY ADDICTION PROFILE

Kwestionariusz MAP

(polska adaptacja: Alicja Bukowska, Anna Ciupa, Elżbieta Hornowska, Barbara Kęszycka, Jolanta Koczurowska, Janusz Koczberski, Mirosława Olszewska, Andrzej Pierzchała)

Pseudonim..... Data badania .....

Zakreśl kółkiem cyfry od 1 do 5 przy każdym stwierdzeniu. Określ w ten sposób, jak często używasz poniżej wymienionych substancji psychoaktywnych:

Nigdy – 1 Rzadko – 2 Czasem – 3 Często – 4 Bardzo często- 5

Częstotliwość używania substancji psychoaktywnych	
Alkohol	1 2 3 4 5
Heroina	1 2 3 4 5
Metadon	1 2 3 4 5
Kokaina (Crack)	1 2 3 4 5
Amfetamina	1 2 3 4 5
Ekstazy	1 2 3 4 5
Konopie	1 2 3 4 5
Leki uspakajające/nasenne	1 2 3 4 5
Halucynogeny	1 2 3 4 5
Inne substancje (jakie?.....)	1 2 3 4 5

Zakreśl kółkiem cyfry od 1 do 5 przy każdym stwierdzeniu. Określ w ten sposób, jak często odczuwasz następujące objawy fizyczne, emocjonalne lub psychologiczne:

Nigdy – 1 Rzadko – 2 Czasem – 3 Często – 4 Bardzo często- 5

1. Słaby apetyt	1 2 3 4 5	18. Uczucie braku nadziei co do przyszłości	1 2 3 4 5
2. Zmęczenie	1 2 3 4 5	19. Poczucie braku własnej wartości	1 2 3 4 5
3. Zaburzenia snu	1 2 3 4 5	20. Poczucie braku zainteresowania czymkolwiek	1 2 3 4 5
4. Mdłości	1 2 3 4 5	21. Uczucie samotności	1 2 3 4 5
5. Bóle brzucha	1 2 3 4 5	22. Trudności w koncentracji uwagi	1 2 3 4 5
6. Trudności w oddychaniu	1 2 3 4 5	23. Niechęć do jakiejkolwiek aktywności	1 2 3 4 5

7. Bóle klatki piersiowej	1	2	3	4	5	**24. Odczuwanie uporczywego smutku**	1	2	3	4	5
8. Bóle stawów/kości	1	2	3	4	5	**25. Płaczliwość**	1	2	3	4	5
9. Bole mięśni	1	2	3	4	5	**26. Poczucie bycia obserwowanym**	1	2	3	4	5
10. Drętwienie/mrowienie	1	2	3	4	5	**27. Przekonanie, że ludzie o mnie mówią**	1	2	3	4	5
11. Dreszcze/napady zimna, gorąca	1	2	3	4	5	**28. Poczucie bycia śledzonym**	1	2	3	4	5
12. Drgawki/utrata przytomności	1	2	3	4	5	**29. Słyszenie dziwnych dźwięków**	1	2	3	4	5
13. Uczucie napięcia	1	2	3	4	5	**30. Dziwne wizje, złudzenia**	1	2	3	4	5
14. Nagły lęk bez przyczyny	1	2	3	4	5	**31. Samouszkodzenia**	1	2	3	4	5
15. uczucie przerażenia	1	2	3	4	5	**32. Myśli samobójcze**	1	2	3	4	5
16. Nerwowość/rozedrganie	1	2	3	4	5	**33. Próby samobójcze**	1	2	3	4	5
17. Okresy panicznego strachu	1	2	3	4	5						

Analizując obszary problemowe ważne dla diagnozy osób uzależnionych, można zastosować także następujące metody, które stanowić mogą uzupełnienie w zakresie wiedzy o mechanizmach funkcjonowania osób uzależnionych, jednak nie diagnozują one uzależnień wprost:

- TCI – Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera
- CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych
- Metoda Badania Struktury Rodziny Pochodzenia wg systemu D. Fielda
- Metoda Konfrontacji Z Sobą H. Hermansa

Poniżej przedstawiony zostanie krótki opis poszczególnych metod.

Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera – TCI

Jest to szeroko stosowana metoda zarówno w przypadku osób zdrowych jak i pacjentów psychiatrycznych. Wyniki badań z wykorzystaniem TCI potwierdzają jego predykcyjne możliwości w takich obszarach jak uzależnienia, zaburzenia afektywne, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia lękowe (Hornowska, 2005).

TCI mierzy następujące cztery podstawowe wymiary temperamentu:

a. poszukiwanie nowości (ang. *novelty seeking*) – tendencję do aktywnego reagowania na nowe bodźce,
b. unikanie szkody (ang. *harm avoidance*) – tendencję do hamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne,
c. uzależnienie od nagrody (ang. *reward dependence*) – skłonność do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia,
d. wytrwałość (ang. *persistence*) – zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności, a także trzy następujące wymiary charakteru, służące do pomiaru cech osobowości nabywanych w trakcie rozwoju osobniczego:
e. samokierowanie (ang. *self-directedness*) – zdolność człowieka do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania w celu adaptacji do sytuacji,
f. skłonność do współpracy (ang. *cooperativeness*) – zdolność człowieka do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób,
g. auto-transcendencja (zdolność do oderwania się od własnej osoby) (ang. *self-transcedence*) – poczucie danej osoby, że jest ona częścią wszechświata (wymiar ten związany jest z duchowością).

Tabela 2. Czynniki temperamentu i charakteru według R. C. Cloningera (na podstawie: Cloninger i in. 1994)

Wymiar	Osoby o wysokich wynikach	Osoby o niskich wynikach
TEMPERAMENT		
PN – Poszukiwanie nowości *neuroprzekaźnik dopaminy*		
PN1 Ciekawość poznawcza	ciekawe, szukające wrażeń, ekscytujące się nowością, entuzjastyczne, o małej tolerancji na monotonię, nowatorskie, niekonwencjonalne	preferujące to, co znane, skłonne do rutyny, o dużej tolerancji na nudę, sztywne, konwencjonalne
PN2 Impulsywność	pobudliwe, spontaniczne, działające pod wpływem impulsu, emocjonalne, szybko podejmujące decyzje, rozkojarzone, nie skoncentrowane	refleksyjne, działające po namyśle, racjonalne, kontrolujące się, trzymające się zasad, skoncentrowane, skupione
PN3 Ekstrawagancja	rozrzutne, szarmanckie, barwne, nieokiełznane, nieoszczędne, ryzykujące	powściągliwe, opanowane, oszczędne, skąpe
PN4 Nieuporządkowanie	porywcze, nieporządne, wybuchowe, podatne na frustracje, niezorganizowane	zorganizowane, zdyscyplinowane, (systematyczne, opanowane, odporne na frustracje)
US – Unikanie szkody *neuroprzekaźnik serotoniny*		

Wymiar	Osoby o wysokich wynikach	Osoby o niskich wynikach
US1 Pesymizm	pesymistyczne, zamartwiające się, długo powracające do równowagi po sytuacjach trudnych, rozpamiętujące przykrości	optymistyczne, zrelaksowane, niepohamowane, beztroskie, nonszalanckie, po stresie szybko powracające do równowagi
US2 Lęk przed niepewnością	niepewne, lękliwe, ostrożne, mało aktywne, spokojne	pewne siebie, odważne, aktywne, lubiące ryzyko, łatwo adaptujące się do zmian
US3 Lęk społeczny	skromne, nieśmiałe, wstydliwe, zamknięte, zahamowane	otwarte, zaangażowane, aktywne, odważne, rezolutne
US4 Męczliwość i astenia	asteniczne, męczliwe, nieodporne	energiczne, dynamiczne, odporne
ZN – Zależność od nagrody *neuroprzekaźnik noradrenaliny*		
ZN1 Sentymentalność	wrażliwe, sentymentalne, empatyczne, wyrozumiałe, skore do wzruszeń, okazujące uczucia, ciepłe	praktyczne, niewrażliwe, zdystansowane, chłodne, wycofujące się
ZN3 Przywiązanie	przywiązujące się, dzielące się doświadczeniami, wrażliwe na lekceważenie i odrzucenie	nie przywiązujące się, wyobcowane, niedostępne, obojętne na brak akceptacji
ZN4 Zależność	zależne, lgnące, poszukujące wsparcia, niesamodzielne, wrażliwe na krytykę, uległe	niezależne, samodzielne, samowystarczalne
W – Wytrwałość		
	pilne, ciężko pracujące, wytrwale i stanowczo dążące do celu, perfekcyjne, ambitne, niezważające na przeszkody, osiągające sukcesy powyżej możliwości	leniwe, niesolidne, niestałe, wrażliwe na przeszkody, nieambitne, pragmatyczne, osiągające sukcesy poniżej możliwości
CHARAKTER		
S – Samokierowanie		
S1 Odpowiedzialność	odpowiedzialne, wiarygodne, budzące zaufanie, rzetelne, wewnątrzsterowne	nieodpowiedzialne, nie budzące zaufania, zewnątrzsterowne
S2 Celowość postępowania	zdecydowane, zdolne do określania celów, mające długoterminowe plany, zdolne do odraczania gratyfikacji	poszukujące, niepewne, niezdecydowane, niezdolne do odraczania gratyfikacji
S3 Zaradność	zaradne, efektywne, skuteczne, produktywne, aktywne, kompetentne, pomysłowe, pełne inicjatywy	bezradne, nieefektywne, pasywne, niekompetentne, bez inicjatywy
S4 Samoakceptacja	pewne siebie, samoświadome, naturalne, akceptujące siebie	Nie akceptujące siebie, nienaturalne, niewierzące w swoje możliwości, walczące ze sobą
S5 Dobre nawyki	zdyscyplinowane, spójne wewnętrznie, niełatwo ulegające pokusom, o silnej woli	mają nawyki niespójne z celami, o słabej woli, ulegające perswazji i pokusom
SW – Skłonność do współpracy		
SW1 Tolerancja	tolerancyjne, przyjazne, zdolne do decentracji	nietolerancyjne, nieprzyjazne, krytyczne wobec odmienności, egocentryczne

Wymiar	Osoby o wysokich wynikach	Osoby o niskich wynikach
SW2 Empatia	empatyczne, współczujące, wrażliwe na potrzeby innych, szanujące innych, rozumiejące	niewrażliwe na uczucia innych, nieempatyczne
SW3 Gotowość do niesienia pomocy	pomagające, wspierające, opiekuńcze, dzielące się, chętnie współpracujące	egocentryczne, samolubne, niechętnie współpracujące
SW4 Wyrozumiałość	współczujące, wyrozumiałe, życzliwe, wybaczające, nie chowające urazy	mściwe, agresywne, chowające urazy, nieskore do przebaczenia
SW5 Zintegrowane sumienie	etyczne, sprawiedliwe, szczere, uczciwe, zasadnicze	niemoralne, manipulujące, interesowne, niesprawiedliwe, stronnicze, oportunistyczne
AT – Auto-transcendencja		
AT1 Kreatywne przekraczanie Ja	kreatywne, oryginalne, tracące poczucie czasu i miejsca	konwencjonalne, prozaiczne, bez wyobraźni, świadome Ja
AT2 Transpersonalna identyfikacja	identyfikujące się ze światem jako całością, odczuwające jedność z nim, idealiści	skoncentrowane na praktycznych celach, własnych celach, racjonalne
AT3 Akceptacja duchowości	mądre, uduchowione, pogodzone ze śmiercią i cierpieniem, wierzące w zjawiska pozazmysłowe	o racjonalnym, naukowym spojrzeniu na świat, nie uznające zjawisk nieracjonalnych

Źródło: www.kbpn.gov.pl

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS

Kwestionariusz CISS, to metoda badająca style radzenia sobie ze stresem. W odniesieniu do osób uzależnionych dostarcza wiedzy o pewnych mechanizmach funkcjonowania, związanych z tendencją do unikania problemów i koncentracją na emocjach, które dominując u osób uzależnionych, stanowią ich styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W swoich założeniach metoda pozwala na określenie następujących stylów radzenia sobie ze stresem (Hornowska, 2005):

a. Skala Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencje- do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
b. Skala Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencje do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają także tendencje do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego

związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie.

c. Skala Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencje do wystrzegania się myślenia/ przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy; angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen, albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Metoda Konfrontacji z Sobą H. Hermansa

Pierwszą częścią tej metody jest wywiad, który obejmuje 14 sfer tematycznych, dotyczących różnych, potencjalnie ważnych spraw w życiu każdego człowieka. Wywiad obejmuje: analizę doświadczenia w perspektywie czasu – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość; główne formy aktywności zewnętrznej (działalność zawodowa i pozazawodowa) oraz aktywności wewnętrznej (myślenie); główne źródła radości w życiu; stosunek do innych ludzi – określenie osób i grup, z którymi badany identyfikuje się oraz tych, które uważa za antagonistyczne. Do każdej sfery zostały ułożone dwa (lub trzy) pytania. Badany otrzymuje pytania dotyczące poszczególnych sfer wydrukowane na oddzielnych kartach. W odniesieniu do każdej ze sfer badany może sformułować jedno lub więcej wartościowań (na ile ważna jest dla niego dana sprawa), albo nie sformułować żadnego, uznając, że dana sfera ma małe znaczenie w jego życiu (Oleś, 1992).

Druga część metody składa się z matrycy zawierającej listę 24 uczuć oraz z instrukcji informującej w jaki sposób należy określić swój stosunek emocjonalny do każdego z dokonanych wcześniej wartościowań, posługując się szacunkową skalą numeryczną. Lista uczuć zawiera 12 uczuć pozytywnych i 12 negatywnych. Lista uczuć wykorzystywana jest również przy ocenie aktualnego samopoczucia osoby – ogólne doświadczenie i oczekiwanego samopoczucia – idealne doświadczenie (Oleś, 1992).

Trzecia część metody, traktowana jako dodatkowa, zawiera tzw. ocenę wpływów. Chodzi tu o ocenę, w jakim stopniu każde z wartościowań wpływa na inne, a w jakim samo podlega wpływom. Badany otrzymuje arkusz odpowiedzi (matrycę) oraz instrukcję i dokonuje oceny wpływów, posługując się podobną skalą szacunkową jak przy ocenie uczuć. W efekcie, uzyskuje się informację, które z obszarów wpływają na pozostałe, a które doświadczane są jako skutki oddziaływań innych obszarów (Oleś, 1992).

Ważnym i prawie zawsze stosowanym elementem badania jest omówienie wyników z osobą badaną. Dyskusja taka służy pogłębieniu uczuć i wglądu u klienta, skłania go także do dalszej autorefleksji.

Jak stworzyć własny kwestionariusz wywiadu?

Każda z metod zaprezentowanych powyżej, może służyć jako baza do stworzenia autorskiego wywiadu pogłębionego, który będzie badał sfery funkcjonowania osoby, włączając w to obszar używania substancji psychoaktywnych (pytania oparte na kryteriach uzależnienia).

Kwestionariusz jest to spis pytań, opracowanych i ułożonych celowo. Wywiad przeprowadzony według ustalonego planu pytań, zapewnia powtarzalność wyników. Wartość kwestionariusza jako narzędzia pomiaru wyrażona jest zazwyczaj jako trafność i rzetelność poszczególnych pytań lub zespołów pytań (Gruszczyński, 1999; Łobocki, 2000). Trafność oznacza jego zdolność do mierzenia danej cechy w taki sposób, aby wartość uzyskana za pomocą pomiaru była zgodna z wartością prawdziwą. Rzetelność pomiaru oznacza dokładność i stałość (powtarzalność).

Prawidłowo przygotowany kwestionariusz powinien zawierać wyselekcjonowane pytania. Liczba pytań nie może być zbyt duża, gdyż powoduje zmęczenie respondenta. Opracowanie kwestionariusza złożonego ze zbyt małej liczby pytań też nie jest wskazana. Liczba pytań powinna wyczerpywać zakres informacji niezbędnych do zrealizowania celu badania. Podstawą do określenia treści pytań jest ściśle zdefiniowanie celów szczegółowych (Gruszczyński, 1999; Łobocki, 2000).

Ogólne zasady formułowania pytań w kwestionariuszu (Konarzewski, 2000):

1. **Treść pytań. Pytania zawarte w kwestionariuszu powinny być:**
   - trafne, tzw. powinien mierzyć te zmienne, które organizator badania zamierza uwzględnić w badaniu;
   - dostosowane do poziomu wiedzy respondenta;
   - pytania nie powinny dotyczyć zdarzeń zbyt odległych w czasie;
   - treść pytań nie powinna sugerować tendencyjnych odpowiedzi.
2. **Formy pytań**

   Słownictwo oraz stosowane w kwestionariuszu zwroty powinny zapewnić dokładne porozumiewanie osoby prowadzącej wywiad (ankietera) z badanym (respondentem). Aby osiągnąć zamierzony cel, czyli możliwość porozumienia i zebrania wiarygodnych danych, język kwestionariusza musi być zbliżony

do języka osób badanych. Pytania kwestionariusza powinny być jasno i niedwuznacznie. Błędem jest zadawanie pytań sugerujących odpowiedź respondenta, np. „Pani jest z pewnością chora?" lub „Prawda, że jest Pan zadowolony z badań profilaktycznych?"

3. **Kolejność i liczba pytań**
   Pytania należy tak uporządkować, aby stanowiły dla badanego stosowną całość. Każde pytanie powinno dotyczyć jednego zagadnienia. Błędem jest równoczesne, w jednym pytaniu, poruszanie kilku problemów, np. „Czy często boli Pana głowa lub serce?"

   Zasadą jest stopniowe przechodzenie od pytań ogólnych do pytań szczegółowych, tzn. coraz bardziej zawężających zakres problemu. Jest to tzw. „technika lejka". Niekiedy stosuje się odwrotnie ułożoną kolejność pytań, czyli technikę „lejka odwróconego". W takim przypadku kolejność pytań – od szczególnych do ogólnych – też przynosi dobre efekty, gdyż powoduje zainteresowanie badanego (respondenta) konkretnym problemem. Pytania wstępne powinny być łatwe. Tak zwane pytania kłopotliwe, jeżeli są konieczne, lepiej jest umieścić na końcu kwestionariusza, aby uniknąć rozdrażnienia i zniechęcenia respondenta.

Struktura kwestionariusza wywiadu standaryzowanego (Babbie, 2007)

W każdym kwestionariuszu wywiadu wyróżnić można dwie części:
1. Część zawierającą tzw. pytania metryczkowe, tzn. pytania o cechy demograficzno-społeczne respondenta.
2. Część zawierającą pytania dotyczące zasadniczego problemu badań.

Rodzaje pytań w kwestionariuszu

Podział ogólny:
1. Pytania o opinie respondenta.
2. Pytania o fakty dotyczące badanych problemów.

Podział ze względu na budowę pytań:
1. Pytania otwarte – pozostawiają respondentowi całkowitą swobodę wypowiedzi na poruszany temat.

2. Pytania zamknięte – zaopatrzone są w przewidywane z góry warianty odpowiedzi. Są to pytania dwuczłonowe (np. odpowiedź „tak", „nie"), wielorakiego wyboru, pytania z uszeregowaniem wariantów odpowiedzi, pytania ze skalą odpowiedzi.

Przedstawione powyżej informacje stanowią jedynie niezbędny wstęp do samodzielnego opracowywania wywiadu standaryzowanego. Jest to procedura trudna i wymaga wielu szczegółowych przygotowań. Na potrzeby diagnozy osoby zgłaszającej się do pracownika socjalnego, można skorzystać z przedstawionych metod, w celu przygotowania dodatkowych pytań do wywiadu pogłębionego.

2.4. DOBRA PRAKTYKA W ZAKRESIE PROWADZENIA BADAŃ WŚRÓD OSÓB UZALEŻNONYCH

Pierwszym ogólnopolskim badaniem podjętym z intencją śledzenia trendu w zakresie używania substancji psychoaktywnych, jest cykl badań ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs). Konkretne działania profilaktyczne podejmowane w skali kraju oraz na poziomie regionalnym i lokalnym, wymagają wiedzy o rozmiarach i trendach w rozwoju zjawiska, stąd pojawia się też potrzeba podejmowania badań w skali lokalnej i regionalnej. Badanie takie ma szczególne znaczenie dla planowania działań o charakterze profilaktycznym.

Ze względu na swoją uniwersalność, szeroki zakres wykorzystania, dobrze opracowaną metodologię, badania ESPAD zostaną przytoczone poniżej, jako przejaw dobrej praktyki w zakresie mierzenia zjawiska uzależnienia i zagrożenia uzależnieniem.

Idea ogólnoeuropejskiej współpracy w badaniach szkolnych na temat używania substancji psychoaktywnych powstała wśród badaczy tej problematyki skupionych wokół Rady Europy (Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs – Pompidou Group). Sprowadza się ona do uzgodnienia i na ile to możliwe wystandaryzowania metodologicznych warunków badań w różnych krajach, tak aby ich wyniki uczynić maksymalnie porównywalnymi. Badania zainicjowane przez tę grupę przyjęły formę wieloletniego programu badawczego zatytułowanego: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs" (ESPAD) i prowadzone są co cztery lata według tych samych wystandaryzowanych technik, co umożliwia porównywalność nie tylko w przestrzeni ale i w czasie. Polska włączając się do tego

projektu uzyskała możliwość śledzenia zarówno rozmiarów zjawiska jak i jego trendów rozwojowych na szerokim tle sytuacji w Europie i w poszczególnych jej krajach.

Badanie ESPAD zrealizowano w Polsce już pięciokrotnie: w 1995 r. w 1999 r., 2003 r., 2007 r. oraz 2011 r., na próbach losowych uczniów klas I i III szkół ponadpodstawowych (wg starego sytemu edukacji) oraz klas III gimnazjów i klas II szkół ponadgimnazjalnych (wg nowego sytemu edukacji). W 1995 r. badanie objęło 26 krajów europejskich, w tym Polskę, w 2011 r. w badaniu uczestniczyło już 39 kraje naszego kontynentu. Badanie ESPAD wspierane jest przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA), bowiem dostarcza danych w zakresie jednego z pięciu kluczowych wskaźników, tj. używania narkotyków w populacji generalnej. Jak pokazały wyniki dotychczasowych badań ogólnopolskich, picie alkoholu przez młodzież stało się niemal statystyczną normą. Używanie substancji nielegalnych stawało się coraz bardziej widocznym problemem. Pod względem rozpowszechnienia używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza polskie piętnasto-szesnastolatki plasują się na pierwszym miejscu w Europie. Wszystkie te napawające niepokojem zjawiska podlegają dynamice, stąd potrzeba monitorowania. Istotną cechą problemu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież jest jego nierównomierna dystrybucji na terenie kraju. Generalnie problem ten bardziej rozpowszechniony jest w wielkich miastach. Na zróżnicowania związane ze stopniem urbanizacji nakładają się zróżnicowania regionalne. Zarówno ogólna strategia zapobiegawcza, jak konkretne działanie profilaktyczne podejmowane zarówno w skali kraju, jak i na poziomie regionalnym i lokalnym wymagają wiedzy o rozmiarach i trendach w rozwoju zjawiska, stąd potrzeba podejmowania także badań w skali lokalnej i regionalnej. Wyniki badań ogólnopolskich mogą okazać się niewystarczającym przybliżeniem lokalnego obrazu zjawiska[8].

CEL BADANIA

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowymi pytaniami badawczymi były zatem pytania o liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz o stopień nasilenia tych doświadczeń. Celem badania była również próba identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. W badaniu poruszono zatem takie kwestie,

[8] Szczegółowe raporty z poszczególnych badań ESPAD znajdują się na stronie internetowej http://www.espad.org

jak dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym jak psychologicznym, gotowość do podjęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem. Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla młodzieży całego kraju i porównania z wynikami badań ESPAD z 1995 r., 1999 r., 2003 r. i 2007 r.

POPULACJA I PRÓBA BADAWCZA

Założono objęcie badaniem dwóch kohort młodzieży – młodzież urodzoną w 1995 roku (wiek: 15–16 lat w momencie badania) i 1993 r. (wiek: 17–18 lat w momencie badania). Podejście kohortowe[9], przy zdefiniowaniu kohorty przez rok urodzenia, podyktowane było względami międzynarodowej porównywalności. Przy silnym zróżnicowaniu systemów szkolnych w Europie rok urodzenia jest jedynym wspólnym kryterium zapewniającym porównywalność badanych populacji. Założono, że 95% tej młodzieży uczęszcza do szkół, w zdecydowanej większości do trzecich klas gimnazjów i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (licea ogólnokształcące, licea profilowane, technika, zasadnicze szkoły zawodowe). W związku z tym próba badawcza została pobrana spośród młodzieży szkolnej z tych typów szkół i poziomów klas. Schemat losowania przewidywał równomierny rozkład próby w kraju przy maksymalnym jej rozproszeniu. Operatem losowania była lista szkół MEN zawierająca informacje o liczbie klas w każdej ze szkół. Jednostką losowania była klasa szkolna, próba miała, zatem charakter klastrowo–warstwowy[10]. Schemat doboru zakładał losowy dobór dwustopniowy. Najpierw losowano szkoły, a następnie klasy. Szkoły były losowane z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby klas, tak, aby wszystkie klasy miały jednakowe szanse znalezienia się w próbie, niezależnie od wielkości szkoły, z której pochodzą. Klasy dobierane były w losowaniu prostym, po jednej z każdej z wylosowanych szkół. W klasach badaniu poddawano wszystkich obecnych w tym czasie uczniów, niezależnie od roku urodzenia. Badaniami objęto próbę ogólnopolską, 3 próby wojewódzkie (Opolskie, Mazowieckie, Dolnośląskie,

[9] Kohorta to termin stosowany w statystyce i naukach stosujących ją (np. demografia, medycyna), oznaczający zbiór obiektów, najczęściej ludzi, wyodrębniony z populacji z uwagi na zachodzące jednocześnie dla całego zbioru wydarzenie lub proces w celu przeprowadzenia analizy. Kohorta powinna być wyodrębniona na podstawie istotnych statystycznie cech i jednorodna pod ich względem. Badania z użyciem kohorty zwane są badaniami kohortowymi. Najczęściej stosowaną kohortą jest kohorta demograficzna, grupująca np. osoby urodzone w danym roku, rozpoczynające w określonym roku edukację szkolną lub studia itp. Kohorty demograficzne często wykorzystywane są w badaniach porównawczych między przedstawicielami różnych pokoleń lub bada się też te same kohorty wiekowe po upływie określonego czasu (Podgórski, 2007).

[10] Jest metoda losowego doboru osób do próby badanej, w trakcie którego najpierw dzieli się badaną zbiorowość na homogeniczne grupy (wydzielone z uwagi na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie itp.), a następnie z każdej grupy losuje się określoną liczbę jednostek (Podgórski, 2007).

Zachodniopomorskie) oraz 1 próbę miejską (Wrocław). Wyniki dla poszczególnych miast i województw są przedmiotem odrębnych raportów.

Badania zrealizowano w 333 klasach gimnazjalnych oraz w 342 klasach szkół ponadgimnazjalnych. Ważona próba ogólnopolska liczyła 2623 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 2693 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wśród gimnazjalistów 51,0% stanowiły dziewczęta, zaś 49,0% – chłopcy. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych było 51,7% chłopców oraz 48,3 dziewcząt. Zastosowana w badaniu wielkość próby przy opisanej wyżej metodzie jej losowania pozwala na uzyskanie reprezentatywności statystycznej nie tylko na poziomie badanych kohort, ale także osobno dla dziewcząt i chłopców w ramach każdej kohorty.

Wyniki prezentowane w raporcie obejmują nie tylko młodzież urodzoną w 1995 r. oraz w 1993 r., ale wszystkich uczniów trzecich klas gimnazjów i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Na potrzeby porównań międzynarodowych eliminowani z próby są uczniowie drugoroczni oraz ci, którzy wcześniej rozpoczęli karierę szkolną. Stąd wyniki prezentowane w raportach krajowych zwykle nieznacznie odbiegają od wyników publikowanych w raportach europejskich. Na potrzeby śledzenia trendów na poziomie kraju badane populacje definiowane są poprzez uczęszczanie do trzecich klas gimnazjów bądź drugich klas szkół ponadgimnazjalnych.

PROCEDURA BADAWCZA

Badanie zostało realizowane metodą ankiety audytoryjnej[11] przez zespół ankieterów rekrutujący się spoza systemu oświaty i wychowania. Jako ankieterzy byli zatrudniani przede wszystkim ludzie młodzi, głównie studenci, celem ułatwienia kontaktu z młodzieżą szkolną. Ankieterzy zostali przeszkoleni oraz wyposażeni w szczegółową pisemną instrukcję. Do ich zadań, poza przeprowadzeniem badania w klasie, należało przygotowanie raportu zawierającego, obok opisu realizacji badania, informacje o klasie oraz o uczniach nieobecnych w trakcie badania. Praca ankieterów była wyrywkowo kontrolowana przez koordynatorów.

Nawiązanie kontaktu z wylosowanymi szkołami należało do obowiązków ankietera. Udział szkoły w badaniu negocjowany był także bezpośrednio przez ankietera.

[11] Jest to ankieta wręczana do samodzielnego wypełnienia grupie osób zgromadzonych w jednym miejscu: w sali szkolnej, auli wykładowej, pomieszczeniu firmowym itp. Ankiety po wypełnieniu są zbierane przez upoważnioną osobę, która wcześniej, w trakcie trwania badania, może również udzielać jego uczestnikom dodatkowych wyjaśnień związanych z prawidłowym sposobem wypełnienia ankiety (Podgórski, 2007).

Badanie uzyskało wsparcie Ministra Edukacji Narodowej, którego pismo w tej sprawie zostało przekazane za pośrednictwem kuratoriów do wylosowanych szkół. W procedurze badania położono bardzo duży nacisk na zapewnienie respondentom maksimum poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej anonimowości. Służyły temu:

- wymóg nieobecności nauczyciela w klasie w trakcie badania,
- reguły postępowania ankietera (np. nie mógł on chodzić po klasie i zaglądać uczniom w kwestionariusze),
- specjalna procedura zwrotu wypełnionego kwestionariusza polegająca na umieszczeniu go przez ucznia w kopercie, a następnie zaklejeniu jej.

Uczniowie w instrukcji otrzymali zapewnienie o pełnej anonimowości badań, zarówno na poziomie pojedynczych uczniów, jak również całej szkoły. Oznacza to, że tajemnicą objęte są również wyniki na poziomie szkół. Ankieterzy po sprawdzeniu kompletności materiałów przekazywali je do Instytutu za pośrednictwem instruktorów lokalnych. Ankiety po zarejestrowaniu zostały poddane procedurze sprawdzenia. W jej efekcie wyeliminowano 139

kwestionariuszy, co do których była pewność, że respondenci nie potraktowali badania poważnie. Następnie założono i zweryfikowano zbiór danych. Obliczenia wyników badania zostały wykonane za pomocą pakietu statystycznego SPSS for Windows ver. 18. Zastosowano procedurę ważenia wyników, aby zrównoważyć efekt włączenia do zbioru danych ogólnopolskich danych z prób wojewódzkich.

WNIOSKI Z PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

Trend w zakresie picia napojów alkoholowych w Polsce przypomina trend europejski, chociaż zauważyć trzeba też pewne różnice. W Polsce podobnie jak średnio w Europie w latach 1995–2003 notowano trend wzrostowy, chociaż o nieco większym nasileniu. W 2007 r. w Polsce nastąpił silny spadek, a następnie w 2011 r. stabilizacja. Na poziomie Europy notujemy w tym okresie stopniowy spadek. W efekcie w 2011 r. wyniki dla naszego kraju niemal nie różnią się od średniej europejskiej. Trzeba dodać, że picie alkoholu przez młodzież szkolną na naszym kontynencie jest bardzo silnie zróżnicowane. Wystarczy wspomnieć, że w 2012 r. w Czechach odsetek badanych, którzy pili w czasie ostatnich 30 dni wynosił 79% (najwyższe rozpowszechnienie), zaś w Islandii 17% (najniższe rozpowszechnienie). Analiza powyższych danych skłania do sformułowania wstępnej hipotezy, że o dynamice zjawiska względnie częstego picia przez

młodzież decydują podobne czynniki jak w innych krajach. Być może tempo i kierunek zmian wyznaczają czynniki związane z procesem globalizacji. Weryfikacja tej hipotezy wymaga dalszych analiz polegających na porównaniach trendów na poziomie krajów, a także sięgnięcia po inne wskaźniki picia alkoholu. Porównanie trendu rozpowszechnienia używania przetworów konopi kiedykolwiek w życiu w Polsce z trendem średniej europejskiej ujawnia podobne tendencje w latach 1995–2007. Zarówno w Polsce, jak średnio w Europie, obserwujemy wzrost w latach 1995–2003 i spadek w 2007 r. W 1995 r. w Polsce odsetek uczniów sięgających po przetwory konopi (8%) był nieco mniejszy od średniej europejskiej (11%). Odsetek eksperymentujących w naszym kraju rósł trochę szybciej niż średnio w Europie w efekcie czego w 2003 r. prawie osiągnęliśmy średnią europejską. Zasadnicza zmiana dokonała się w 2011 r. W Polsce odsetek silnie wzrósł przekraczając wartość z 2003 r., oraz o 6 punktów procentowych wartość wskaźnika europejskiego, który pozostał na tym samym poziomie, co w 2007 r. Wydaje się zatem, że zadziałał tu jakiś czynnik, specyficzny dla naszego kraju. W tym przypadku także konieczne są kolejne pogłębione analizy. Punktem wyjścia takich analiz mogłoby być sprawdzenie hipotezy o wpływie rozbudzonego, a następnie gwałtownie zahamowanego popytu na „dopalacze".

Zaprezentowane w paragrafie treści mają posłużyć jako przykład dobrej praktyki prowadzenia badań epidemiologicznych w populacji osób uzależnionych, zwłaszcza grup młodzieżowych. Procedura stosowana w prezentowanym badaniu, stanowi solidną podstawę do zaprojektowania własnych badań, na potrzeby społeczności lokalnej lub szerzej – wojewódzkich czy ogólnopolskich.

BIBLIOGRAFIA:

- *Babbie E. (2007). Badania społeczne w praktyce. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN*
- *Chmielnicka-Kuter E., Oleś P. K., Puchalska-Wasyl M. (2000). Aneks do podręcznika (Metoda Konfrontacji z Sobą – 2000). Warszawa: PTP*
- *Gruszczyński L. A. (1999). Kwestionariusze w socjologii: budowa narzędzi do badań surveyowych. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego*
- *Hornowska E. (2005). Raport z III etapu prac dotyczących opracowania oraz zarekomendowania testów, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy w obszarze uzależnienia od narkotyków. Poznań/Warszawa: PTP*
- *Konarzewski K. (2000). Jak uprawiać badania oświatowe: metodologia praktyczna. Warszawa: WSiP*
- Łobocki M. (2000). Metody i techniki badań pedagogicznych. Kraków: IMPULS
- *Paluchowski W. (2007). Diagnoza psychologiczna. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne*
- *Podgórski R. (2007). Metodologia badań socjologicznych. Kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów. Olsztyn-Bydgoszcz: Wyd. Oficyna Wydawnicza „Branta"*
- *Sierosławski J. (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach espad. Warszawa: KBds.PN, PARPA*

PYTANIA

1. Jakie są kryteria diagnozy uzależnienia?
2. Jak można wykorzystać znane metody kwestionariuszowe badające różne aspekty funkcjonowania osoby?
3. Jak można zaprojektować badania w grupie osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych?

NOTATKI I WŁASNE REFLEKSJE

W diagnozie uzależnienia ważne jest zbadanie występowania konkretnych kryteriów podanych przez obowiązujące klasyfikacje

Pogłębiony wywiad należy oprzeć na badaniu każdej ze sfer funkcjonowania człowieka, z uwzględnieniem pytań dotyczących uzależnienia

3. SYSTEM POMOCY OSOBIE UZALEŻNIONEJ ORAZ JEJ RODZINIE

W celu opracowania skutecznego i efektywnego programu oddziaływań wobec osoby i jej rodziny, ważne jest poznanie zasobów instytucjonalnych oraz rozwiązań prawnych jakie służą wspieraniu pozytywnej readaptacji społecznej. Profesjonalne działania w ramach efektywnego, w tym skutecznego procesu pracy socjalnej, powinny opierać się na umocowaniach i regulacjach dedykowanych specjalnie dla osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych, ale także dla osób z kategorii zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Niniejszy rozdział ma za zadanie usystematyzować te rozwiązania prawne, które odnoszą się wprost do pracy z obszaru profilaktyki uzależnień i pracy wspierającej osoby doświadczające różnorodnych problemów wynikających z przyjmowania środków psychoaktywnych.

Zaprezentowane zostaną artykuły z poszczególnych ustaw, a także przedstawiony zostanie system lecznictwa odwykowego w Polsce.

3.1. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509, 1650, z 2014 r. poz. 567, 598, 1004, 1146, 1188)

Ustawa o pomocy społecznej jest regulacją dotyczącą środków pomocy stosowanych przez państwo, a które są skierowane do tych osób i grup społecznych, które znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej. Osoby zagrożone uzależnieniem

i uzależniona są w przeważającej części artykułów ujęte w kategorii osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, ale istnieją również uregulowania wprost odnoszące się do tej konkretnie grupy.

Pierwszym momentem pojawienia się wzmianki o pomocy społecznej wobec osób uzależnionych jest artykuł 7 Ustawy o pomocy społecznej.

Art. 7.
Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

1. *ubóstwa;*
2. *sieroctwa;*
3. *bezdomności;*
4. *bezrobocia;*
5. *niepełnosprawności;*
6. *długotrwałej lub ciężkiej choroby;*
7. *przemocy w rodzinie;*
   a. *potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;*
8. *potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;*
9. *bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;*
10. *(uchylony);*
11. *trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;*
12. *trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;*
13. ***alkoholizmu lub narkomanii****;*
14. *zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;*
15. *klęski żywiołowej lub ekologicznej.*

Jest to przykładowy katalog okoliczności, w których osobom przysługuje świadczenie pomocy, na co wskazuje użycie sformułowania „w szczególności" (Maciejko, Zaborniak, 2008). Ważne jest zatem, aby w sposób odpowiedni ustalić sytuację osoby, dzięki odpowiedniej diagnozie, która opisana została w rozdziale drugim.

Ustawa przewiduje również sytuacje, w których świadczenia pomocy społecznej mogą zostać wstrzymane. Poza ogólnymi aspektami, dotyczącymi wszystkich grup

objętymi świadczeniami, istnieje wzmianka dotycząca wprost osób przejawiających problemy w obszarze uzależnień. Traktuje o tym art. 11 (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593):

Art. 11.

1. ***W przypadku stwierdzenia przez pracownika socjalnego marnotrawienia przyznanych świadczeń, ich celowego niszczenia lub korzystania w sposób niezgodny z przeznaczeniem bądź marnotrawienia własnych zasobów finansowych może nastąpić ograniczenie*** świadczeń, odmowa ich przyznania albo przyznanie pomocy w formie świadczenia niepieniężnego.
2. ***Brak współdziałania osoby lub rodziny z pracownikiem socjalnym lub asystentem rodziny, o którym mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w rozwiązywaniu trudnej sytuacji życiowej, odmowa zawarcia kontraktu socjalnego, niedotrzymywanie jego postanowień***, *nieuzasadniona odmowa podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej przez osobę bezrobotną lub nieuzasadniona odmowa podjęcia lub przerwanie szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego w miejscu pracy, wykonywania prac interwencyjnych, robót publicznych, prac społecznie użytecznych, a także odmowa lub przerwanie udziału w działaniach w zakresie integracji społecznej realizowanych w ramach Programu Aktywizacja i Integracja, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* ***lub nieuzasadniona odmowa podjęcia leczenia odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego przez osobę uzależnioną mogą stanowić podstawę do odmowy przyznania świadczenia, uchylenia decyzji o przyznaniu świadczenia lub wstrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej***.
3. ***W przypadku odmowy przyznania albo ograniczenia wysokości lub rozmiaru świadczeń z pomocy społecznej należy uwzględnić sytuację osób będących na utrzymaniu osoby ubiegającej się o świadczenie lub korzystającej ze świadczeń***.

Pracownik socjalny jest zobowiązany do badania prawidłowego wykorzystywania przyznanych świadczeń finansowych przez klienta. Jeśli tak się nie dzieje, to świadczenia mogą zostać ograniczone lub zamienione na formę niepieniężną, a także całkowicie wstrzymane. Sytuacje, które dają podstawy do zmiany przyznanych świadczeń (Maciejko, Zaborniak, 2008):

- przyznane środki finansowe nie są wydatkowane w odpowiedni sposób – osoba nie osiąga określonego celu;

- przyznane środki są gromadzone bez ich wydatkowania, co nie przyczynia się do poprawy sytuacji życiowej;
- przyznane środki są niszczone – np. w przypadku osób chorych psychicznie;
- przyznane środki finansowe są wydatkowane na cele zbędne z punktu widzenia faktycznej poprawy sytuacji życiowej.

Wystarczające do wstrzymania lub ograniczenia świadczeń, jest jednorazowe stwierdzenie nieprawidłowości w tym zakresie.

Ustawa określa szczegółowe zadania poszczególnych struktur administracji samorządowej w obszarze zarówno świadczeń, jak i pracy socjalnej z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. Praktycznie w każdym artykule z tego zakresu pojawiają się odniesienia wprost do tematyki profilaktyki uzależnień i pracy z osobami doświadczającymi problemów wynikających z przyjmowania substancji.

Art. 17.

I. *Do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy:*
   1. *opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych* ***ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych****, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka;*
   2. *sporządzanie, zgodnie z art. 16a, oceny w zakresie pomocy społecznej;*
   3. *udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym;*
   4. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków okresowych;*
   5. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych;*
   6. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego;*
   7. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom niemającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;*
   8. *przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego;*
   9. *opłacanie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem;*
   10. ***praca socjalna****;*

11. *organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;*
12. *prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych;*
13. *(uchylony);*
14. *dożywianie dzieci;*
15. *sprawienie pogrzebu, w tym osobom bezdomnym;*
16. *kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w tym domu;*
    a. *pomoc osobom mającym trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;*
17. *sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w formie dokumentu elektronicznego, z zastosowaniem systemu teleinformatycznego;*
18. *utworzenie i utrzymywanie ośrodka pomocy społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników;*
19. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych;*
20. *opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

II. *Do zadań własnych gminy należy:*
1. *przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych;*
2. *przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze;*
3. *prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;*
4. *podejmowanie innych zadań z zakresu pomocy społecznej wynikających z rozeznanych potrzeb gminy, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych;*
5. *współpraca z powiatowym urzędem pracy w zakresie upowszechniania ofert pracy oraz informacji o wolnych miejscach pracy, upowszechniania informacji o usługach poradnictwa zawodowego i o szkoleniach oraz realizacji Programu Aktywizacja i Integracja, o którym mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.*

Art. 21.

Do zadań samorządu województwa należy:

1. *opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu,*

wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, ***pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych****, współpracy z organizacjami pozarządowymi – po konsultacji z powiatami;*

2. *organizowanie kształcenia, w tym prowadzenie publicznych szkół służb społecznych oraz szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej;*
3. *rozpoznawanie przyczyn ubóstwa oraz opracowywanie regionalnych programów pomocy społecznej wspierających samorządy lokalne w działaniach na rzecz ograniczania tego zjawiska;*
   a. *diagnozowanie i monitorowanie wybranych problemów społecznych w regionie;*
4. *inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej;*
   a. *koordynowanie działań na rzecz sektora ekonomii społecznej w regionie;*
5. *organizowanie i prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;*
6. *(uchylony);*
7. *sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, również w formie dokumentu elektronicznego, z zastosowaniem systemu teleinformatycznego;*
8. *sporządzanie oceny, o której mowa w art. 16a, na podstawie ocen sporządzonych przez gminy i powiaty z obszaru województwa, uwzględniającej kwestie i problemy społeczne wynikające z przyjętej strategii wraz z projektami, o których mowa w pkt 3 i przekazanie ich właściwemu wojewodzie do dnia 31 lipca każdego roku;*
9. *utworzenie i utrzymanie regionalnego ośrodka polityki społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników.*

Art. 21a.

Działania, o których mowa w art. 21 pkt 4a, obejmują w szczególności:

1. *rozwój infrastruktury usług aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej na rzecz osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;*
2. *inspirowanie i promowanie nowych metod działań w zakresie aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;*
3. *wspieranie rozwoju partnerskiej współpracy pomiędzy samorządami lokalnymi a podmiotami świadczącymi usługi aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej na rzecz osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;*

4. *monitorowanie rozwoju lokalnej przedsiębiorczości społecznej służącej zwiększeniu aktywności społecznej i zawodowej osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;*
5. *zwiększanie kompetencji służb zajmujących się aktywizacją, integracją oraz reintegracją społeczną i zawodową osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym.*

Powyższe artykuły traktowały przede wszystkim o udzielaniu świadczeń (głównie materialnych) z tytułu pomocy społecznej, praca socjalna wymieniona została jako jedna z form tej pomocy.

Na mocy artykułu 45 Ustawy o pomocy społecznej, świadczone są usługi z zakresu pracy socjalnej, która polega na wspieraniu osób i ich rodzin w powrocie do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. **Praca socjalna jest definiowana jako profesjonalnie realizowana, wszechstronna aktywność osób wykonujących zawód zaufania publicznego, czyli pracowników socjalnych** (Maciejko, Zaborniak, 2008, s. 225).

Art. 45.

1. *Praca socjalna świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym. Praca socjalna prowadzona jest:*
   1) *z osobami i rodzinami w celu rozwinięcia lub wzmocnienia ich aktywności i samodzielności życiowej;*
   2) *ze społecznością lokalną w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności.*
2. *Praca socjalna może być prowadzona w oparciu o kontrakt socjalny.*
3. *W pracy socjalnej wykorzystuje się właściwe tej działalności metody i techniki, stosowane z poszanowaniem godności osoby i jej prawa do samostanowienia.*
4. *Praca socjalna świadczona jest osobom i rodzinom bez względu na posiadany dochód.*

Art. 46.

1. *Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.*

2. *Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów.*
3. *Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii.*
4. *Poradnictwo rodzinne obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną.*

Artykuły 45 i 46 Ustawy, wskazują na możliwości wsparcia osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Nie wymieniają wprost osób uzależnionych czy zagrożonych uzależnieniem, ale niewątpliwie zaliczają się one do wspomnianej grupy.

W przypadku każdego rodzaju świadczonej pomocy, ważne jest poznanie warunków i sytuacji społeczno-psychologicznej klienta. Z tego względu nie można pominąć etapu rzetelnej diagnozy, prowadzonej przy pomocy przede wszystkim wywiadu i obserwacji oraz uzupełniająco przy pomocy metod kwestionariuszowych. Pomocny w tym zakresie będzie rozdział 2 niniejszego opracowania, w którym zademonstrowano zarówno kryteria diagnostyczne, jak i metody diagnozy.

Szczegółowe formy pracy, które mogą być wykorzystane w ramach świadczenia pracy socjalnej, zostaną przybliżone w rozdziale piątym. Z pomocą w zakresie ustalenia konkretnych form oddziaływań wobec osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem, przychodzą również stosowne regulacje prawne. Przydatne artykuły z poszczególnych aktów, zostaną zaprezentowane poniżej.

3.2. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 124)

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii jest regulacją szeroko komentowaną w środowisku osób pracujących i wspierających osoby uzależnione od narkotyków. Nie milkną negatywne komentarze na temat dużej restrykcyjności ustawy, jednak kolejne nowelizacje (ostatnia w grudniu 2011 roku), przynoszą nowe możliwości zarówno oddziaływań prawnych, jak i wspierających sytuację psychospołeczną osoby. Poniżej zaprezentowane zostały te artykuły, które mogą stać się przydatne z punktu widzenia realizacji oddziaływań w pracy socjalnej. Pokazane zostały również możliwości finansowania programów profilaktycznych i readaptacyjnych.

Art. 2.

1. *Przeciwdziałanie narkomanii realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:*
   1) ***działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i zapobiegawczą;***
   2) ***leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;***
   3) ***ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych****;*
   4) *nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;*
   5) *zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii*
   6) *nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.*
2. *Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, są* ***finansowane ze środków własnych podmiotów wykonujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, środków przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych finansowanych z części budżetu państwa****, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia,* ***oraz środków Narodowego Funduszu Zdrowia****.*
3. *Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 4–6, są finansowane z budżetu państwa z części pozostających w dyspozycji właściwych ministrów.*

Art. 5.

1. *Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii realizują* ***organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego*** *w zakresie określonym w ustawie.*
2. *Zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii są realizowane, w zakresie określonym w ustawie, także przez:*
   1) *przedszkola, szkoły i inne jednostki organizacyjne wymienione w art. 2 pkt 3–5 i 7–9 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.2);*
   2) *szkoły wyższe;*
   3) *zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty działające w ochronie zdrowia;*
   4) *jednostki Wojska Polskiego, Policji i Straży Granicznej;*
   5) *organy celne;*
   6) *jednostki organizacyjne Służby Więziennej oraz zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich;*
   7) ***ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie i regionalne ośrodki polityki społecznej****;*
   8) *środki masowego przekazu.*

3. *W realizacji zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1, mogą uczestniczyć organizacje pozarządowe i inne podmioty, których działalność statutowa obejmuje zadania należące do sfery zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia,* ***pomocy społecznej****, działalności charytatywnej, nauki, edukacji, oświaty i wychowania, kultury fizycznej, porządku i bezpieczeństwa publicznego lub* ***przeciwdziałania patologiom społecznym****, promocji i organizacji wolontariatu, po przeprowadzeniu konkursu, o którym mowa w art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.3), a także samorządy zawodów medycznych, rodziny osób uzależnionych, oraz grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin.*

Art. 7.

1. *Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi* ***Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii***[12].
2. *W Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii, zwanym dalej „Krajowym Programem", określa się w szczególności: kierunki i rodzaje działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, harmonogram przyjętych działań, cele oraz sposoby ich osiągania oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a tak-że podmioty właściwe do podejmowania określonych działań.*
3. *Koszty realizacji zadań wynikających z Krajowego Programu są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych działań.*
4. *W Krajowym Programie określa się również kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie przeciwdziałania narkomanii.*
5. *Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, Krajowy Program, uwzględniając zagadnienia, o których mowa w ust. 2 i 4, oraz biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną w zakresie zagrożeń narkomanią, a także strategię działań wynikających z Europejskiego Planu Walki z Narkotykami.*

Art. 10.

1. *Przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących:*
   1) *zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;*

[12] Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 z dnia 22 marca 2011 r. (Dz. U. z 2011, nr 78, poz. 428)

2) *udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;*
3) *prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;*
4) *wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;*
5) ***pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych do-tkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego****.*

2. *Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, opracowuje projekt* ***Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii****, zwanego dalej „Gminnym Programem", uwzględniając zadania określone w art. 2 ust. 1 pkt 1–3 oraz kierunki działań wynikające z Krajowego Programu. Gminny Program stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych.*
3. *Gminny Program uchwala rada gminy.*
4. *Gminny Program jest realizowany przez jednostkę wskazaną w tym programie.*
5. *W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika.*

3.3. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O WYCHOWANIU W TRZEŹWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z 2013 r. poz. 1563, z 2014 r. poz. 822, 1188)

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi pokazuje z kolei oddziaływania jakie mogą zostać podjęte w ramach pracy socjalnej z osobami uzależnionymi i zagrożonymi uzależnieniem od alkoholu. Ostatnia nowelizacja ustawy miała miejsce w styczniu 2013 roku. Zgodnie z przyjętą w rozdziale strukturą, również w tym miejscu zebrane zostały konkretne artykuły ustawy, stanowiące podstawę do podejmowania oddziaływań profilaktycznych i readaptacyjnych w pracy socjalnej, a także możliwości finansowania nowych programów.

Art. 1.

1. *Organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy.*
2. *Organy, o których mowa w ust. 1, popierają także tworzenie i rozwój organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniają warunki sprzyjające działaniom tych organizacji.*
3. *Organy, o których mowa w ust. 1, współdziałają również z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.*

Art. 2.

1. *Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:*
   1) *tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymywanie się od spożywania alkoholu;*
   2) *działalność wychowawczą i informacyjną;*
   3) *ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju;*
   4) *ograniczanie dostępności alkoholu;*
   5) *leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu;*
   6) *zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwa-nie;*
   7) *przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;*
   8) *wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.*
2. *Zadania, o których mowa w ust. 1, uwzględnia się w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci* ***Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych***[13]*, zatwierdzanego przez Radę Ministrów.*

[13] Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 z dnia 22 marca 2011 r. (Dz. U. z 2011, nr 70, poz. 473)

Art. 4.

1. *Samorząd województwa realizuje zadania, o których mowa w art. 1 i 2, w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.*
2. *Zarząd województwa odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu, o którym mowa w ust. 1, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.*
3. *Program, o którym mowa w ust. 1, jest realizowany przez regionalny ośrodek polityki społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie. W celu realizacji programu zarząd województwa może powołać pełnomocnika.*
4. *Środki finansowe na prowadzenie działań, o których mowa w ust. 2, ujmuje się w budżecie województwa.*

Art. 41.

1. *Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują:*
   1) *zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;*
   2) *udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;*
   3) *prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w za-kresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;*
   4) *(uchylony);*
   5) *wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;*
   6) *podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;*
   7) *wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.*
2. *Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci* ***gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,***

stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, *uchwalanego corocznie przez radę gminy.* ***Program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie***. *W celu realizacji programu wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika.*

3. *Wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast) powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności inicjujące działania w za-kresie określonym w ust. 1 oraz podejmujące czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego.*
4. *W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzą osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.*
5. *Zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych.*

Finansowanie realizacji zadań określonych w gminnych programach może odbywać się w ramach środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, co również jest regulowane przez odpowiednie artykuły prezentowanej ustawy.

Art. 9.

1. *Obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18% alkoholu może być prowadzony tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez ministra właściwego do spraw gospodarki.*
2. *Obrót hurtowy w kraju napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu może być prowadzony tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez marszałka województwa.*

Art. 9^2.

1. *Za wydanie zezwoleń, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2, decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany oraz duplikatów zezwoleń są pobierane opłaty.*

Art. 9^3.

1. *Opłaty, o których mowa w art. 92 ust. 1, mogą być wykorzystane przez zarządy województw wyłącznie na finansowanie zadań określonych w art. 4 ust. 1.*

2. *Zarządy województw mogą zlecać, w drodze porozumień, jednostkom samorządu powiatowego zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przekazywać środki finansowe na ich realizację.*

Art. 11.

1. *Na wydatki związane z realizacją Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeznacza się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.*
2. *Środki, o których mowa w ust. 1, są przeznaczone w szczególności na różne formy pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, działalność informacyjną i wychowawczą, kształcenie specjalistów i prowadzenie badań naukowych nad problemami alkoholowymi.*
3. *(uchylony).*

Art. 11[1].

1. *W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań określonych w art. 41 ust. 1 gminy pobierają opłatę za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o których mowa w art. 18.*

Art. 18.

2. *Sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu lub poza miejscem sprzedaży może być prowadzona tylko na podstawie zezwolenia wydanego przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta), właściwego ze względu na lokalizację punktu sprzedaży, zwanego dalej „organem zezwalającym".*
   1a. Skreślony.

Art. 18[1].

1. *Na sprzedaż napojów alkoholowych przedsiębiorcom posiadającym zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych oraz jednostkom Ochotniczych Straży Pożarnych mogą być wydawane jednorazowe zezwolenia, do których nie stosuje się przepisów art. 18 ust. 4, ust. 5 pkt 5, ust. 6, ust. 7 pkt 4 i 6, oraz ust. 9–14.*

Art. 18[2].

Dochody z opłat za wydane na podstawie art. 18 lub art. 181 zezwolenia oraz dochody z opłat określonych w art. 111 wykorzystywane będą na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i nie mogą być przeznaczane na inne cele.

3.4. MOŻLIWOŚCI WSPARCIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O GRACH HAZARDOWYCH ORAZ ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA O FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH

Ustawa o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, z 2010 r. Nr 127, poz. 857, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 134, poz. 779, z 2013 r. poz. 1036, z 2014 r. poz. 768)

*U*stawa o grach hazardowych w swoich zapisach odnosi się do pracy socjalnej tylko pośrednio, określając możliwości finansowania działań profilaktycznych i readaptacyjnych w ramach powołanego przez Ministra Zdrowia Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Poniżej zaprezentowane zostaną zapisy dotyczące właśnie tego Funduszu oraz pokrótce opisane zostaną ustalone ramy programowe, w obszarze których należy opracowywać ewentualne programy oddziaływań z zakresu pracy socjalnej.

Art. 88.

1. *Tworzy się Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.*
2. *Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest państwowym funduszem celowym.*
3. *Przychodem Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest 3% wpływów dopłat, o których mowa w art. 80 ust. 1.*
4. *Wydatki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych są przeznaczone wyłącznie na:*
   1) *prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki od substancji psychoaktywnych;*
   2) *opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych;*
   3) *udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i za-grożenia patologicznym hazardem;*

4) *prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień od hazardu lub innych uzależnień nie-stanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla osób uzależnionych i ich bliskich.*

5. *Koszty obsługi Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych pokrywane są ze środków tego Funduszu.*
6. *Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań, o których mowa w ust. 4, tryb składania wniosków oraz przekazywania środków, biorąc pod uwagę priorytety społeczne i konieczność zapewnienia ciągłości realizowanych zadań.*

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dnia 16 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2010 Nr 6, poz. 27)

§ 1.
Rozporządzenie określa szczegółowe warunki uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań, o których mowa w art. 88 ust. 4 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, zwanej dalej „ustawą", tryb składania wniosków oraz przekazywania środków.

§ 3.
Środki przeznacza się na dofinansowanie realizacji zadań wykonywanych w ramach realizacji programów uwzględniających priorytety społeczne i ciągłość realizowanych zadań.

Zgodnie z art. 88 Ustawy z dnia 19 listopada 2009 o grach hazardowych, wydatki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych mogą być przeznaczone wyłącznie na prowadzenie działań związanych z problematyką dotyczącą uzależnienia od hazardu oraz innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W celu realizacji tych zapisów, opracowano następujące **programy Ministra Zdrowia, w zakresie rozwiązywania problemów wynikających z hazardu oraz innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych** (www.kbpn.gov.pl):

Program I: Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także rozwiązywania problemów z tym związanych
Celem programu jest realizacja zadań zmierzających do pozyskania wiedzy na temat rozpowszechnienia zjawiska hazardu i innych uzależnień behawioralnych w populacji ogólnej i w wybranych grupach wiekowych, zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych, zweryfikowanie skuteczności wybranych strategii, metod i narzędzi w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych oraz określenie czynników chroniących i czynników ryzyka uzależnień behawioralnych.

Program II: Podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Realizacja zadań w ramach powyższego programu ma na celu zwiększenie kompetencji zawodowych realizatorów programów profilaktycznych i terapeutycznych, nabycie nowych umiejętności przez pracowników ośrodków gier losowych, sprzyjających kreowaniu postaw odpowiedzialnego grania.

Program III: Profilaktyka uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Poprzez realizację zadań w ramach Programu planuje się podniesienie wśród młodzieży świadomości ryzyka związanego z hazardem, kształtowanie postaw prozdrowotnych, wzmacnianie czynników chroniących przed patologicznym hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi.

Program IV: Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych w zakresie problematyki dotyczącej rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych
Celem zadań realizowanych w ramach Programu jest uwrażliwienie społeczeństwa na zagrożenia związane z grami hazardowymi, zapewnienie dostępu do rzetelnych informacji na temat ryzyka jakie niesie ze sobą hazard i inne uzależnienia behawioralne oraz rozpowszechnienie wiedzy w tym zakresie.

Program V: Rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Jest to program zmierzający do ograniczenia szkód indywidualnych i społecznych wynikających z uzależnienia od hazardu i innych uzależnień behawioralnych, mający na celu zapewnienie dostępu do zróżnicowanej oferty oddziaływań pomocowych problemowym i patologicznym hazardzistom, osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi oraz ich bliskim i rodzinom.

3.5. SYSTEM LECZNICTWA ODWYKOWEGO W POLSCE

System lecznictwa odwykowego i leczenia uzależnień w Polsce, według rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczy uzależnienia od:

- **alkoholu**, co reguluje ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
- **substancji psychotropowych i środków odurzających**, co reguluje ustawa z dnia z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- **hazardu i innych uzależnień behawioralnych**, co reguluje Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dnia 16 grudnia 2010 r., powołany na mocy ustawy o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 r.

SYSTEM LECZNICTWA ODWYKOWEGO – ALKOHOL

Organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z art.1, ust.1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, są zobowiązane do:

- podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych,
- zmiany struktury ich spożywania,
- inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów,
- działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy,
- przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu,
- wspierania w powyższym zakresie działalności organizacji społecznych i zakładów pracy.

Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:

- tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymywanie się od spożywania alkoholu,
- działalność wychowawczą i informacyjną,
- ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,
- ograniczanie dostępności alkoholu,
- leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu,
- zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie.

Zadania te uwzględnia się w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci **Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**, zatwierdzanego przez Radę Ministrów (art.2, ust.2 ustawy).

W zakresie profilaktyki oraz rozwiązywania problemów alkoholowych szczególną rolę odgrywa **Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**, która działa na szczeblu centralnym i podlega Ministrowi Zdrowia. Do zadań Agencji należy m.in.:

- przygotowywanie projektu Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej,
- opiniowanie i przygotowywanie projektów aktów prawnych (art.3, ust.1 ustawy).

Na szczeblu lokalnym, zadania z zakresu profilaktyki realizuje samorząd województwa w ramach wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, finansowanego z budżetu województwa (art.4, ust.1 ustawy). W rozwiązywanie problemów alkoholowych społeczności zaangażowany jest także samorząd gminny, gdyż zgodnie z art. 4, ust.1 prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, należy do zadań własnych gmin. Zadania te obejmują m.in.: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, czy udzielanie rodzinom dotkniętym problemem alkoholowym pomocy psychospołecznej i prawnej.

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej. Zarząd województwa organizuje na obszarze województwa **całodobowe zakłady lecznictwa odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia**

i współuzależnienia, natomiast Starosta organizuje na obszarze powiatu inne **zakłady lecznictwa odwykowego** (art. 22, ust.1 i 1a ustawy).

Sprawy organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania zakładów lecznictwa odwykowego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U.00.3.44), wydane na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy.

Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co wynika z art.58, ust.1, pkt.7 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U.97.28.153 z późn. zm.). Poddanie się leczeniu odwykowemu w zakresie uzależnienia od alkoholu jest **dobrowolne** a wyjątki od tej zasady określa ustawa. Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie leczenia odwykowego w zakładach opieki zdrowotnej (art.21, ust.3 ustawy). Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz osób określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia z dnia 29 grudnia 2001 r. w sprawie zasad i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej (Dz.U.01.156.1831).

SYSTEM LECZNICTWA ODWYKOWEGO – ŚRODKI ODURZAJĄCE

System lecznictwa odwykowego od środków odurzających i psychotropowych obejmuje działania:

- wychowawcze,
- zapobiegawcze,
- lecznicze.

Działalność wychowawcza i zapobiegawcza obejmuje promocję zdrowia psychicznego, promocję zdrowego stylu życia oraz informowanie o szkodliwości środków

i substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii, oraz o narkomanii i jej skutkach (art. 7, ust.1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). Zadania te, zgodnie z art.7, ust.2 ww. ustawy są realizowane w szczególności poprzez:

- wprowadzenie problematyki zapobiegania narkomanii do programów szkół i innych palcówek systemu oświaty,
- wprowadzenie problematyki zapobiegania narkomanii do programów przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem w szkołach i innych placówkach systemu oświaty,
- tworzenie palcówek prowadzących działalność zapobiegawczą, zwłaszcza w środowiskach zagrożonych uzależnieniem,
- wspieranie działań ogólnokrajowych i lokalnych organizacji oraz innych inicjatyw społecznych,
- uwzględnienie problematyki zapobiegania narkomanii w działalności telewizji publicznej oraz innych środków masowego przekazu,
- prowadzenie badań naukowych nad problematyką narkomanii.

Ograniczenie używania środków odurzających i substancji psychotropowych jest celem działania **Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii**. Do zadań Biura należy w szczególności opracowywanie projektu **Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii** oraz koordynowanie i monitorowanie jego wykonania, przy współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami realizującymi zadania wynikające z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Szczegółowy zakres kompetencji Biura określa art. 3a, ust.4 ww. ustawy. W skład Biura wchodzi **Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii** (art. 3b, ust.1 ww. ustawy). Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, który uchwala Rada Ministrów. Rada Ministrów składa corocznie Sejmowi, w terminie do dnia 30 czerwca, sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (art.4, ust.1 ww. ustawy).

Przy Prezesie Rady Ministrów działa **Rada do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii**, która jest organem opiniodawczo-doradczym w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii. Warunki działania Rady określa rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 marca 2001 r. w sprawie określenia składu i zadań Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu jej działania (Dz.U.01.17.188), wydane na podstawie art.5, ust.6 ww. ustawy. W realizację zadań dotyczących m.in. informowania społeczeństwa o szkodliwości narkomanii zaangażowani są także poszczególni ministrowie, każdy w zakresie swojego działania.

Zadania te wykonywane są również bezpośrednio przez jednostki samorządu terytorialnego, jako zadania własne, a finansowane z budżetu państwa w ramach dotacji celowej na zadania własne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego.

Leczenie i rehabilitację osoby uzależnionej od środków odurzających i substancji psychoaktywnych, a także osób uzależnionych czynnościowo, prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. Wykaz specjalności medycznych uprawniających do leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych (Dz.U.00.70.830). Świadczenia zdrowotne osobie uzależnionej udzielane są przez zakład opieki zdrowotnej niezależnie od jej stałego miejsca zamieszkania. Za świadczenia te od wymienionej osoby nie pobiera się opłat. (art.14, ust.6 powyższej ustawy).

Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz osób uzależnionych i ubezpieczonych finansowane są przez NFZ, a na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia z dnia 29 grudnia 2001 r. w sprawie zasad i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej (Dz.U.01.156.1831).

Osoby uzależnione od opiatów, mogą korzystać także z formy leczenia substytucyjnego (zastępczego), jakim w Polsce jest terapia przy użycia metadonu lub buprenorfiny. W tym zakresie istnieją odrębne rozporządzenia, regulujące ten zakres świadczeń medycznych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 368)

§ 2.

Leczenie substytucyjne prowadzi się w ramach programu leczenia substytucyjnego, zwanego dalej „programem", poprzez stosowanie produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy, zwanych dalej „środkami substytucyjnymi", w celu:

1. *poprawy stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegracji społecznej pacjentów;*

2. *ograniczenia rozprzestrzeniania zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBV oraz gruźlicy.*

§ 3.

1. *1. Do udziału w programie kwalifikuje pacjenta kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki:*
   1) *jest uzależniony od opioidów;*
   2) *ukończył 18 lat;*

   3) wyraził zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu i przestrzeganie jego wymagań.
2. *Kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie może zakwalifikować do programu pacjenta niespełniającego warunku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne. W takim przypadku zgodę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, może wyrazić przedstawiciel ustawowy pacjenta na zasadach określonych w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742).*
3. *Kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie może wyłączyć z programu pacjenta, w szczególności gdy:*
   1) *trzykrotne kolejne, wykonane w odstępach minimum 6-dniowych, badania płynów ustrojowych, w szczególności moczu, potwierdzają przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych;*
   2) *pięciokrotne, wykonane w ciągu 6 miesięcy, w odstępach minimum 6-dniowych, badania płynów ustrojowych, w szczególności moczu, potwierdzają przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych;*
   3) *pacjent odmawia poddania się badaniu, o którym mowa w § 7;*
   4) *pacjent stosuje przemoc psychiczną lub fizyczną wobec innych pacjentów lub personelu;*
   5) *pacjent przekazuje środek substytucyjny innym osobom.*

Podsumowując, zaprezentowane treści ukazują możliwości wspierania osoby uzależnionej chemicznie i behawioralnie, które wynikają z regulacji prawnych. Dzięki takiemu umocowaniu swoich działań, pracownicy socjalni mają także możliwość pozyskiwania dodatkowych funduszy na realizację programów readaptacyjnych dla tej kategorii klientów.

BIBLIOGRAFIA:

- *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509, 1650, z 2014 r. poz. 567, 598, 1004, 1146, 1188)*
- *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 124)*
- *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z 2013 r. poz. 1563, z 2014 r. poz. 822, 1188)*
- *Ustawa o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, z 2010 r. Nr 127, poz. 857, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 134, poz. 779, z 2013 r. poz. 1036, z 2014 r. poz. 768)*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dnia 16 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2010 Nr 6, poz. 27)*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu z dnia 31 grudnia 1999 r. (Dz. U. z 2000 Nr 3, poz. 44)*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 368)*

4. DIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Skuteczne i sprawdzone strategie profilaktyczne są jednym z trzech podstawowych elementów, na których powinna opierać się współczesna profilaktyka uzależnień. Strategie profilaktyczne, czyli sposoby postępowania mające istotny wpływ na osiągnięcie założonych w programach celów, wywodzą się z modeli teoretycznych wyjaśniających, dlaczego ludzie sięgają po narkotyki lub podejmują inne ryzykowne zachowania.

4.1. POZIOMY PROFILAKTYKI

W powszechnej opinii, zwłaszcza wśród laików, profilaktyka uzależnień polega na informowaniu (na ogół ostrzeganiu) młodych ludzi o skutkach (najczęściej zagrożeniach) związanych z używaniem narkotyków. Profilaktyka stawiana jest na równi z kampaniami (medialnymi). Obecnie nie ma jednak dowodów na to, że samo dostarczanie wiedzy na temat właściwości narkotyków ogranicza ich używanie lub na to, że kampanie medialne są skuteczne (Brotherhood, Sumnall, 2011; Markiewicz i in., 2011).

Istotą profilaktyki jest pomaganie młodym ludziom w zmianie zachowania, nabywaniu umiejętności i poprawie funkcjonowania w różnych wymiarach, takich jak: normy społeczne, interakcja z rówieśnikami, standard życia czy własne cechy charakteru (Markiewicz i in., 2011).

Profilaktyka uniwersalna ma na celu przeciwdziałanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych (zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej) poprzez dostarczenie odpowiedniej informacji oraz wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka. Działania te dotyczą zagrożeń rozpowszechnionych, takich jak np. używanie substancji psychoaktywnych (narkotyki, alkohol) czy przemoc (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012).

Odbiorcy działań profilaktyki uniwersalnej to ogół populacji, np. dzieci i młodzież szkolna, społeczność lokalna. Grupy, do których są kierowane działania profilaktyki uniwersalnej nie są uprzednio diagnozowane pod względem poziomu ryzyka zachowań problemowych, choć w obrębie grupy poszczególne jednostki mogą się różnić stopniem zagrożenia i rodzajem czynników ryzyka.

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące – niektóre z cech jednostki oraz środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań ryzykownych, inne natomiast je ograniczają. Czynniki ryzyka to cechy, sytuacje lub warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych, natomiast do czynników chroniących zaliczamy cechy, sytuacje lub warunki zwiększające odporność jednostki na działanie czynników ryzyka. Za najważniejsze czynniki chroniące i czynniki ryzyka uważa się te związane z sytuacją rodzinną, szkolną, czynniki osobowościowe, czynniki związane z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej oraz zaangażowanie religijne (Hawkins, 1992; Kazdin, 1996; Kay, 1996). Celem interwencji profilaktycznych jest eliminacja lub redukcja **czynników ryzyka oraz wzmacnianie czynników chroniących** (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012).

Zachowania ryzykowne są to zachowania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji, zarówno dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, jak i dla jej otoczenia społecznego. Do zachowań ryzykownych zaliczamy: palenie tytoniu, używanie środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków, leków), wczesną aktywność seksualną, zachowania agresywne i przestępcze (Niewiadomska, Stanisławczyk, 2004).

Rodzice w profilaktyce zachowań ryzykownych, w tym profilaktyce używania substancji odurzających, odgrywają kluczową rolę. Pozytywna więź emocjonalna pomiędzy rodzicami i dziećmi, postawy rodziców wobec używania alkoholu i narkotyków, a także umiejętności i praktyki wychowawcze rodziców (m.in. monitorowanie zachowań dziecka) stanowią czynniki chroniące przed używaniem substancji.

Realizatorzy profesjonalnych programów profilaktyki uniwersalnej to przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów. Działania przeprowadzane są najczęściej w szkołach. Rządowym organem odpowiedzialnym za wdrażanie w polskich szkołach działań z zakresu profilaktyki jest Ministerstwo Edukacji Narodowej (art. 22 ust. 1 **ustawy z dnia 29 lipca 2005** o przeciwdziałaniu narkomanii).

Profilaktyka selektywna ma na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych. Cele te mogą być osiągane

między innymi poprzez ograniczanie czynników ryzyka związanych ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym, poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, kształtowanie adekwatnych przekonań normatywnych dotyczących narkotyków, promocję postaw prozdrowotnych oraz wspieranie rodzin w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem narkotyków przez dziecko (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012).

Odbiorcy działań profilaktyki selektywnej to podgrupy wybranej populacji (np. ogółu młodzieży) charakteryzujące się obecnością czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych), związanych z podejmowaniem danych zachowań ryzykownych, np.: używania czy nadużywania substancji psychoaktywnych. Do odbiorców profilaktyki selektywnej zaliczamy więc m.in.:„dzieci ulicy", niepełnoletnie osoby popełniające czyny karalne, osoby zagrożone demoralizacją, dzieci i młodzież zagrożone wykluczeniem społecznym, **osoby okazjonalnie używające narkotyków**.

Metody profilaktyki selektywnej obejmują takie działania jak m. in.: dostarczanie informacji na temat ryzyka związanego z używaniem substancji, poradnictwo indywidualne, poradnictwo rodzinne, terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia, organizacja czasu wolnego (tzw. zajęcia„alternatyw"). W działaniach ważne jest uwzględnienie specyficznych problemów i potrzeb uczestników programu (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012).

Realizatorzy profesjonalnych programów profilaktyki selektywnej to przede wszystkim psychologowie, socjoterapeuci i doradcy rodzinni. Zajęcia najczęściej odbywają się w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, klubach oraz świetlicach socjoterapeutycznych.

Reagowanie szkoły na problem używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków) oraz czyny karalne popełniane przez uczniów odbywa się w oparciu o obowiązujące prawo oświatowe, w szczególności przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 stycznia 2003 roku w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. z dnia 14 lutego 2003 r.).

Profilaktyka wskazująca są to działania kierowane do jednostek, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem

problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, w związku z uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012).

Cele profilaktyki wskazującej to zapobieganie rozwojowi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ograniczanie częstości używania lub zmiana wzorów używania substancji na mniej „niebezpieczne", ryzykowne. Działania ukierunkowane są głównie na indywidualną diagnozę przyczyn problemu i podjęcie stosownej interwencji.

Odbiorcy działań profilaktyki wskazującej to osoby charakteryzujące się czynnikami ryzyka takimi jak: zaburzenia zachowania, zaburzenia koncentracji z deficytem uwagi (ADHD), niepowodzenia szkolne, podejmowanie zachowań ryzykownych, używanie narkotyków problemowo (bez diagnozy uzależnienia), próby samobójcze, konflikty z prawem, wychowywanie się w rodzinie z problemem narkotykowym.

Realizatorzy działań profilaktyki wskazującej wymagają specjalistycznego przygotowania w zakresie pomocy psychologicznej lub terapii. Realizatorami programów są psychologowie kliniczni, psychoterapeuci, pracownicy socjalni itp. Programy te wymagają często interdyscyplinarnej współpracy przedstawicieli wielu instytucji pomocowych. Terenem działań są m.in. poradnie specjalistyczne, placówki wychowawcze i resocjalizacyjne.

Metody profilaktyki wskazującej obejmują stosowanie takich metod jak: treningi umiejętności społecznych dla młodzieży, treningi umiejętności wychowawczych dla rodziców i nauczycieli, wywiad motywujący, terapia poznawczo-behawioralna, terapia rodzin.

W szkole profilaktyka wskazująca adresowana jest do zidentyfikowanych uczniów z grupy wysokiego ryzyka: uczniów z problemami zachowania czy problemami w zakresie zdrowia psychicznego; używanie substancji psychoaktywnych nie jest niezbędnym warunkiem podjęcia interwencji. Działania obejmują:

1. Udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomoc w nauce.
2. Stałą współpracę z rodzicami, podjęcie interwencji z udziałem rodziców, wspólne opracowanie strategii pomocy dla ucznia.
3. Pomoc specjalistyczną udzieloną przez szkołę.

4. Skierowanie ucznia do specjalistów poza szkołą w celu dokonania indywidualnej diagnozy i ewentualnego podjęcia terapii, stała współpraca z nimi.
5. Skierowanie rodziców na treningi umiejętności lub inne formy specjalistycznej pomocy.

W uproszczeniu, profilaktyka uniwersalna zajmuje się rozwijaniem umiejętności, interakcją rówieśniczą i funkcjonowaniem społecznym, profilaktyka selektywna dotyczy standardów życia i uwarunkowań społecznych, natomiast profilaktyka wskazująca ułatwia radzenie sobie z indywidualnymi cechami charakteru i psychopatologią. Taka typologia strategii profilaktycznych (Mrazek, Haggerty, 1994), oparta na podatności grup docelowych na zagrożenia, zastąpiła stosowany wcześniej medyczny paradygmat profilaktyki pierwszo, drugo i trzeciorzędowej. O ile wcześniejsza klasyfikacja przydaje się w określaniu stopnia patologii, paradygmat medyczny okazuje się niedoskonały w charakteryzowaniu skomplikowanych ludzkich zachowań, zwłaszcza w kwestiach niezwiązanych z dysfunkcją czy patologią. Jedynie niewielki odsetek osób eksperymentujących z narkotykami, jak marihuana czy kokaina, w miarę upływu czasu coraz częściej sięga po te substancje (zob. również dodatek internetowy poświęcony obecnej sytuacji narkotyków w Europie http://www.emcdda.europa.eu). Modele profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej różnią się oceną podatności na zagrożenia (i ryzyko).

W profilaktyce uniwersalnej ryzyko używania narkotyków dotyczy całej populacji, chociaż w odniesieniu do jednostek różnice mogą być znaczne. W profilaktyce selektywnej czynniki socjodemograficzne wykorzystywane są do określania stopnia podatności na zagrożenia. W ten sposób można dotrzeć do konkretnych grup, jak marginalizowane mniejszości etniczne, młodzież ze środowisk dysfunkcyjnych, młodzież wchodząca w konflikt z prawem w związku z narkotykami, rodziny narażone na problemy społeczne czy miejsc np. związanych z nocną rozrywką. O ile powyższe czynniki przydają się w określaniu grup zagrożonych używaniem narkotyków, nie sposób ustalić podatności poszczególnych osób w tych grupach. W profilaktyce wskazującej można natomiast, za pomocą testów przesiewowych i badań diagnostycznych prowadzonych przez profesjonalistę, stwierdzić obecność cech, które zwiększają ryzyko używania – deficyty uwagi, zaburzenia zachowania, uwarunkowania rodzinne, itp. (Brotherhood, Sumnall, 2011).

4.2. STRATEGIE PROFILAKTYCZNE

Strategie środowiskowe ukierunkowane są na zmianę bezpośredniego otoczenia kulturowego, społecznego, fizycznego i ekonomicznego, w którym dokonywane są wybory dotyczące używania narkotyków. Niniejsze podejście zakłada, że jednostki nie wchodzą w kontakt z narkotykami jedynie z powodu określonych cech osobistych. Dzieje się tak raczej za sprawą wielu czynników środowiskowych np. oczekiwań lub norm akceptowanych w miejscu zamieszkania; krajowych przepisów i podatków; komunikatów medialnych jak również dostępności alkoholu, tytoniu i narkotyków (Radomska i in., 2004).

W budowaniu i rozwoju strategii środowiskowych pomocne są – choć czasami mało popularne – legislacje prawne, np. przepisy, takie jak: opodatkowanie, zakazy reklamowania, obostrzenia wiekowe czy zakazy tytoniowe. W szkole, strategie środowiskowe realizowane są poprzez programy szkolne, które mogą obejmować regulacje dotyczące palenia tytoniu i spożywania alkoholu zarówno w odniesieniu do uczniów, personelu jak i osób z zewnątrz. Wszystkie państwa członkowskie donoszą o całkowitych zakazach palenia we wszystkich szkołach. W większości krajów w pełnym lub szerokim zakresie realizowane są również szkolne programy przeciwdziałania narkomanii. W celu stworzenia bezpiecznego i normatywnego środowiska w szkole tego typu interwencje mają wpływ na decyzje młodych ludzi wobec używania narkotyków (Toumbourou i in., 2007). Działania te mogą mieć także charakter nierepresyjny, jak np. odpowiednia architektura budynków czy organizacja takich

form funkcjonowania uczniów w szkole, które ograniczy zachowania ryzykowne. Pomimo faktu, iż realizowane strategie środowiskowe skupiają się głównie na legalnych substancjach

psychoaktywnych, odgrywają one istotną rolę w ogólnej profilaktyce uzależnień, ponieważ wczesne, powszechne i społecznie akceptowane używanie alkoholu i tytoniu w wielu krajach wiąże się z używaniem nielegalnych substancji (Brotherhood, Sumnall, 2011).

Kluczowe z punktu widzenia profilaktyki narkomanii **strategie** to (Bukowska, 2005; Szymańska, 2012):

- **Strategia edukacji normatywnej** – polega na wzmacnianiu i kształtowaniu norm przeciwko używaniu narkotyków. W ramach tej strategii możemy m.in. zmieniać niepożądane normy na pożądane – *nie używamy narkotyków*; korygować błędne wyobrażenia typu: *wszyscy młodzi ludzie palą marihuanę* poprzez pokazywanie rzeczywistości popartej wynikami rzetelnych badań epidemiologicznych. Strategia ta wywodzi się z Teorii Uzasadnionego Działania[14] (Ajzen, Fishbein, 1980).
- **Strategia edukacji rówieśniczej** – polega na włączeniu w działania profilaktyczne liderów młodzieżowych, czyli odpowiednio przygotowanych rówieśników, którzy prowadzą zajęcia, modelują pożądane postawy, prowadzą dyskusje. Podstawę teoretyczną tej strategii stanowi Teoria Społecznego Uczenia się[15] (Bandura, 1986).
- **Strategia przekazu informacji** – polega na przekazaniu rzetelnych informacji na temat, m.in.: problematyki narkomanii, rozpowszechnienia zagrożeń związanych z używaniem narkotyków, skutków używania narkotyków, miejsc, w których można uzyskać pomoc. Strategia ta, podobnie jak strategia edukacji rówieśniczej, wywodzi się z Teorii Społecznego Uczenia się (Bandura, 1986).
- **Strategia kształtowania umiejętności życiowych** – to uczenie bądź wzmacnianie umiejętności życiowych, m.in. takich jak: nawiązywanie relacji z innymi, rozwiązywanie problemów, określanie celów, asertywność, komunikacja, budowanie pozytywnego obrazu siebie. Podstawa teoretyczna w przypadku tej strategii to Teoria Zachowań Problemowych[16] (Jessor, 1987).
- **Strategia alternatyw** – polega na zaangażowaniu młodzieży w atrakcyjne, bezpieczne aktywności będące np. formą spędzania czasu wolnego – zajęcia teatralne, plastyczne, sportowe. Aktywności te powinny być dopasowane do potrzeb, możliwości i zainteresowań odbiorców i sprzyjać ich rozwojowi osobistemu i społecznemu. Podstawa teoretyczna to Teoria Zachowań Problemowych (Jessor, 1987).
- **Strategia rozwijania umiejętności wychowawczych** – polega na uczeniu i wzmacnianiu umiejętności wychowawczych w grupie rodziców i opiekunów,

[14] Teoria uzasadnionego działania (Ick Ajzen, Martin Fishbein, 1980) zakłada, że ludzie zachowują się w sposób racjonalny i przy podejmowaniu danej aktywności rozważają możliwe konsekwencje swojego działania, a posiadana wiedza na temat konsekwencji oraz tzw. Subiektywne normy leżą u podstaw intencji, która poprzedza dane zachowanie.

[15] Teoria społecznego uczenia (Alfred Bandura, 1986) wyjaśnia process nabywania nowych zachowań poprzez obserwację i naśladowanie osób ważnych i uważanych za atrakcyjne.

[16] Teoria zachowań problemowych (Richard Jessor, 1987) skupia się na funkcjach, jakie w przypadku nastolatków pełnią zachowania naruszające normy prawne lub obyczajowe. Podejmowanie ich prowadzi do negatywnych skutków, a jednocześnie może służyć zaspokojeniu wielu ważnych potrzeb młodego człowieka.

a w konsekwencji wzmacnianiu więzi rodzinnych. Podstawą teoretyczną jest Teoria Przywiązania[17] (Bowlby, 1973).

- **Strategia rozwoju zasobów środowiskowych** – polega na wprowadzeniu zmian w środowisku: zasad, norm, przepisów prawnych sprzeciwiających się używaniu narkotyków, budowaniu sieci współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na polu profilaktyki narkomanii w danej społeczności, ustaleniu wspólnych standardów mających na celu stworzenie środowiska sprzyjającego prawidłowemu, wolnemu od narkotyków rozwojowi dzieci i młodzieży. Podstawę teoretyczną dla tej strategii stanowi Teoria Odporności[18] (Rutter 1979; Garmezy, 1985).

Skuteczność wymienionych strategii została potwierdzona wynikami badań ewaluacyjnych programów, w których były one wykorzystane. Bardzo często w jednym programie profilaktycznym wykorzystywanych jest kilka strategii. O wyborze danej strategii decyduje autor programu biorąc pod uwagę specyfikę programu, grupę odbiorców, warunki środowiskowe.

4.3. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Głównym celem profilaktyki, zgodnie z krajową strategią przeciwdziałania narkomanii, jest zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki. Cel ten można realizować między innymi przez podnoszenie jakości programów profilaktycznych oraz upowszechnianie wiedzy na temat standardów programów.

Jakość programu profilaktycznego zależy przede wszystkim od:

- Opracowania programu w oparciu o przeprowadzoną analizę problemu.
- Wykorzystania przy planowaniu programu wiedzy o **czynnikach ryzyka**[19] **i czynnikach chroniących**[20]**.**

[17] Teoria przywiązania (John Bowlby, 1973) dotyczy procesu rozwoju więzi pomiędzy jednostką a otoczeniem w kolejnych etapach jej życia. Za podstawę tej relacji przyjmuje się więź z matką we wczesnym dzieciństwie, która, jeżeli jest zaburzona, może prowadzić do problemów psychicznych.

[18] Teoria odporności (Michael Rutter, 1979 i Norman Garmezy, 1985) dotyczy czynników i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci dorastających w bardzo trudnych warunkach (rodziny z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym, uzależnieniami, ubóstwem). Skupia się na zasobach odpornościowych.

[19] Czynniki ryzyka to wszystkie elementy (warunki środowiska, sytuacje, cechy i zmienne indywidualne) zwiększające ryzyko wystąpienia zachowań problemowych (stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania społecznego) i związanych z nimi szkód (www.kbpn.gov.pl).

[20] Czynniki chroniące to wszystkie elementy osłabiające oddziaływanie czynników ryzyka, zwiększające „odporność" jednostki, a więc zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych (www.kbpn.gov.pl).

- Oparcia programu na teoriach/modelach teoretycznych o sprawdzonej skuteczności.
- Wyboru **strategii/metod działania** adekwatnych do postawionego celu i grupy docelowej programu.
- Dbałości o jakość realizacji kolejnych edycji programu (monitoring, profesjonalna kadra).
- Zapewnienia odpowiednich warunków do realizacji programu.
- Zaplanowania i przeprowadzenia **ewaluacji programu** umożliwiającej sprawdzenie poprawności przyjętych założeń.

Poniżej znajduje się krótki przegląd i prezentacja programów profilaktycznych, które rekomendowane są przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Są to programy realizowane na różnych poziomach profilaktyki.

Program **„Szkoła dla Rodziców i Wychowawców"** to program profilaktyczny adresowany do osób mających kluczowy wpływ na proces wychowania dzieci i młodzieży – rodziców, opiekunów oraz nauczycieli. Celem programu jest pogłębienie umiejętności wychowawczych oraz kształtowanie postaw wychowawczych sprzyjających budowaniu podmiotowej relacji oraz więzi pomiędzy rodzicami (opiekunami) i dziećmi. Upowszechnianie programu jest koordynowane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Inne programy profilaktyki uniwersalnej o sprawdzonej skuteczności to programy „**Domowych Detektywów"** i **„Fantastyczne Możliwości"** Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

„Program Domowych Detektywów" jest adresowany do uczniów szkół podstawowych, jego celem jest przeciwdziałanie inicjacji alkoholowej. Program wzmacnia wybrane czynniki chroniące takie jak: umiejętności odpierania presji dotyczącej używania substancji, spostrzegane normy dotyczące używania substancji, komunikację pomiędzy rodzicami a dziećmi oraz wiedzę uczniów na temat konsekwencji używania substancji. Prowadzony jest w formie zajęć w klasie szkolnej prowadzonych przez nauczyciela przy współudziale liderów rówieśniczych oraz zadań wykonywanych w domu przez rodziców razem z dziećmi. Program „Fantastyczne Możliwości" jest kontynuacją programu „Domowych Detektywów" przeznaczonym dla starszej młodzieży.

Profesjonalny program profilaktyki selektywnej o sprawdzonej skuteczności to program **„Szkolna Interwencja Profilaktyczna"** Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Program przygotowuje szkołę i nauczycieli do podejmowania działań wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne. Program składa się z następujących elementów: diagnozy, porady, motywowania ucznia do zmiany „problemowego" zachowania i udzielenia mu, we współpracy z rodzicami, stosowanego wsparcia.

Program **„FreD"** jest programem krótkiej, wczesnej interwencji profilaktycznej skierowanym do młodych osób używających narkotyków lub alkoholu. Program został pilotażowo wdrożony w Polsce oraz jest upowszechniany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach międzynarodowego projekt współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Zdrowia Publicznego pn. „FreD goes net". Program jest realizowany w formie zajęć grupowych prowadzonych metodą wywiadu motywującego. Celem zajęć jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu ich wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie do oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania związanego z używaniem narkotyków oraz poznanie oferty lokalnego systemu pomocowego.

„**Program przeciwdziałania młodzieżowej patologii społecznej**" Fundacji „Praesterno" skierowany jest do młodzieży w wieku 13–19 lat eksperymentującej ze środkami psychoaktywnymi lub charakteryzującej się innymi wskaźnikami zagrożenia wykluczeniem społecznym. Praca w grupach wspomagana jest pracą środowiskową. Program jest realizowany w ośmiu miastach – Bielsko Biała, Bydgoszcz, Gdańsk, Kraków, Lublin, Łódź, Puławy, Wrocław.

Powyższe programy znajdują się w bazie programów o sprawdzonej jakości **EDDRA** udostępnionej na stronie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Zagadnienia dotyczące profilaktyki uzależnień są bardzo ważne z punktu widzenia pomocy społecznej, ponieważ pracownicy socjalni są zobowiązani do prowadzenia działań zapobiegawczych, które jednocześnie stanowią tańsze rozwiązanie, niż interwencja i leczenie. Poprawne przygotowanie programu profilaktycznego powinno odbyć się przy wykorzystaniu wskazówek zawartych w rozdziale, co pozwoli na ewentualne pozyskanie dodatkowych środków finansowych na jego realizację.

BIBLIOGRAFIA:

- *Bukowska B. (2005). Dylematy wczesnej interwencji profilaktycznej w szkole. Warszawa: KBds.PN*
- *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg*
- *Goldstein A. P., Kenneth K. W., Reagles W., Amann L. L. (2001). Umiejętności chroniące – zapobieganie narkomanii wśród młodzieży. Warszawa: wyd. Stowarzyszenie Karan*
- *Jabłoński P. (2007). Zapobieganie narkomanii w gminie. Warszawa: KBds.PN*
- *McWhirter J. (2005). Zagrożona młodzież. Warszawa: PARPA*
- *Prajsner M. (2003.). Młodzież z grup ryzyka. Warszawa: PARPA*
- *Radomska A., Okulicz-Kozaryn K., Kocoń K., Malczewski A., Sierosławski J. (2004). Ocena funkcjonowania i efektów programów profilaktyki narkomanii realizowanych w dyskotekach i klubach. Warszawa: KBds.PN*
- *Raport krajowy (2009). Sytuacja narkotykowa w Polsce. Warszawa: KBds.PN*
- *Szymańska J. (2012). Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji*

Strony internetowe:

www.emcdda.europa.com

www.kbpn.gov.pl

www.ore.edu.pl

www.parpa.pl

PYTANIA PROBLEMOWE

1. Jakie możemy wyróżnić modele profilaktyki?
2. Jakie strategie profilaktyczne można zastosować w odniesieniu do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem?
3. Jakie standardy powinien spełniać program profilaktyczny?

NOTATKI I WŁASNE REFLEKSJE

Profilaktyka w kontekście ryzyka uzależnienia jest obszarem niezwykle ważnym i wymagającym dużej uwagi oraz docenienia. Angażując się w realizację dobrze dobranych programów profilaktycznych, jesteśmy w stanie zapobiec rozwojowi zachowań ryzykownych i przeciwdziałać uzależnieniom.

Przygotowanie programu profilaktycznego powinno być poprzedzone diagnozą zapotrzebowania na wsparcie w danej grupie.

W profilaktyce uniwersalnej ryzyko używania narkotyków dotyczy całej populacji, chociaż w odniesieniu do jednostek różnice mogą być znaczne.

W profilaktyce selektywnej czynniki socjodemograficzne wykorzystywane są do określania stopnia podatności na zagrożenia.

W profilaktyce wskazującej można natomiast, za pomocą testów przesiewowych i badań diagnostycznych prowadzonych przez profesjonalistę, stwierdzić obecność cech, które zwiększają ryzyko używania – deficyty uwagi, zaburzenia zachowania, itp.

5. METODY PRACY Z OSOBĄ UZALEŻNIONĄ I JEJ RODZINĄ

Prowadzenie pracy socjalnej, przy wykorzystaniu narzędzi pracy socjalnej, zawsze powinno odbywać się z poszanowaniem i zastosowaniem w codziennej praktyce zasady podmiotowości klienta.

Pracownik socjalny inicjuje poszczególne etapy oraz moderuje je, ale należy pamiętać, że praca socjalna prowadzona jest na rzecz poprawy sytuacji klienta i to jego problemy mają być dzięki niej rozwiązane. W związku z tym, pracownik socjalny powinien dołożyć wszelkich starań do zapewnienia aktywnego udziału klienta w działaniach podejmowanych na każdym etapie postępowania. Planowanie zmian, ich realizacja i ocena, nie mogą odbywać się bez udziału klienta i dlatego każdy krok musi być powiązany z jego osobistą gotowością do zrozumienia sytuacji, zmian oraz działania.

W poniższej tabeli przedstawione zostały etapy metodycznego postępowania w pracy socjalnej, które zostały przyjęte w niniejszym opracowaniu, oraz narzędzia ogólne pracy socjalnej (tzn. mające zastosowanie w pracy z każdą kategorią klientów), które wykorzystuje się na każdym z etapów.

Tabela. 3 Etapy metodycznego postępowania w pracy socjalnej i narzędzia ogólne pracy socjalnej – zestawienie

Etap metodycznego postępowania w pracy socjalnej	Nazwa etapu		Nazwa narzędzia *(nazwy narzędzi ogólnych zaznaczono kursywą)*
I	Ocena/ diagnoza	1a. Rozpoznanie sytuacji związanej z problemem osoby/ rodziny	*Wywiad – rozpoznanie sytuacji* *Karta pracy socjalnej*
		1b. Pogłębienie wiedzy o sytuacji związanej z problemem osoby/ rodziny	Narzędzia specjalistyczne – wywiady specjalistyczne z różnymi kategoriami klientów oraz inne narzędzia specjalistyczne (np. metody kwestionariuszowe) *Krata pracy socjalnej*
		1c. Opracowanie diagnozy	*Diagnoza – ocena sytuacji* *Karta pracy socjalnej*

Etap metodycznego postępowania w pracy socjalnej	Nazwa etapu	Nazwa narzędzia *(nazwy narzędzi ogólnych zaznaczono kursywą)*
II	Wyznaczenie celów działania	*Umowa współpracy* *Karta pracy socjalnej*
III	Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług	*Umowa współpracy* *Karta pracy socjalnej*
IV	Realizacja planu działania	*Karta pracy socjalnej*
V	Systematyczna ewaluacja działań	*Ocena realizacji Umowy współpracy* *Karta pracy socjalnej*
VI	Ewaluacja końcowa	*Ewaluacja końcowa* *Karta pracy socjalnej*

Źródło: Ignasiak i in. Narzędzia pracy socjalnej

5.1. INNOWACYJNE METODY PRACY

Przedstawione powyżej postępowanie metodyczne może być realizowane poprzez wykorzystanie innowacyjnych, skutecznych i sprawdzonych metod pracy. Etap diagnozy i przygotowywania programów profilaktycznych został już omówiony w poprzednich rozdziałach. Poniżej zaprezentowane zostaną metody pracy indywidualnej i grupowej, które sprawdzają się w pracy z różnymi kategoriami klientów (zarówno z osobami uzależnionymi, jak i pozostałymi kategoriami klientów trudnych). Jako metody efektywne, mogą być rekomendowane do wykorzystania w pracy z osobami zagrożonymi uzależnieniem i uzależnionymi.

REDUKCJA SZKÓD (ang. HARM REDUCTION)

Redukcja szkód stanowi obszar pomocy dla osób z problemem alkoholowym i narkotykowym, którzy nie chcą bądź nie potrafią całkowicie zerwać z nałogiem.

Redukcja Szkód to strategia i programy, których celem jest minimalizowanie negatywnych zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji używania narkotyków – w wymiarze indywidualnym samych użytkowników, ich rodzin i społeczności w których żyją, bez stawiania im warunku zaprzestania używania tych substancji (International Harm Reduction Association).

S. Lenton i E. Single (1997) akcentują, iż redukcja szkód jest działaniem w obszarze zdrowia publicznego, ukierunkowanym przede wszystkim na redukcję szkodliwych skutków używania środków psychoaktywnych, a nie na redukcję używania tych środków. Natomiast D. Riley i P. O'Hare (2002) formułują wiodące zasady, na jakich opierają się programy redukcji szkód. Wskazują więc kolejno na:

- Pragmatyzm – strategia redukcji szkód przyjmuje, iż używanie niektórych środków psychoaktywnych jest nieuniknione, a pewien poziom używania takich substancji jest normą w społeczeństwie.
- Humanistyczne wartości – decyzja człowieka o używaniu środków psychoaktywnych jest akceptowana jako fakt, jako indywidualny wybór. Nie czyni się moralistycznych ocen lecz raczej zwraca uwagę na poziom zaangażowania oraz sposoby przyjmowania. Z szacunkiem traktowane są: godność i prawa osoby odurzającej się.
- Koncentracja na szkodliwych skutkach – rozmiar zaangażowania w odurzanie się ma drugorzędne znaczenie wobec znaczenia szkodliwych skutków, jakie z niego wynikają.
- Równoważenie nakładów i zysków – prowadzony jest pragmatyczny proces identyfikacji, pomiaru i oszacowania konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, związanych z nimi szkód oraz kosztów i zysków płynących z zastosowanych interwencji. Na tej podstawie formułowane są priorytety, uwzględniające nie tylko interesy osób odurzających się, ale również szerszej społeczności i całego społeczeństwa.
- Hierarchia celów – większość programów redukcji szkód posiada hierarchię celów, z bezpośrednią koncentracją na najbardziej pilnych potrzebach.

Metody stosowane w ramach strategii redukcji szkód:

„DROP IN POINT/CENTRE" (punkty dziennego pobytu, świetlice dla osób uzależnionych)

Nazwa DROP IN POINT/CENTRE oznacza niskoprogową placówkę pomocy socjalnej dla wybranej kategorii osób wykluczonych społecznie czy znajdujących się w niekorzystnej sytuacji życiowej, na przykład bezdomnych, prostytuujących się, uzależnionych, uchodźców czy dla dzieci ulicy. Punkt DROP IN to spokojna i bezpieczna przestrzeń służąca osobie uzależnionej dla zaspokojenia jej podstawowych potrzeb takich jak: skorzystanie z toalety, pralni, pokoju higienicznego, czy wymiany sprzętu do iniekcji. Natomiast dla społeczeństwa pierwszym odczuwalnym efektem jego działania jest zniknięcie osób uzależnionych z miejsc publicznych, a dla pracowników programów redukcji szkód punkt DROP IN jest m. in. skutecznym narzędziem prewencji HIV/AIDS i miejscem naboru do programów metadonowych.

Przymiotnik niskoprogowa wskazuje, że dostęp do programu jest mało sformalizowany, bezpłatny, a rezygnacja przez klienta z usług nie utrudnia ponownego skorzystania z nich. Dla wzmocnienia dostępności i efektywności w programach „drop

in" stosuje się nierzadko zasadę anonimowości. Zazwyczaj w skład standardowego zaplecza takiego programu wchodzi świetlica, punkt dystrybucji żywności, łaźnia, toalety, pralnia, punkt zbiórki i dystrybucji używanej odzieży, punkt wymiany igieł i strzykawek, pokój higieniczny, punkt konsultacyjno-informacyjny.

PROGRAM WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK

Program wymiany igieł i strzykawek polega na dotarciu do jak największej ilości osób używających narkotyki drogą iniekcji (dożylnie) ze sterylnymi, jednorazowymi igłami i strzykawkami. Sprzęt ten wydawany jest za darmo.

Pracownicy uliczni mają ze sobą specjalne pojemniki do zbierania zużytego sprzętu iniekcyjnego. Po zapełnieniu, pojemnik jest niszczony w spalarni odpadów sanitarnych. W ten sposób program przyczynia się do ograniczenia ilości brudnych igieł i strzykawek mogących zagrażać w przypadkowy sposób innym osobom. Pracownicy programu wymiany strzykawek są odpowiednio przygotowani do kontaktu z uzależnionymi, którego celem jest również edukacja i służenie pomocą w zakresie rozwiązywania problemów. Oczywiście program wymiany to nie tylko wydawanie igieł i strzykawek. Programy tego typu, realizowane w środowisku osób używających narkotyki – przybliżają uzależnionym kontakt z terapeutą, z placówkami leczniczymi, socjalnymi i medycznym Często programy wymiany strzykawek są swojego rodzaju pomostem pomiędzy środowiskiem narkomanów a systemem leczenia uzależnień i pomocy uzależnionym.

W Polsce nadal epicentrum zakażeń HIV/AIDS nadal związane jest z przyjmowaniem narkotyków drogą dożylną – takie zakażenia stanowią ok 50% wszystkich stwierdzonych przypadków HIV. Osoby przyjmujące dożylnie narkotyki, mając utrudniony dostęp do igieł i strzykawek – narażone są na wiele chorób zakaźnych. Zapewniając im dostęp do czystych strzykawek ograniczamy te groźne dla zdrowia publicznego zjawiska.

Roczny koszt realizacji jednego programu wymiany obsługującego ok. tysiąca osób dożylnie stosujących narkotyki – to mniej więcej tyle samo, co koszt rocznego leczenia 2–3 osób chorych na AIDS. Leczenie antyretrowirusowe jest kosztowne, niewystarczająco skuteczne i trwa wiele lat. Jak do tej pory wszyscy specjaliści są zgodni co do tego, że organizowanie programów wymiany jest najtańszym i najbardziej efektywnym sposobem profilaktyki HIV wśród osób przyjmujących narkotyki (www.redukcjaszkod.pl).

LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

Leczenie substytucyjne to farmakologiczna metoda leczenia osób uzależnionych od opioidów, która w połączeniu z opieką socjalną, medyczną oraz psychologiczną daje największe prawdopodobieństwo skuteczności spośród wszystkich innych dostępnych form leczenia (Joseph i in., 2000; AATOD Drug Cort Fact Sweet, 2002).

Leczenie substytucyjne jest formą opieki medycznej wykorzystującą do leczenia substancję o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania narkotyku, który spowodował uzależnienie. Taką substancję określa się mianem agonisty. Narkotyk zastępowany jest agonistą w celu osiągnięcia przez pacjenta bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Umożliwienie pacjentowi zaprzestanie używania substancji nielegalnej ma ogromne znaczenie z uwagi na ograniczenie ryzyka szkód związanych z używaniem. Obecnie podstawowymi lekami stosowanymi w substytucji są metadon i buprenorfina. Zasada leczenia zastępczego polega na tym, że leki substytucyjne powodują ciągłą stymulację receptorów opioidowych, która może być całkowita (w przypadku metadonu, pełnego agonisty) lub częściowa (w przypadku buprenorfiny, agonisty częściowego). Podawanie agonisty zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego, redukuje głód psychiczny opiatów oraz redukuje skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem.

Cele leczenia substytucyjnego są następujące:

- redukcja używania nielegalnych narkotyków;
- poprawa stanu zdrowia somatycznego i psychicznego pacjenta;
- reintegracja społeczna uzależnionych;
- redukcja zgonów w skutek przedawkowania;
- ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń HIV, HCV, HBV i innych zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną;
- redukcja zachowań ryzykownych;
- redukcja zachowań przestępczych;
- rozwiązywanie problemów związanych z używaniem narkotyków;
- stabilizacja pacjenta, łagodzenie objawów zespołu abstynencyjnego;
- ułatwienie korzystania z innych form pomocy;
- redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia nawrotu przyjmowania narkotyków;
- poprawa funkcjonowania w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym.

Leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów zostało poddane gruntownej ewaluacji w związku z tym jest metodą leczenia o potwierdzonej skuteczności zarówno dla pacjenta jak i całego społeczeństwa. Leczenie substytucyjne poprawia fizyczną i psychiczną kondycję pacjenta pomagając mu:

- zachować życie;
- osiągnąć abstynencję od nielegalnych narkotyków, albo ograniczyć lub też ustabilizować wzór ich używania;
- zmienić sposób przyjmowania narkotyku (z iniekcyjnego na doustny bądź podjęzykowy);
- utrzymać kontakt ze służbami pomocy (medycznej, społecznej itp.);
- zredukować zachowania przestępcze związane z uzależnieniem;
- podejmować role społeczne.

Leczenie substytucyjne w odniesieniu do ogółu społeczeństwa jest pomocne w:

- poprawie zdrowia publicznego;
- redukcji poziomu przestępczości;
- redukcji kosztów (w wydatkach na służbę zdrowia, opiekę społeczną i wymiar sprawiedliwości).

Należy jednak pamiętać, iż każdy pacjent wymaga indywidualnego traktowania. W leczeniu substytucyjnym przepisuje się leki tak jak w każdym innym leczeniu. Odpowiednią dawkę i czas stosowania ustala się na podstawie relacji lekarz – pacjent, przy uwzględnieniu medycznej oceny indywidualnych (metabolicznych) potrzeb pacjenta oraz innych uwarunkowań i prowadzonych terapii. W praktyce oznacza to, że część pacjentów substytucyjnych przez wiele lat nie będzie zmniejszać dawek leku i, tak jak pacjentów w depresji nie pozbawia się środków antydepresyjnych, a pacjentów kardiologicznych leków na serce, tak pacjentów korzystających z leczenia substytucyjnego nie należy zmuszać do odstawiania leków, które – co jest potwierdzone licznymi badaniami naukowymi na całym świecie (Marlatt, 1998; Hilton i in., 2001; Riley, 2002; Tatarsky, 2009) – poprawiają jakość i długość ich życia. Należy pamiętać, że stabilizacja stanowi niezbędny warunek zmiany a przymusowa redukcja dawek leku bez zgody pacjenta nie przynosi spodziewanych efektów.

Jaka jest dostępność leczenia substytucyjnego w Polsce?

W chwili obecnej na terenie kraju działa 31 programów leczenia substytucyjnego (24 realizowanych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i 7

realizowanych w 23 jednostkach penitencjarnych). W 2013 roku z terapii substytucyjnej korzystało ok. 2 200 osób. Wobec liczby problemowych użytkowników opiatów mieszczącej się w przedziale 10 444 – 19 794 (Janusz Sierosławski, Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów) jedynie ok. 15% osób uzależnionych w tej grupie objętych jest terapią substytucyjną. Szczególnie niekorzystnie kształtuje się sytuacja w 2 województwach: podkarpackim i podlaskim, w których dostępność do substytucji lekowej nie istnieje w ogóle. Należy pilnie uruchomić programy leczenia substytucyjnego w tych województwach. Rekomendowane jest uruchamianie kolejnych programów w pozostałych województwach, w szczególności woj. śląskim, gdzie dostęp jest poważnie utrudniony (www.kbpn.gov.pl).

DIALOG MOTYWUJĄCY

Autor koncepcji W. Miller (1991) rozwinął swoje podejście na bazie doświadczeń z osobami nadużywającymi alkoholu. W odróżnieniu od dominującej w latach 80. praktyki klinicznej wykorzystującej w znacznym stopniu konfrontacyjne techniki, wywiad motywujący odwoływał się do stylu komunikowania, który unikał konfrontacji a skupiał się na ułatwieniu klientowi rozwiązania ambiwalentnego stosunku do zmiany zachowania. Ambiwalencję potraktowano jako naturalny stan towarzyszący każdej osobie rozważającej wprowadzenie zmian w swoim życiu, nie zaś jako symptom patologii wynikającej z istniejącego zaburzenia czy przejaw działania mechanizmów obronnych. Zgodnie z przekonaniem twórców koncepcji motywacja nie może być jednak „zainstalowana" przez kogokolwiek, ale może zostać tylko „wydobyta" z klienta. W wywiadzie motywującym ważny jest klimat rozmowy, który obejmuje empatyczną, pełną zrozumienia i szacunku postawę terapeuty wobec klienta. Interesującym jest, że cel wywiadu motywującego może być osiągnięty w przypadku większości klientów w ciągu 1–2 sesji, z których każda trwa około 50 minut. Na przestrzeni niemal 30 lat wywiad motywujący stanowił inspirację dla rozwoju kilku metod, które znalazły trwałe miejsce w terapii osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub borykających się z innymi problemami.

Zgodnie z definicją opracowaną przez autorów koncepcji (Miller, Rollnick, 1991) *wywiad motywujący jest* ***dyrektywnym,*** *skoncentrowanym na kliencie stylem doradztwa (****sposobem komunikacji****) ukierunkowanym na* ***wydobycie*** *z klienta motywacji do zmiany zachowania poprzez* ***zbadanie i rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany.*** *Wywiad motywujący nie jest zestawem technik, które mają zastosowanie wobec klienta, ale jego istota wyraża się w określonej filozofii komunikowania się z klientem* (Rollnick, Miller, 1995).

Filozofia wywiadu motywującego

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

- Motywacja do zmiany zachowania nie jest narzucona czy „zainstalowana" przez kogokolwiek lecz jest „wydobyta" z klienta
- Terapeuta aktywnie wspiera klienta i ułatwia mu przeanalizować i rozwiązać ambiwalentny stosunek do zmiany
- Relacja pomiędzy klientem a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert – klient.

Główne zasady wywiadu motywującego:

- wyrażanie empatii/refleksyjne słuchanie/odzwierciedlanie,
- pogłębianie rozbieżności,
- unikanie udowadniania i podążanie za oporem,
- wspieranie poczucia własnej skuteczności.

Modyfikacje wywiadu motywującego

Wywiad motywujący zainspirował rozwój kilku innych metod pracy z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych lub pragnących zmienić swój styl życia. Najbardziej znaną jest koncepcja „wzmacniania motywacji do zmiany" (motivational enhancement therapy, MET), która została rozwinięta przez Millera (1993) na potrzeby projektu MATCH, a potem znalazła trwałe miejsce w ofercie dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona 4 sesje interwencji (a nie jak wywiad motywujący 1 do 2 sesji). Sesje prowadzone w 6 i 12 tygodniu terapii mają na celu pogłębienie, zintensyfikowanie i utrwalenie zmiany zachowań. Całość interwencji prowadzona jest zgodnie z filozofią i podstawowymi zasadami wywiadu motywującego.

Zastosowanie wywiadu motywującego

Skuteczność wywiadu motywującego została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu nie tylko do osób problemowo używających alkoholu, ale także innych substancji psychoaktywnych czy pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia (np. zmieniających nawyki żywieniowe z powodu cukrzycy). Widocznym efektem stosowania wywiadu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa utrzymania się pacjenta w leczeniu w pierwszym okresie terapii (Carroll, 2006). Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji wywiadu motywującego, w szczególności podejście „wzmacniania motywacji do zmiany", które porównywano z modelem uczenia nowych umiejętności oraz modelem opartym na 12 krokach AA. Wyniki projektu MATCH potwierdziły skuteczność wszystkich powyższych podejść, nie uprzywilejowując żadnego z nich (Miller, 1995).

Wywiad motywujący choć wniósł nowe spojrzenie na kwestię motywowania klienta do zmiany zachowania, nie stanowi jednak panaceum na wszelkie problemy pojawiające się w terapii osób uzależnionych (Miller i Rollnick, 1995). Co więcej, wywiad motywujący nie aspiruje do wszechstronnej metody leczenia obejmującej różne etapy terapii. Jest skoncentrowany wyłącznie na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych oddziaływaniach terapeutycznych wykorzystujących dostępne modele leczenia.

Podstawowe techniki stosowane w wywiadzie motywującym (Rosengren, 2013)

- **parafrazowanie** – wypowiedzenie słów klienta w inny sposób, w celu upewnienia się o poprawnym zrozumieniu jego przekazu;
- **odzwierciedlenie** – przedstawienie słowami emocji klienta, wyrażenie zainteresowania, zrozumienia, okazanie empatii;
- **dowartościowania –** opisywanie konkretnych umiejętności klienta, konstruktywne twierdzenia na temat jego zachowań, tego co potrafi;
- **podsumowania –** zwięzłe porządkowanie wypowiedzi klienta po pewnym czasie, zebranie uzyskanych informacji w całość;
- **pytania otwierające –** pytania zapraszające klienta do szerszej wypowiedzi, dające swobodę, pozwalające na rozwinięcie myśli.

METODY POZNAWCZO-BEHAWIORALNE

Teorie społecznego uczenia się wywarły ogromny wpływ na rozwój behawioralno-poznawczych modeli uzależnienia. Do najbardziej znanych teorii społecznego uczenia się należą teorie Dollarda i Millera (1950), Rottera (1967) oraz Bandury (1963).

Zgodnie z ich założeniami:

- używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież jest społecznie wyuczonym zachowaniem;
- kształtuje się i utrwala na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych: rodziców, rówieśników, postaci kultury masowej;
- sięganiu po substancje psychoaktywne sprzyjają pozytywne oczekiwania dotyczące działania tych środków i własnej skuteczności w radzeniu sobie w różnych sytuacjach.

Zastosowanie w profilaktyce:

- edukacja rówieśnicza (kształcenie liderów młodzieżowych);
- rozwijanie umiejętności wychowawczych (treningi dla rodziców);
- rozpowszechnianie wiedzy;

Zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji:

- społeczność terapeutyczna (modelowanie zachowań);
- grupy samopomocowe (modelowanie zachowań);
- rozwijanie umiejętności psychospołecznych (warsztaty).

Modele poznawcze (Ellis, 1973, Beck, 1976) zakładają, że:

- Większość zakłóceń powstaje na podstawie błędnych treści poznawczych i/lub błędnego poznawczego przetwarzania;
- Kluczowe znaczenie ma rozpoznanie i zmiana schematów poznawczych podtrzymujących uzależnienie oraz motywowanie do zmiany zachowania.

Główny sposób postępowania:

1. Identyfikacja i modyfikacja irracjonalnych/nieprzystosowawczych przekonań i myśli
2. Uczenie się nowych wzorów reakcji emocjonalnych i zachowania poprzez:
   - Modelowanie,
   - Treningi asertywności,
   - Treningi umiejętności społecznych,
   - Treningi konstruktywnych zachowań,
   - Biblioterapię,
   - Zadania domowe.

Model poznawczo-behawioralny nawrotu choroby (Marlatt, Gordon, 1985)

Założenia:

- Zachowania związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych to wyuczone nieprzystosowawcze zachowania („złe nawyki");
- Stres jest istotnym czynnikiem ryzyka w nadużywaniu substancji psychoaktywnych, uzależnieniu i nawrotach choroby.

W nawrocie najważniejsze procesy to:

- poczucie własnej skuteczności (im niższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu);
- oczekiwania co do pozytywnych efektów używania substancji (im wyższe tym większe prawdopodobieństwo nawrotu);
- wewnętrzna atrybucja przyczyn (przypisywanie sobie trwałych ogólnych cech osobistych uniemożliwiających poradzenie sobie z sytuacją np.: *nie mam silnej woli*, *jestem narkomanem,* także zwiększa prawdopodobieństwo kontynuowania zażywania i trwanie w nawrocie).

Treningi zapobiegania nawrotom choroby są zatem ukierunkowane na:

- Wzmocnienie poczucia własnej skuteczności,
- Weryfikację oczekiwań względem używania substancji,
- Zmianę atrybucji przyczyn nawrotu.

Treningi nawrotów choroby powinny stanowić standardową procedurę w procesie leczenia uzależnienia.

ANALIZA SWOT

SWOT – czyli jak wykorzystać mocne strony grupy i jednostki

Aby osoba mogła podjąć dobrą decyzję, musi najpierw uporządkować informacje, jakie są dla niej dostępne w danej sytuacji. Do tego celu może posłużyć analiza SWOT wykorzystywana często do podejmowania decyzji strategicznych.

Korzyści jakie płyną z zastosowania tego narzędzia są niepodważalne, do najważniejszych z nich należą (Kozak, 2014):

- **Wzmocnienie osoby** – o ile o słabościach można i wręcz należy mówić, o tyle mówienie o mocnych stronach ciągle jeszcze nie jest powszechną praktyką. Nazwanie a w dalszych krokach wykorzystanie mocnych stron pozwala angażować mniej energii w tworzenie nowych rozwiązań, ponieważ osoba korzysta ze swoich naturalnych zasobów, co automatycznie stanowi dobrą motywację do działania. Pozwala to też przeciwdziałać spadkom motywacji, czy powszechnemu czasami poczuciu, że nic nie idzie tak jak trzeba. Dodatkowo mocne strony stanowią bazę do przeciwdziałania zagrożeniom, które mogą się pojawić w toku rozpoczętych działań.
- **Weryfikacja dotychczasowego sposobu działania** – naturalne w pracy z klientem jest to, że trudno jest czasami otwarcie porozmawiać o popełnionych błędach czy zagrożeniach płynących z danego pomysłu, ponieważ osoby często odbierają to osobiście (jako atak na nich samych).
- **Uczenie się osoby** – retrospekcja dotycząca podjętych działań i ich obiektywna ocena pozwala na wyciągnięcie wniosków i realne wdrożenie ich w kolejnych etapach pracy klienta. Brak rzetelnej analizy zarówno sukcesów jak i porażek jest tym, co gubi wiele osób – nawracające problemy są ogromnym demotywatorem. Warto pamiętać o pewnego rodzaju truizmie, że rzeczy nie rozwiążą się same jeśli nie dokonamy realnej zmiany na podstawie wyciągniętych wniosków.
- **Zapobieganie rozczarowaniom** – nazwanie zagrożeń i słabości danego działania pozwala na przygotowanie pomysłów na przeciwdziałanie im już na etapie koncepcji. Unika się wtedy elementu rozczarowania typu: „jak to się stało, że nikt o tym nie pomyślał!", „skąd mogłem wiedzieć, że na to trzeba czekać

aż 3 tygodnie" czy „myślałem, że to oczywiste, że o tym wiecie". Niektóre rzeczy, które są oczywiste wychodzą dopiero w trakcie podjętej pracy z klientem a wtedy bardzo łatwo jest o konflikty interpersonalne i wzajemne oskarżanie się. Doprecyzowanie planu na etapie konstruowania go pozwala zapobiegać wielu negatywnym emocjom, które nie służą w dalszych etapach realizacji.

Pierwszy krok przed przystąpieniem do realizacji danego działania to rzetelna analiza 4 obszarów zaprezentowanych w tabeli:

MOCNE STRONY (*STRENGHTS*) *czyli **mocne strony**: wszystko to co stanowi atut, przewagę, zaletę danego działania*	**SŁABE STRONY (*WEAKNESSES*)** *czyli **słabe strony**: wszystko to co jest słabością, barierą, wadą sposobu danego działania*
SZANSE (*OPPORTUNITIES*) *czyli **szanse**: wszystko to co stwarza dla danego działania szansę korzystnego rozwiązania*	**ZAGROŻENIA (*THREATS*)** *czyli **zagrożenia**: wszystko to co stwarza niebezpieczeństwo niekorzystnego rozwiązania*

Kolejny krok to wypracowanie najlepszych rozwiązań wykorzystujących analizę w oparciu o pytania:

- Która mocna strona pozwoli na najlepsze wykorzystanie danej szansy? Jak ją najlepiej zastosować w konkretnym działaniu?
- Która mocna strona pozwoli na zniwelowanie danego zagrożenia? Jakie działania w związku z tym podejmiemy?
- Która słaba strona ogranicza możliwość wykorzystania danej szansy? Jak ją zniwelować? Czym wzmocnić? Jak unieszkodliwić?
- Która słaba strona potęguje ryzyko związane z danym zagrożeniem? Jakie działania w związku z tym zostaną podjęte?

Trzeci krok to przygotowanie planu działania z uwzględnieniem harmonogramu realizacji poszczególnych zadań oraz możliwości sięgnięcia po pomoc z zewnątrz.

Podobny do metody SWOT sposób rozwiązywania problemów zaproponował de Bono (Nęcka, 2005). W tym ćwiczeniu, mając zdefiniowany problem lub postawione pytanie, należy przejść następujące etapy myślenia, przeznaczając na każdy z nich po 2 minuty:

- Wypisanie wszystkich plusów, a więc wszystkich argumentów „za", wszystkich pozytywnych stron danej sytuacji.
- Wypisanie wszystkich minusów, a więc wszystkich kontrargumentów czy stron negatywnych.
- Zastanowienie się nad wszelkimi niewiadomymi ukrytymi w przyjętym stanowisku lub wypracowanym rozwiązaniu.

Generalnie obie te metody rozwiązywania możliwych problemów służą analizie sytuacji i dają możliwość przyjrzenia się kontrargumentom. Zauważono bowiem, że ludzie nie lubią wieloznacznych sytuacji, dlatego starają się szybko wyrobić sobie zdanie na dany temat. W konsekwencji koncentrują się na wybranym przez siebie rozwiązaniu, starając się upewnić co do podjętej decyzji. O wiele lepsze decyzje są podejmowane w sytuacji systematycznego rozważania wielu opcji.

MODEL GROW (Landsberg, 2003)

GROW — metoda osiągania ważnych celów

Rozwiązywanie problemu powinno odbywać się poprzez zdefiniowanie celu, który osoba chce osiągnąć. Technika GROW pomaga osiągać cele, które podnoszą jakość funkcjonowania osoby lub służą optymalizowaniu jej działania w przyszłości.

Korzyści płynące z wykorzystania tej metody (Kozak, 2014):

- doprecyzowanie celu, często również weryfikacja wcześniej sformułowanych celów;
- oparcie się na realnych, a nie zastępczych problemach – pogłębienie rozumienia danej sytuacji poprzez zadawanie otwartych, a więc wglądowych pytań;
- pojawienie się nowych rozwiązań, które stanowią odpowiedź na faktyczny problem;
- poszerzenie sfery wpływu w zakresie realizacji danego celu;
- weryfikacja motywacji do realizacji danego celu.

Rozwiązanie problemu to zadanie do wykonania, które musi mieć jasno określony i zdefiniowany cel — poprzez zdefiniowanie i ustalenie kryteriów sukcesu. Kolejny element działania to analiza rzeczywistości. W jej zakres wchodzi między innymi zrozumienie aktualnej sytuacji osoby. Jest to także pytanie o istniejące procedury

i normy rozwiązywania problemów, a także o wartości, jakimi kieruje się w swoim działaniu osoba. Po dogłębnie dokonanej analizie rzeczywistości można przejść do sprawdzania opcji działań i możliwości ich realizacji. Jest to proces formułowania pomysłów, nowych strategii, rozwiązań i odpowiedzi. W końcu wybrane najlepsze pomysły przekładane są na plan działania. Wiele świetnych pomysłów nigdy nie dostało szansy realizacji, ponieważ nie ustalono listy zadań niezbędnych do wykonania, punktów krytycznych dla działania i harmonogramu. Po wykonaniu danego zadania można rozliczyć osobę według następującego schematu pytań:

- Co zostało zaplanowane jako działania?
- Co zostało przez to osiągnięte?
- Czego grupa nie zrealizowała i dlaczego?
- Czego przez to nie udało się osiągnąć?
- Co mogło zostać zrobione lepiej?
- Jakie wnioski płyną z tego na przyszłość?
- Jakie działania zostaną podjęte?
- Jakie zmiany warto wprowadzić?

Tylko wdrożone wnioski z przeprowadzonych analiz problemów dają szansę na stałe wzrastanie osoby, ponieważ przestają być „pobożnymi życzeniami" a stają się realnymi zmianami przy realizacji kolejnych zadań.

Narzędzie GROW można świetnie wykorzystać w bezpośredniej pracy z klientem uzależnionym jako użyteczną metodę do formułowania przez niego ważnych celów i przekładania ich na realne plany działania. Jest to formuła pracy ściśle powiązana z wiedzą dotyczącą zmiany nawyków. Wykorzystuje ona kilka ważnych założeń:

- Ludzie najczęściej wiedzą czego nie chcą natomiast nie potrafią sformułować czego chcą, ponieważ nie mają dostępu do swoich potrzeb (G).
- Jeżeli nawet formułują cel to zwykle w kategoriach negatywnych (przestać coś robić) co jest mało motywujące dla nich (G).
- Brak dogłębnej analizy sytuacji czyli brak dotarcia do faktycznych przyczyn problemów powoduje, że stawiają sobie cele zastępcze i ich realizacja nie niweluje problemu, co obniża motywację do dalszej pracy nad sobą (R).
- Tak bardzo są zafiksowani na problemach, że zobaczyć, że to od zmiany ich zachowania czyli od wdrożenia nowych rozwiązań zależy to, czy coś w ich życiu

potoczy się inaczej. Tkwiąc w starych nawykach naiwnie czasami oczekują, że ludzie wokół nich się zmienią (O).

- Czasami mimo, że pozornie chcą zmiany nie są w nią zaangażowani. Może to wynikać z braku wiary w powodzenie, ale też z lęku przed utratą wtórnych korzyści płynących z tkwienia w aktualnej sytuacji (W).

W praktyce oznacza to pracę w obszarze 4 głównych pytań:

- **Czego chcesz?**
- **Co się dzieje?**
- **Co mógłbyś zrobić?**
- **Co w takim razie zrobisz?**

Do pracy metodą GROW konieczna jest umiejętność zadawania tak zwanych „mocnych pytań". Wyróżniają się one tym, że są otwarte, pozytywnie sformułowane, odnoszące się do zasobów, nakierowane na poszukiwanie rozwiązań, poszerzające perspektywę.

Do każdego z etapów GROW istnieje grupa użytecznych pytań, które warto zadać:

- **Precyzyjne, realistyczne i atrakcyjne sformułowanie celu – *GOAL***
  Celem tego etapu jest zdefiniowanie obszaru rzeczywistości, który będzie poruszany podczas spotkania i określenie celu/zmiany, nad jakim osoba chce pracować.

  Użyteczne pytania:
  - Nad jaką kwestią (celem, zadaniem, problem) chciałbyś pracować w trakcie naszego spotkania?
  - Co byłoby dla ciebie pożądanym efektem naszego spotkania?
  - Jak szczegółowo i jak głęboko zamierzasz zająć się tą sprawą?
  - Który z Twoich długofalowych celów ma z nią związek?
  - Czy ten cel jest konkretny?
  - Jak oceniasz jego realność?
  - Jak go zmierzysz czyli po czym poznasz, że go zrealizowałeś? Co będzie widocznym wyznacznikiem jego realizacji?
  - Na ile jest on istotny dla Ciebie?
  - Czy mamy dość czasu aby dziś podczas rozmowy osiągnąć to co chcesz?

- Dlaczego ten cel jest dla Ciebie ważny?
- Jakie będziesz miał korzyści z osiągnięcia go?

➔ **Zobaczenie celu w możliwie szerokim kontekście – *Reality***

Na tym etapie należy dokładnie sprawdzić, w którym miejscu osoba się znajduje na drodze do realizacji celu. Ważne by rzeczywistość postrzegać obiektywnie, co może zostać zakłócone przez dotychczasowe przekonania, lęki, obawy.

Użyteczne pytania:

- Jak w szczegółach wygląda aktualna sytuacja związana z rozważaną kwestią?
- Co jest i jak bardzo jest dla Ciebie ważne w tej sprawie?
- Co czujesz w związku z tą sprawą?
- Kogo, poza Tobą, ona dotyczy?
- Kto wie, że coś chcesz wokół niej zrobić?
- Jaki jest Twój osobisty wpływ na nią?
- Kto jeszcze ma na nią wpływ?
- Jakie czynniki wpłynęły na podjęcie dotychczasowej decyzji?
- Jakie działania, zmierzające do jej rozwiązania podjąłeś do tej pory?
- Co Cię powstrzymało od zrobienia więcej?
- Jakie przeszkody będziesz musiał pokonać w przyszłości?
- Czy odczuwasz jakieś wewnętrzne przeszkody lub opory przed dalszymi działaniami?
- Jakimi zasobami już w tej chwili dysponujesz? Umiejętności, czas, entuzjazm, pieniądze, wsparcie, itp.?
- Jakie dodatkowe zasoby będą Ci potrzebne? W jaki sposób je pozyskasz?
- Czy masz poczucie, że dotarłeś do sedna sprawy? A może jest jeszcze coś, co warto w tej kwestii wziąć pod uwagę?
- Czy potrzebujesz ponownego określenia celu?

➔ **Zgłębianie wszystkich sposobów dojścia do celu – *Opportunities***

Na tym etapie rozpatrujemy możliwe opcje potencjalnych rozwiązań. Poszukujemy ich jak najwięcej. Przyglądamy się konsekwencjom wyboru każdej z nich.

Użyteczne pytania:

- Na ile różnych sposobów mógłbyś rozwiązać rozważaną kwestię? Jakie to sposoby?

- Sporządź listę wszystkich możliwych alternatyw —dużych i małych, całościowych i cząstkowych.
- Co jeszcze możesz w tej sprawie zrobić?
- Co byś zrobił gdybyś miał więcej czasu, więcej środków albo gdybyś to ty był szefem?
- Co byś zrobił gdybyś mógł rozpocząć wszystko od początku, z nowymi ludźmi?
- Czy oczekujesz ode mnie dodania jakiejś sugestii?
- Jakie są zalety i wady każdego z powyższych rozwiązań?
- Które rozwiązanie może przynieść najlepszy efekt?
- Które rozwiązanie przemawia do Ciebie najbardziej, z którym najlepiej się czujesz?
- Które z nich przyniosłoby Ci najwięcej satysfakcji?

➔ **Ostateczny wybór działania, decyzja o zmianie – *Will***

To etap wyboru jednego, konkretnego działania i zaplanowania jego realizacji. Powinien zakończyć się ustaleniem pierwszego kroku do wykonania. Ważne jest też by powstał realny harmonogram z konkretnymi zobowiązaniami (np. do biura zadzwonię dzisiaj, z doradcą zawodowym spotkam się do końca przyszłego tygodnia, cv poprawię jutro).

Użyteczne pytania:

- Które rozwiązanie (lub rozwiązania) wybierasz?
- W jakim stopniu ten wybór pozwala Ci zrealizować Twoje cele?
- Po czym poznasz, że Twój cel został osiągnięty (kryteria i miary sukcesu)?
- Kiedy konkretnie zamierzasz rozpoczynać i kończyć kolejne kroki?
- Jakie przeszkody mogą się pojawić i powstrzymać Cię przed podjęciem tych kroków i osiągnięciem celu?
- Czy i jakie wewnętrzne opory odczuwasz przed podjęciem działania?
- Co zrobisz, aby wyeliminować te wewnętrzne i zewnętrzne przeszkody?
- Kto powinien wiedzieć o Twoich planach?
- Jakiego wsparcia i od kogo potrzebujesz? Jak je pozyskasz?
- Co ja mógłbym zrobić, żeby cię wesprzeć?
- W jakim stopniu w skali od 1 do 10 czujesz się zmobilizowany do podjęcia uzgodnionych działań?
- Co powoduje, że nie zaznaczyłeś 10?
- Co mógłbyś zrobić, aby zbliżyć swoją motywację do 10?

- Czy jest coś jeszcze, o czym chciałbyś porozmawiać, czy możemy na tym skończyć?

PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA ROZWIĄZANIACH

Od niedawna w Polsce popularyzowane jest podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, które zawiera elementy dowartościowania tych zachowań, które są efektywne i przenoszenia ich na wszystkie obszary funkcjonowania osoby. Jest to interesujące podejście wymagające dalszych badań nad skutecznością w polskich warunkach pracy socjalnej. Praktyka skoncentrowana na rozwiązaniach akcentuje okazywanie szacunku dla klienta, wzmacniania klienta, doceniania jego zasobów i zdolności do odkrywania rozwiązań (klient jest ekspertem w poszukiwaniu sposobów polepszenia swojej sytuacji). Badania nad efektami terapii pokazują skuteczność tego podejścia, szczególnie w stosunku do klientów pochodzących z niższych klas społecznych. W porównaniu z innymi formami psychoterapii, podejście skoncentrowane na rozwiązaniach okazało się najodpowiedniejsze dla klientów słabo wykształconych, mało zarabiających, o niskim statusie socjoekonomicznym (Macdonald, 2007).

Krótkoterminowe podejście skoncentrowane na rozwiązaniach (ang. *Brief Solution Focused Therapy*), to przede wszystkim:

- uznanie nieuchronności zmiany („Nic nie zdarza się na zawsze");
- szukanie rozwiązań zamiast rozwiazywania problemów;
- akcentowanie zdrowia psychicznego – zdrowe wzory (wychodzenia z kryzysu) już istnieją, ale nie są uświadomione, skoncentrowanie na sukcesach w radzeniu sobie z problemami, podkreślanie mocnych stron klientów („Jeśli coś działa, rób tego więcej");
- teoretyczna i nienormatywna postawa zorientowana na jednostkę, opinie klientów przyjmuje się bez wartościowania („Jeśli się nie zepsuło, nie naprawiaj");
- prostota i oszczędność, postępowanie od rzeczy najprostszych do najtrudniejszych („Jeśli coś nie działa, zrób coś innego");
- zorientowanie na teraźniejszość i na przyszłość, poprawa aktualnej i przyszłej sytuacji klientów zyskuje pierwszeństwo nad korygowaniem przeszłości;

Charakterystyka krótkoterminowych form pomocy psychologicznej (Sharry i in., 2007):

- We wczesnych formach terapii długoterminowej problemy pacjenta łączono przede wszystkim z patologią jego osobowości, w krótkoterminowych – klient jest spostrzegany jako zasadniczo zdrowy psychicznie, a pomoc prowadzi do zmian osobistych lub w jego otoczeniu;
- Podejście krótkoterminowe jest najbardziej skuteczne, gdy stosuje się je w krytycznych okresach życiowych, zaś długoterminowe może obejmować okresy dłuższe lub nie kryzysowe;
- Cele terapii krótkoterminowej są ustalane wspólnie z klientem, w długoterminowej najpierw terapeuta rozpoznaje problemy i ustanawia cele, a potem dzieli się swymi spostrzeżeniami z klientem;
- Cele te w terapii krótkoterminowej są formułowane bardzo konkretnie i dotyczą realności zżycia klienta, a nacisk na osiągniecie wglądu jest niewielki. W podejściu długoterminowym cele odnoszą się do rzeczywistości sesji terapeutycznej i uzyskania wglądu przez pacjenta;
- Terapeuta krótkoterminowy, w przeciwieństwie do długoterminowego, jest spostrzegany jako aktywny i dyrektywny;
- W podejściu krótkoterminowym termin zakończenia leczenia omawia się od początku spotkań, natomiast w długoterminowym ustalenie zakończenia nie jest zasadniczą kwestią.

Praca socjalna metodą Skoncentrowaną na Rozwiązaniach (ang. *Solution Focused Approach SFA*) wywodzi się z podejścia terapeutycznego, które nazywane jest krótkoterminową terapią skoncentrowaną na rozwiązaniach. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach jest to metoda znajdowania rozwiązań dla sytuacji problemowych, w zasadzie niezależnie od natury samego problemu, bez odwoływania się do analizy przyczyn danego problemu, jego natury i podłoża. W tym podejściu akcent położony jest na rozważenie pożądanego stanu, dla jakiego jednostka, rodzina chce rozwiązania problemu. Centralna filozofia w tym podejściu, skupia się wokół trzech haseł (Miś, 2008):

- Jeśli się coś nie zepsuło – nie naprawiaj tego
  Oznacza, że nie należy zmieniać tego co się sprawdza, co przynosi korzyści i spodziewane skutki. Jeżeli pracownik socjalny uzna, że jakieś konkretne zachowania nie pogarszają sytuacji rodziny lub wręcz z zmniejszają jej dysfunkcyjność to nie

należy ich zmieniać. Nie ma potrzeby gruntownej zmiany wszystkich zachowań, zwłaszcza tych, które działają.

- Jeśli coś działa – rób tego więcej
  Myśl ta wskazuje na wartość powtarzania jak najczęściej czynności i zachowania, co do których pracownik socjalny jest przekonany, że są pomocne rodzinie. Często człowiek wie co robić wobec jakiegoś problemu, tylko czasami jest nieświadomy tego, że to pomaga i działa.

- Jeśli coś nie działa – nie rób tego więcej, rób coś innego
  W myśl tej zasady pracownik socjalny powinien pomóc wydobyć rodzinie czy jej poszczególnym członkom na światło dzienne tych rozwiązań, które nie są skuteczne. Należy wtedy poszukać innego, prostszego rozwiązania. Czasem proste rozwiązania są najbardziej skuteczne.

Specyficzne dla omawianej metody jest rozumienie samego procesu zmiany. Wręcz czasami można mieć wrażenie, że jedyne co pewne w tym podejściu to zmiana, gdyż wszystko się zmienia.

Do podstawowych założeń tej metody zaliczamy (Jos, Świtek, 2007):

- Koncentracja na rozwiązaniach, a nie na problemach;
- Każdy klient jest niepowtarzalny;
- Przywiązywanie wagi do celów klienta;
- Klienci dysponują zasobami wystarczającymi do dokonania zmiany;
- Zawsze istnieją wyjątki od problemu.

Pracownik socjalny podejmując pracę z rodziną metodą Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach powinien rozpocząć od rozpoznania zasobów rodziny. Pomocne w tym będzie umiejętne zadawanie pytań i wyłapywanie z odpowiedzi klienta jego zasobów.

Następnym zadaniem istotnym w pracy z rodziną jest tzw. komplementowanie i informacja zwrotna. W czasie pracy z klientem, zwłaszcza na zakończenie spotkania lub jakiegoś etapu istotne jest udzielanie mu informacji zwrotnej lub komplementu. Chodzi o to, aby pracownik socjalny docenił, podkreślił, wzmocnił i przeformułował informacje podane przez klienta poprzez wskazywanie mu w jego

wypowiedzi tych faktów, zdarzeń i działań, które mogą mieć wpływ na rozwiązanie problemu lub zmianę sytuacji.

Głównym motywem pracy w takim podejściu jest ukierunkowanie na cele. Cele wskazują kierunki zmian i rozwiązań. Powinny one zostać wyznaczone już na początku pracy z rodziną. Cele w tej metodzie stanowią także punkty orientacyjne, które wytyczają drogę do zmiany. W wyznaczaniu celów i pozostaniu im wiernym pomocne jest ponownie umiejętne zadawanie pytań przez pracownika socjalnego. Pytania powinny koncentrować się na rozwiązaniach w taki sposób, aby klient potrafił wskazać kolejne kroki ku zmianie.

Charakterystyczne dla metody Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach jest zadanie pytania „o cud". Ma ona ułatwić klientowi wyobrażenie sobie przyszłości bez problemu. Pytanie o cud pomaga, gdy klient, rodzina utkną w martwym punkcie i nie potrafią sobie wyobrazić sytuacji, że problem jest rozwiązany. **Zadanie na przykład pytania „co by się musiało stać, aby Pan przestał pić?" i odpowiedź klienta stanowi podstawę do dalszej pracy**.

Kolejnym zadaniem dla pracownika socjalnego w tej metodzie to szukanie wyjątków. Wyjątki to takie chwile, gdy dochodzi do pożądanych zachowań lub takie momenty kiedy zachowania niepożądane nie występują. Pracownik socjalny pomaga rodzinie znaleźć i przeanalizować wyjątki, aby w efekcie doprowadzić do to tego by te sytuacje nie były tylko wyjątkami tylko celowo występującymi zachowaniami. Poszukiwanie wyjątków jest istotne gdyż zwykle jest tak, że rodzina czy klient nie doświadcza lub nie tkwi w sytuacji problemowej nieustająco, mimo, że pozornie tak to może postrzegać.

Zadanie dla pracownika socjalnego w tej metodzie stanowią także pytania skalujące. Dają one możliwość zmierzenia oraz zbadania problemów i możliwości w taki sposób, aby osiągnięcie celu i zmiany rozbić na mniejsze kroki. Skalowanie może pomóc w ustrukturalizowaniu pracy z rodziną. Chodzi w tym o wykorzystywanie stwierdzeń klienta do budowy skali odpowiadającej jego celowi. Przezwyciężanie własnej trudności, podejmowanie pracy nad zmianą własnego życia powoduje, że klient skupia się na teraźniejszości i uporaniu się z przeszłością.

Dlatego pracownik socjalny staje w tej metodzie przed kolejnym zadaniem jakim są pytania o radzenie sobie. Należy wskazać rodzinie te zachowania, które

sprawiają, że jakoś sobie radzi. Jeżeli klient lub rodzina mimo wielu prób, pytań, poszukiwania wyjątków, skalowania nie potrafi zmienić swojej sytuacji to zadaniem pracownika socjalnego jest pomoc w usunięciu problemów. Stworzenie takiej sytuacji, kiedy klient będzie mógł popatrzeć na problem niejako z zewnątrz.

Pracownik socjalny podejmując pracę z rodziną metodą Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązania bardziej skupia się na potrzebach rodziny, niż na jej problemach. Zwraca uwagę na jego zasoby i mocne strony a nie na deficyty, zaburzenia i dysfunkcje. Zauważa przede wszystkim jego dotychczasowe osiągnięcia i w pewnym sensie ignoruje porażki. Pomaga dostrzec rodzinie wyjątki od sytuacji problemowej a nie rozmawia o częstotliwości występowania i rozmiarach problemu. W czasie spotkań z rodziną wyraźnie nakreśla i buduje pożądaną przyszłość a nie wraca do mrocznej i odbierającej siły przeszłości.

METODA DOCENIANIA

Metoda Docenienia (Reynolds, 1997) – innowacyjne podejście w pracy socjalnej

Metoda doceniania jest rodzajem metody bazującej na psychologii pozytywnej i podejściu pracy na mocnych stronach (ang. *strength based approach*). Przedstawiony model stosowany jest z powodzeniem przez praktyków angielskich, jego oryginalna nazwa brzmi Appreciative Inquiry (ang. *appreciative* – wdzięczność, docenienie, *inquiry* – zapytanie, oferta). Metoda ta została opracowana przez brytyjską pracownika socjalnego Bertha Reynoldsa, który zaczął w pracy z klientami stosować wzmacnianie ich silnych stron.

Działania polityki społecznej, w tym pomocy społecznej i rynku pracy, oparte są na diagnostyce i działaniach skoncentrowanych na szukaniu i analizie deficytów w systemach rodzinnych czy w funkcjonowaniu indywidualnych osób. Takie podejście nie jest czymś specyficznych dla pracy socjalnej, ale jest dominującą metodologią „rozwojową" dla wielu dziedzin skupionych na wspieraniu, pomocy i motywacji. To, na czym skupiają się pracownicy tradycyjnie pojmujący pracę socjalną, to określenie słabych punktów, zdiagnozowanie przyczyn problemów i poszukiwanie sposobów wyjścia z negatywnej sytuacji. Słowem, pierwsze spotkanie decydujące często o zaangażowaniu się klienta/rodziny lub jej wycofaniu, to skupianie diagnozy i działań interwencyjnych na słabych punktach działania klienta/rodziny. Takie kierowanie procesem diagnostyczno-interwencyjnym modeluje spojrzenie praktyków i nie

zostawia wiele miejsca na identyfikację tych elementów w systemie, które są funkcjonalne i które podtrzymują ten system w działaniu. Dotyczy to zarówno obszaru psychologiczno-społecznego, jak i wsparcia aktywizacji zawodowej.

Metoda Docenienia jest zarówno ideą, jak i metodą działania opartą na podstawowym przekonaniu, że każdy człowiek, instytucja, organizacja, grupa, wspólnota lub system ma pozytywne aspekty, które mogą być rozwijane. Każdy stworzony przez ludzi system działa na swój specyficzny sposób. Aby system ten przedłużał swoje funkcjonowanie, posiada w sobie takie elementy czy energię, które działają i to działają dobrze w kontekście tego systemu. **Metoda Docenienia wspiera te mocne, funkcjonujące strony systemu poprzez ich: identyfikację i ich wzmocnienie**. Nie dąży do zmiany status quo, ale w oparciu o to status quo potęguje działania, wyostrza widzenie i inspiruje do konstruktywnego działania. **Metoda Docenienia jest poszukiwaniem tego, co jest najlepsze w ludziach, strukturach, które tworzą, zarówno zawodowo, jak i prywatnie**. To poszukiwanie tego, co jest najżywsze, najskuteczniejsze, najbardziej konstruktywne. **Metoda ta ma na celu budowę konstruktywnego związku pomiędzy fragmentami strategii, które już działają i całością, która w oparciu o te fragmenty będzie funkcjonowała w przyszłości**. Wychodzi z założenia, że rdzeń każdego żywego systemu ma wiele niewykorzystanych inspirujących mobilizujących i pozytywnie motywujących cech, które trzeba wzmacniać. Ważnym elementem metody jest kierunek zadawania pytań i waga spotkań, które przestają być wywiadami, a stają się pretekstami do rozmowy i dyskusji.

Metoda Docenienia składa się z **czterech zasadniczych stopni**, poprzedzonych określeniem ram interwencji (Cooperrider i in., 2003; Whitney, Trosten-Bloom, 2003; Bushe, Kassam, 2005; Cooperrider i in., 2008):

- Odkrycie: Identyfikacja procesów, rzeczy, które dobrze działają. Sprowokowanie rozmowy o tym, co najlepsze. Pytania: Co jest dobre? Co działa?
- Marzenie: Wyobrażenie sobie procesów, które w przyszłości będą działały właściwie. Gromadzenie mądrości i wyobrażając sobie przyszłość – obejmuje to graficznie wizualizację pożądanej przyszłości. Pytania: Co może się stać? Co może się wydarzyć?
- Wyobrażanie sobie/wymyślanie: Planowanie i określenia priorytetów, które mogą dobrze działać w przyszłości. Mosty do przyszłości w oparciu o najlepsze z przeszłości i teraźniejszości – grupy pracują w użyciu zasoby odkryte w drugiej

fazie projektowania plan stworzenia pożądanej przyszłości. Pytania: Jaki jest ideał? Co powinno być?

- Przeznaczenie (albo dostarczenie): realizacja (wykonanie) proponowanego projektu. Sprawianie, żeby to się wydarzało. Pytania: Jak to zrobić? Jak sprawić, żeby to się wydarzyło?

Wychodząc od pytań typu, co działa dobrze?, co jest dobre, z tego, co aktualnie się robi?, co jest powodem do dumy?, wychodzimy nie tylko od mocnej strony, ale również od potencjalnej propozycji zmiany i poznania osobistych motywacji. **Zmiana dotyczy następujących obszarów:**

- zmiana mentalności u samych praktyków wyrażająca się w zmianie postrzegania rodzin jako systemów z zasobami nawet najmniejszymi;
- zmiana mentalności wyrażająca się także w przemodelowaniu swojego myślenia, konstruowaniu słów i opisów, które nie oceniają, nie etykietują, ale inicjują proces poszukiwania zalet i rozwiązań.
- akceptacji stopniowego, lecz dzięki temu trwałego procesu zmiany rodziny, która realizuje się za jej zgodą. Taka praca nie może mieć miejsca bez fundamentalnego elementu: szacunek dla drugiej osoby oraz transparencji działań i przekazu. Zgoda rodziny na pracę wzmacnia motywację i zwiększa szanse na trwałą zmianę.

Warto zatem podsumować, że stosowanie Metody Docenienia jest zgodnie z założeniami pracy socjalnej zakładającymi podmiotowe i równoprawne podejście do rodzin/klientów. Należy podkreślić, że klient/rodzina mimo znajdowania się w trudnej sytuacji jest systemem, który posiada elementy, pozwalające jej przetrwać, doświadczenia, które sprawiają, że istnieje, wreszcie, zasoby, które pozwalają jej funkcjonować, wartości, które ją identyfikują. Wszelkie zmiany powinny polegać na odkryciu tych doświadczeń, wartości i zasobów. Można to robić na dwa sposoby:

Nie należy spieszyć się ze spisaniem kontraktu socjalnego/rodzinnego, ponieważ może się to stać czynnością zamykającą inwencję i inicjatywę klienta/rodziny. Spisanie umowy musi być poprzedzone staranną diagnozą zasobów i potrzeb oraz zbudowaniem zaufania. Dwa pierwsze spotkania powinny służyć budowaniu relacji, przyjrzenia się, co działa, a gdzie są obszary wymagające wsparcia. Jedyną sytuacją, gdy wskazany jest pośpiech, są wszelkie działania interwencyjne. Mogą do nich należeć zarówno działania związane z odseparowaniem sprawcy przemocy, jak

i opłacenie zaległych rachunków. Jeśli klient/rodzina ma odłączone światło, zadłużone mieszkanie, komornika jako stałego gościa i pusty garnek, to nie uwolni swojej energii potrzebnej do zmiany, jeśli nie uzyska spokoju, jeśli nie nakarmi dzieci, czy nie poczuje się bezpiecznie w domu.

Kolejne działania uzależnione są od stopnia uczestnictwa poszczególnych osób lub zmiana nastawienia klientów na poszczególnym etapie pracy. Nigdy nie jest tak, że wszyscy zaangażowani są w równym stopniu i że to zaangażowanie utrzymuje się na tym samym poziomie lub poziomie wzrastającym. Podejście systemowe do rodzin zakłada, że każdy w rodzinie odgrywa pewną rolę, funkcją profesjonalistów jest obserwacja tego procesu i akceptacja różnego tempa angażowania się w działania programu. Tak długo jak klient/rodzina nie wycofuje się z programu, ma prawo do tempa, które uważa za najlepsze. Liczy się proces. Naciskanie na przyspieszenie często skutkuje powierzchownością rozwoju i szybkim wytracaniem jej zdobyczy. W przypadku pracy z klientami/rodzinami, które często borykają się z długoletnimi zaniedbaniami, potrzebny jest czas na utrwalenie zmian.

Podobne podejście może zostać zastosowane w sytuacjach prywatnych i zawodowych w celu wsparcia pracowników socjalnych w ich pracy. Negatywne i deprecjonujące podejście udziela się także im, czego dowodem może być poczucie niskiego prestiżu ich pracy i odczuwany niski poziom satysfakcji zawodowej. Wskazane jest odejście od negowania dorobku pracy i doświadczeń poprzez wzmacnianie kompetencji zawodowych pracowników i docenianie już funkcjonujących pozytywów.

Zacząć można od prostych prób zmian myślenia:

Zamiast: nic się nie da…, to idzie w złym kierunku…, nie potrafimy jako grupa…, nie umiem tego…, nie ma w ogóle wsparcia…, nic się nie da…, **warto dostrzegać i podkreślać dorobek i znaczenie**: umiem już to…, udało się nam przecież…, potrafimy…, to działa..., wiem, jak zrobić…, to wymaga poprawy…, istnieje przecież…, zmieniło się już…

Takie podejście nie obiera sił i poczucia sprawczości, ale wzmacnia i umożliwia wspieranie wysiłków klienta/rodziny w kierunku odzyskania lub uzyskania przez nich optymalnej dla jej członkiń i członków jakości życia. Jednocześnie zwiększa poczucie dumy z własnej pracy i ocina od „zatruwającego" ciągu negatywnego myślenia w kierunku konstruktywnego oddzielania tego, co działa, od tego, co wymaga poprawy.

PRACA Z OSOBAMI NIEAKTYWNYMI ZAWODOWO Z POWODU PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Specyficzną kategorią osób pozostających bez pracy, które nie są w stanie aktywnie uczestniczyć w procesie reintegracji społecznej i zawodowej bez rozwiązania podstawowych problemów lub, wobec których działania aktywizujące powinny być odłożone w czasie, są osoby uzależnione i inne osoby, które doświadczają sytuacji kryzysowych w związku z przyjmowaniem substancji. Kategoria ta obejmuje osoby uzależnione od alkoholu i/lub narkotyków, ofiary przemocy i inne osoby znajdujące w sytuacji kryzysowej istotnie wpływającej na codzienne funkcjonowanie. Zachowanie takich osób może przejawiać się brakiem gotowości do poszukiwania i podjęcia pracy z uwagi na występujące problemy psychologiczne, zdrowotne lub rodzinne.

W przypadku pracy socjalnej na rzecz tej kategorii osób pierwszym etapem działania jest umożliwienie skorzystania z terapii (odwykowej, korekcyjnej, interwencji kryzysowej itp.). Podjęcie działań aktywizacyjnych zarówno w sferze społecznej, jak i zawodowej, powinno być obligatoryjnie poprzedzone terapią, która jako specjalistyczna usługa nie może stanowić elementu pracy socjalnej z osobami pozostającymi bez pracy. Praca socjalna na rzecz aktywizacji zawodowej z osobami zaliczonymi do tej kategorii nie powinna przebiegać jednocześnie z terapią (http://crzl.gov.pl/images/01-Biblioteka/Publikacje/Projekty_Pomocy_Spolecznej/Tworzenie_i_rozwijanie_standardów/Katalog_dobrych_praktyk_Zadanie_2.pdf).

Przykładowy arkusz do opracowania indywidualnego programu zatrudnienia

<table>
<tr><th colspan="3">Analiza sytuacji</th></tr>
<tr><td rowspan="2">OCENA/DIAGNOZA SYTUACJI KLIENTA</td><td colspan="2">Pracownik socjalny w trakcie wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania oraz rozmowy w trakcie spotkania analizuje i opisuje sytuację
Wykształcenie i kwalifikacje zawodowe:
Doświadczenie zawodowe:
Deklarowane umiejętności:
Deklarowane bariery:
Dotychczasowa aktywność na rynku pracy:
Preferencje / oczekiwania zawodowe:</td></tr>
<tr><td>Analiza SWOT sytuacji zawodowej</td><td></td></tr>
</table>

OPRACOWANIE PLANU DZIAŁANIA I BUDOWANIA INDYWIDUAL- NEGO PAKIETU USŁUG	**Wybór problemów do rozwiązania**
	Po zapoznaniu się klienta z opracowaną analizą możliwości i ograniczeń, i zmodyfikowaniu jej zgodnie z oczekiwaniami klienta, pracownik socjalny dokonuje wraz z klientem wyboru najistotniejszych problemów do rozwiązania stopniując problemy od najbardziej ogólnych o szczegółowych.
	Określenie celów i przewidywanych rezultatów działań
	1. Cel główny: 2. Cele szczegółowe i przewidywane efekty działania: **a) Pracownik socjalny wypracowuje z klientem katalog działań służących realizacji ustalonych celów, dokonuje podziału zadań.** **Pracownik socjalny i klient :** – zapisują działania w kartach kontraktu socjalnego lub porozumienia, – ustalają terminy realizacji poszczególnych działań, – ustalają kanały przepływu informacji, dostarczenia dodatkowej dokumentacji, – ustalają terminy spotkań celem ewaluacji poszczególnych etapów działań.

Źródło: metodologia opracowana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej" (http://crzl.gov.pl/images/01-Biblioteka/Publikacje/Projekty_Pomocy_Spolecznej/Tworzenie_i_rozwijanie_standardów/Katalog_dobrych_praktyk_Zadanie_2.pdf)

INTERWENCJA KRYZYSOWA

Interwencja kryzysowa w klasycznym rozumieniu może być zastosowana wobec członków rodziny osoby uzależnionej, a także wobec samej osoby uzależnionej, która znajduje się w sytuacji tego wymagającej. Potrzeba interwencji kryzysowej wynika przede wszystkim z obowiązku udzielenia pomocy osobie w sytuacji, którą spostrzega ona jako bez wyjścia i dlatego jest w poważnym niebezpieczeństwie. Nie jest to jednakże jedyne uzasadnienie. Drugi istotny powód to koszty społeczne, które nie obciążają jedynie osób kryzysujących, ale stanowią poważne utrudnienia w funkcjonowaniu systemów społecznych, w których one żyją – przede wszystkim rodziny.

Interwencja kryzysowa to zespół specjalistycznych działań, głównie o charakterze psychologicznym, powiązanych z innymi, np. socjalnymi, prawnymi, medycznymi, na rzecz osób oraz rodzin znajdujących się w sytuacji grożącej kryzysem, kryzysie lub przewlekłych stanach kryzysowych. Interwencja kryzysowa ma na celu zapobieżenie utracie lub przywrócenie utraconej równowagi w wymiarze psychicznym i społecznym, zdolności do działania oraz autonomii osób i rodzin doświadczających kryzysu (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Interwencja kryzysowa jest usługą, która tylko pozornie wydaje się łatwym działaniem, nie wymagającym od osób podejmujących wyjątkowych kompetencji. Mimo, iż składa się w dużej mierze z prostych czynności i jest kojarzona z nieskomplikowanym

poradnictwem lub różni formami pomocy psychologicznej, rządzi się szczególnymi zasadami i dyscypliną, której nie znajdziemy w tych formach pomocy.

Jaka jest specyfika usługi interwencji kryzysowej (w odróżnieniu od innych form oddziaływań, np. terapii kryzysu)?

- łączenie różnych form oddziaływań, szczególnie uwzględnianie wpływu otoczenia na osobę w kryzysie;
- preferowanie krótkoterminowych form oddziaływania;
- koncentrowanie się na poszukiwaniu rozwiązań, w mniejszym stopniu na analizowaniu problemów;
- rygor działania pod presją czasu, gotowość do podejmowania działań w odpowiedzi na wystąpienie kryzysu – często w trybie ratunkowym (tzw. emergency);
- możliwie duża częstotliwość kontaktów osoby korzystającej z usługi, z interwentem, w krótkim okresie czasu (co wynika z dynamiki kryzysu), a jedną z form intensyfikowania kontaktów jest udzielana pomoc w formie doraźnego lub tymczasowego schronienia;
- aktywny, a czasem wręcz dyrektywny charakter działania osób interweniujących, pozostający w ścisłej relacji do stanu psychicznego osób w kryzysie (w szczególności, w sytuacji zagrożenia zżycia, zdrowia);
- możliwość podejmowania interwencji w sytuacji, gdy osoba korzystająca z usługi nie chce ujawnić swojej tożsamości, danych pozwalających ją zidentyfikować – klient może pozostać anonimowy;
- bezwzględny rygor współdziałania w ramach interwencji: z zespołem pozostałych pracowników instytucji, inną grupą odniesienia (np. grupą superwizyjną, zespołem interdyscyplinarnym, grupą roboczą) lub obowiązek poddania działań pod ocenę innej, uprawnionej osoby czy instytucji.

Tabela 3. Etapy działania w interwencji kryzysowej

ETAPY	CHARAKTERYSTYKA DZIAŁANIA
Etap 1. Zdefiniowanie problemu	Pierwszy etap interwencji to zrozumienie i zdefiniowanie problemu z punktu widzenia klienta. Właśnie postrzeganie problemu z perspektywy osoby w kryzysie decyduje o powodzeniu interwencji i uniknięciu powtórnej traumatyzacji. Na trud (i satysfakcję) przyjęcia perspektywy klienta składają się podstawowe umiejętności komunikacyjne (wysłuchiwanie!) interweniującego, ale też jego zdolność do przezwyciężania nie tylko osobistych ograniczeń, schematów: społecznych, etnicznych, kulturowych uwarunkowań, które rzutują na cały dalszy proces interwencji.

ETAPY	CHARAKTERYSTYKA DZIAŁANIA
Etap 2. Zapewnienie bezpieczeństwa	Minimalizowanie fizycznych i psychicznych zagrożeń dla osoby w kryzysie i jej bliskich. Autorzy modelu zwracają jednak uwagę na konieczność ciągłego, nie tylko na tym etapie integrowania zadań z nakazem zwracania stałej uwagi na kwestie bezpieczeństwa.
Etap 3. Wspieranie	Interweniujący nie może a priori zakładać, że klient czuje się wspierany, doceniany, dowartościowany. Interwent ma robić to: aktywnie; bezwarunkowo; bez oczekiwania, że osoba w kryzysie odwzajemni się podobnym traktowaniem; nawet, gdy nikt inny nie chce akceptować i doceniać.
Etap 4. Rozważanie możliwości	Przegląd dostępnych klientowi możliwości, analiza zasobów. Pokazanie, przypomnienie, że: • istnieje wiele dostępnych rozwiązań; • rozwiązania można traktować alternatywnie; • zasoby mogą mieć charakter: wsparcia środowiska (otoczenia), znanych i dostępnych sposobów radzenia sobie z trudnościami, wzorców pozytywnego i konstruktywnego myślenia; • „ilość nie znaczy jakość" – osoba w kryzysie nie potrzebuje wielości wyborów, tylko takich które będą stosowne i realne w sytuacji krytycznej.
Etap 5. Układanie planów	Ułożenie wspólnie z osobą, zapewniając jej poczucie sprawstwa, planu działania o charakterze raczej krótkoterminowym. Autorzy proponują, aby plan zawierał co najmniej: • zidentyfikowane osoby, instytucje konkretnej, natychmiastowej pomocy; • sposoby postępowania w konkretnych, przewidywanych sytuacjach (np. plan bezpieczeństwa dla osoby doświadczającej przemocy w rodzinie), działania pozytywne, konstruktywne, proste, rokujące drobnymi sukcesami i wzrastającym poczuciem mocy klienta. Niezwykle ważne jest jednak poczucie niezależności i posiadania kontroli przez osobę w kryzysie, dlatego plan nie może być siłą lub podstępem narzucony (mimo, a nawet ze względu na dużą podatność osób w kryzysie na taki wpływ).
Etap 6. Uzyskiwanie zobowiązania klienta	Etap, w którym dbając o poczucie niezależności i kontroli, osoba w kryzysie przejmuje odpowiedzialność za wykonanie planu. Uczciwe, bezpośrednie i wspierające zakontraktowanie dalszych działań, najlepiej z jednoczesnym ustaleniem sposobu obserwowania postępów. Praktyka podpowiada, aby uwzględnić na tym etapie sytuację, w której klient nie będzie w stanie z sukcesem dokonać pierwszych, pozytywnych zmian i może zerwać kontakt z powodu poczucia wstydu, rozczarowania brakiem swoich umiejętności. Należy wiedzieć, że mimo tej sytuacji można będzie podtrzymać kontakt.

Źródło: metodologia opracowana w ramach projektu „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej" (http://crzl.gov.pl/images/01-Biblioteka/Publikacje/Projekty_Pomocy_Spolecznej/Tworzenie_i_rozwijanie_standardów/Katalog_dobrych_praktyk_Zadanie_2.pdf)

Formy działań w interwencji kryzysowej:

Rozpoznanie i ocena zagrożeń

Rozpoznawanie i ocena zagrożeń, jakie mogą wiązać się z przeżywanym kryzysem, ma zasadnicze znaczenie dla całej strategii postępowania interwencyjnego

i wszelkich innych świadczeń na rzecz osoby kryzysie. Nie będzie przesadne twierdzenie, że od skuteczności oceny zależeć może życie i zdrowie osoby korzystającej z usługi, jej zdolność do działania i inne cechy ważne dla powodzenia interwencji.

Zagrożenie powinno być oceniane w dwóch aspektach:

Pierwszy z nich to zagrożenie ze strony klienta dla niego samego lub dla jego otoczenia. Kryzys nierzadko doprowadza osoby go przeżywające do skrajnej rozpaczy i aktów desperacji, trzeba więc wziąć pod rozwagę możliwość dokonania aktu zabójstwa, samobójstwa lub pozbawienia zżycia kogoś, kto identyfikowany jest jako przyczyna doświadczanego cierpienia.

Drugi aspekt to zagrożenie dla klienta ze strony jego otoczenia. W wielu rodzajach kryzysu, szczególnie tam, gdzie poważną rolę odgrywa przemoc, musi zostać oszacowane przez interwenta niebezpieczeństwo, jakie zagraża klientowi ze strony otoczenia, np. osób stosujących przemoc.

Rozpoznanie i ocena aktualnych zagrożeń w interwencji kryzysowej to natychmiastowe, krótkie i możliwie uproszczone postepowanie polegające na uzyskiwaniu podstawowych informacji o sytuacji krytycznej, kryzysie lub jego następstwach. W sytuacjach uzasadnionych szczególnymi okolicznościami, pomoc w formie rozpoznania i oceny zagrożeń udzielana jest na miejscu zdarzeń krytycznych.

Przedmiotem szybkiej i krótkiej oceny jest:

- ogólny stan psychofizyczny osoby, z uwzględnieniem okoliczności dotyczących, m.in. stanów nadmiernego pobudzenia/zahamowania, labilności (braku stabilności) emocjonalnej, dezorientacji poznawczej;
- adekwatność i racjonalność komunikatów i zachowania mających związek z kryzysem;
- okoliczności podwyższających ryzyko zaostrzenia się lub nadmiernego wydłużenia się reakcji;
- deklaracje osoby, inne okoliczności związane z relacjonowaniem zdarzeń, które mogą budzić niepokój u osoby interweniującej (np. spójność relacji, chronologia zdarzeń, racjonalność, wyjaśnień).

Ocena dokonywana może być jako:
- inicjacja interwencji (inicjalna);
- kontynuacja procesu oceny w trakcie interwencji (permanentna).

Pogłębiona psychologicznie diagnoza

Pogłębiona psychologicznie ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej, to podejmowanie specjalistycznych, psychologicznych czynności pozwalających rozpoznać indywidualną reakcję kryzysową, jej uwarunkowania oraz prognozować jej następstwa.

Pogłębiona psychologicznie ocena stanu, w jakim znajduje się osoba w kryzysie, powinna uwzględniać:
- rodzaj doświadczenia urazowego,
- natężenie czynników składających się na uraz,
- prognozę dotyczącą dalszych konsekwencji; ma ona fundamentalne znaczenie, determinujące skuteczność działań.

Psychologiczna ocena zagrożeń w interwencji kryzysowej cechuje się:
- ścisłym powiązaniem z konkretnymi działaniami interwencyjnymi;
- jest dokonywana szybko, a jej przedmiotem są wyłącznie aktualne zagrożenia związane z sytuacją osoby pokrzywdzonej;
- uwzględnia wcześniejsze sposoby radzenia sobie z problemami i stosowane wówczas środki przystosowawcze;
- odbywa się we współpracy z klientem, przy jego aprobacie.

Rezultatem szybkiego i krótkiego rozpoznania są wnioski dotyczące najpilniejszych działań do podjęcia. Dla doraźnego określenia potencjalnego zagrożenia interwencja kryzysowa posługuje się zapożyczonym z ratownictwa terminem „triage" (trier – franc.: sortować, odsiewać, rozdzielać). „Triage" służy ocenie priorytetów w leczeniu, na podstawie stanu chorych, a więc dostosowaniu strategii postępowania z osobą w kryzysie do jej stanu zdrowia. W interwencji kryzysowej ocenie podlega zarówno kondycja emocjonalna, jak i inne okoliczności, np. sytuacja rodzinna, materialna – ogólnie dostępność zasobów pomocy i wsparcia. Wnioski z „triage" służą ustaleniu aktualnego stanu osoby, na kontinuum: od niewymagającej natychmiastowej pomocy, przez różne stany pośrednie, do natychmiastowej akcji związanej z ostrymi stanami i zagrożeniami (przez analogię do segregacji poszkodowanych dokonywanej przez ratowników medycznych, gdzie ustala się priorytety czynności ratunkowych

lub kolejności transportu). Ocena tego typu w interwencji kryzysowej nie różnicuje subtelnych stanów emocjonalnych, nie uwzględnia wielu zmiennych psychologicznych, stąd w ewentualnym, dalszym postępowaniu musi zostać pogłębiona ukierunkowaną diagnozą indywidualną (Grodecka i in., 2012).

Przedmiotem oceny w interwencji kryzysowej jest w pierwszym rzędzie adekwatność reakcji na zdarzenie krytyczne. Reakcje na krytyczne doświadczenie ulegają przekształceniom, patologizacji, co jest efektem ubocznym wysiłków adaptacyjnych wskutek tego reakcja na nowe zdarzenia krytyczne zauważalnie odbiega od normy lub wcześniejszych schematów reagowania. Dotyczy to zarówno reakcji osoby na zdarzenia, jak i sposobu reagowania rodziny lub grupy połączonej kryzysem na jego atrybuty.

Trzema obszarami podlegającymi ocenie (stąd określenie: „trójwymiarowy model oceny kryzysu" TAF) są:

- natężenie zaburzeń emocjonalnych;
- natężenie zaburzeń behawioralnych;
- natężenie zaburzeń poznawczych.

Mimo, że w literaturze przedmiotu określa się narzędzie TAF, jako na tyle proste, że może być stosowane przez osoby bez gruntownego przygotowania psychologicznego, pozostajemy w przekonaniu, że ocena natężenia zaburzeń wymaga jednak refleksji psychologicznej, a więc i takiego zawodowego przygotowania.

Doraźne wsparcie psychologiczne

Doraźne wsparcie psychologiczne w interwencji kryzysowej to stosowanie różnych, krótkoterminowych i natychmiastowych form o charakterze pierwszej pomocy psychologicznej, bez konieczności poprzedzania ich pogłębioną diagnozą psychologiczną oraz planowania innych działań. W sytuacjach uzasadnionych szczególnymi okolicznościami, pomoc w formie doraźnego wspierania udzielana jest na miejscu zdarzeń krytycznych (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Narzędzia oddziaływań psychologicznych mających zastosowanie w interwencji kryzysowej zależne są wyłącznie od umiejętności i osobistych preferencji interwenta, podobnie jak w warsztacie rzemieślnika: tylko on decyduje, przy pomocy jakich instrumentów podejmie się wykonania zamówionego dzieła. Ważne jest, aby „korzystający z usługi" był usatysfakcjonowany. Wskazać można jedynie, że

z uwagi na cechy definiujące interwencję, m.in. krótkoterminowość, prostotę, natychmiastowość, rekomendowane działania wywodzą się z nurtu tzw. pierwszej pomocy psychologicznej oraz innych form pomocy reprezentujących nurt skoncentrowany na rozwiązaniach (Grodecka i in., 2012).

Doraźne wsparcie socjalne

Doraźne wsparcie socjalne w interwencji kryzysowej to podejmowanie podstawowych działań związanych z zaspokojeniem najpilniejszych potrzeb biologicznych, ekonomicznych, społecznych osoby w kryzysie, jeżeli to możliwe we współdziałaniu z pracownikami socjalnymi prowadzącymi pracę socjalną oraz postępowania administracyjne w sprawie świadczeń.

Ważną formą działania w interwencji kryzysowej jest uzyskanie pomocy w zaspokajaniu potrzeb materialnych, co oczywiście ma wpływ na kondycję psychiczną osób korzystających z usługi. Sytuacja materialna (finansowa, dostęp do żywności, posiadanie miejsca do mieszkania, dostęp do środków medycznych i opieki medycznej, możliwość komunikowania się, przemieszczania, dostęp do edukacji, możliwość podnoszenia kwalifikacji), to okoliczności, które wpływają zarówno na eskalację czynników wtórnie traumatyzujących (jeśli występują) lub zwiększające zdolność do radzenia sobie z trudnościami, wpływające na poczucie stabilności, bezpieczeństwa, jeśli jest deficyt (Kadela, Kowalczyk, 2011).

Wzmacnianie zasobów własnych i otoczenia: rozpoznanie, wzmacnianie i rozwijanie zasobów osoby i otoczenia w interwencji kryzysowej, to wszelkie niespecyficzne: psychologiczne, pedagogiczne, prawne, socjalne i inne – działania zmierzające do inicjowania i aktywizowania czynników ułatwiających osiągnięcie celów interwencji kryzysowej.

Metody wzmacniania zasobów

Wsparcie emocjonalne, polegające na zachowaniach będących przejawem troski, zrozumienia i pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej. Zachowania wspierające mają też na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższania samooceny. Osoby cierpiące mogą dzięki wsparciu emocjonalnemu uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje lęki, obawy, smutek. Wpływa to nie tylko na poprawę samooceny osoby wspieranej, ale również na jej samopoczucie. Odpowiednie zachowanie osoby wspierającej

wyzwala także poczucie nadziei. Takie wsparcie upewnia nas, że jesteśmy kochani i że komuś na nas zależy („są na świecie ludzie, którzy mnie kochają"). Ten rodzaj wsparcia najpowszechniej występuje w sytuacjach trudnych.

Wsparcie informacyjne to wymiana i udzielanie informacji oraz dawanie rad, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, własnego położenia życiowego i problemów. Chodzi tu także o dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych oraz dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne problemy, co ma miejsce na przykład w grupach samopomocy (np. Anonimowych Alkoholików). Wsparcie informacyjne odpowiada na potrzebę rozumienia sensu krytycznych wydarzeń i ich przyczyn. Tego rodzaju wsparcia udzielają nam najczęściej osoby, z którymi łączą nas kontakty towarzyskie. Istnienie osób (znajomych), z którymi można razem spędzać czas jest również formą wsparcia.

Wsparcie instrumentalne polega na udzielaniu bezpośredniej pomocy w formie pożyczek, darów lub usług. Jest to także przekazywanie informacji o konkretnych sposobach postępowania oraz forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych. Formą takiego wsparcia może być na przykład działanie na rzecz osób potrzebujących: karmienie, udostępnianie schronienia, mieszkania, przekazywanie środków do życia, zaopatrzenie w lekarstwa i środki lecznicze. Ten typ wsparcia, podobnie jak wsparcie informacyjne, jest najbardziej oczekiwany i potrzebny w sytuacjach katastrof, klęsk żywiołowych itp.

Wsparcie duchowe związane jest ze szczególnie krytycznymi sytuacjami życiowymi (nieuleczalna choroba, stany terminalne). Dotyczy opieki hospicyjnej, w której pomoc wobec cierpienia i bólu duchowego, związanego z sensem życia i śmierci, wymaga odniesienia się właśnie do sfery sensu życia i ducha.

Poradnictwo specjalistyczne

Poradnictwo specjalistyczne w interwencji kryzysowej, to udzielanie skonkretyzowanych informacji, m.in. z dziedziny prawa, medycyny, psychologii, pomocy społecznej, mających zastosowanie w sytuacjach związanych z kryzysem lub możliwością jego wystąpienia.

Interwencja kryzysowa wiąże się z odpowiedzialnym, świadomym korzystaniem z wiedzy i umiejętności osób pomagających. Niezbędna jest w wielu przypadkach

pomoc specjalistyczna: prawna, medyczna, z dziedziny seksuologii, gerontologii, pediatrii, psychiatrii i wielu innych. Rolą interwenta jest wówczas zorganizowanie dostępu do wykwalifikowanych specjalistów, skoordynowanie pomocy, czasem zorganizowanie wspólnej pracy nad zdarzeniem metodą „zespołu interdyscyplinarnego". W miarę możliwości warto zorganizować w instytucji interwencji kryzysowej stałe formy współpracy z udzielającymi porad, np. prawnikami (radcami prawnymi, adwokatami, prokuratorami – po uzyskaniu zgody ich przełożonych) lub lekarzem psychiatrą. Wiele ośrodków współpracuje ze specjalistami o dużym doświadczeniu zawodowym, którzy podejmują się udzielania pomocy „pro bono" tj. nieodpłatnie, w szczególności korzystając z pomocy organizacji społecznych, co nie naraża tych osób na konieczność opłacania podatku dochodowego z tytułu udzielania świadczeń (Kubacka-Jasiecka, 2010; Grodecka i in., 2012).

Psychoedukacja wobec osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych

Psychoedukacja w interwencji kryzysowej to podejmowanie czynności edukacyjnych odwołujących się do osobistych doświadczeń i przeżyć uczestnika, mające na celu m.in.: lepsze zrozumienie sytuacji krytycznej, zwiększenie zasobów własnych, pomoc w korzystaniu z zasobów zewnętrznych, poznanie sposobów radzenia sobie z trudnościami (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Psychoedukacja jest ważnym elementem interwencji kryzysowej, w swej rozszerzonej formie obejmuje również uczenie rodziny osoby w kryzysie pewnych umiejętności, sprzyjających jego powrotowi do równowagi i zdrowia. Działanie wykonywane jest przez personel interwencji kryzysowej w trakcie rutynowych spotkań z osobą. Może odbywać się w formie indywidualnych lub grupowych sesji (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Są to działania wykorzystujące złożone, ograniczone w czasie do maksimum 12 miesięcy, specjalistyczne działania i procedury psychologiczne, których celem jest łagodzenie ostrych lub przewlekłych zaburzeń będących skutkiem kryzysu i pomoc w osiągęciu stanu umożliwiającego samodzielne radzenie sobie lub korzystanie z innych form pomocy.

W popularnym w Polsce modelu Jamesa i Gillilanda, interwencja kryzysowa zbudowana jest jako sześcioetapowy proces, traktowany jednak nie jak sztywny, mechaniczny schemat, lecz raczej jak przewodnik dla interweniującego. Na model składają się dwie formy aktywności: osoby w kryzysie (strategie „wysłuchiwania": etap 1–3, tzn.

„przewaga słuchania nad działaniem") i osoby interweniującej (strategie „działania": etap 4–6, tzn. „przewaga działania nad słuchaniem"), ale w każdym momencie trzeba liczyć się z koniecznością zmiany toku postępowania, w zależności od stanu klienta (Grodecka i in., 2012).

5.2. STUDIUM PRZYPADKU – dobra praktyka w zakresie pracy z klientem

Metoda zarządzania przypadkiem (z ang. case management) jest postrzegana jako jedna z ważniejszych innowacji na polu zdrowia psychicznego i opieki środowiskowej ostatnich dekad. Podstawowe zadania w pracy metodą zarządzania przypadkiem to:

- diagnoza – obejmuje zbieranie informacji dotyczących pilnych do rozwiązania problemów klienta oraz analizowanie możliwości w oparciu o słabe i silne strony klienta, jego potrzeby;
- planowanie – polega na stworzeniu indywidualnego planu uwzględniającego w jaki sposób potrzeby klienta zostaną zaspokojone;
- łączenie – ułatwianie klientowi skorzystanie z różnego rodzaju dostępnych usług, adekwatnie do jego potrzeb;
- monitorowanie – stała ewaluacja postępu klienta;
- występowanie w interesie klienta – wspieranie klienta i całego procesu zmian.

Wielką zaletą zarządzania przypadkiem jest umożliwienie klientowi skorzystanie z usług świadczonych przez różnego typu instytucje. Zgodnie z tą metodą klient nie jest osobą bierną, pozbawioną wpływu lecz zaangażowaną w rozwiązywanie swoich problemów. Oczekuje się od niego aktywności, bazuje na jego mocnych stronach i zachęca do podejmowania odpowiedzialności. Klient jest ekspertem w zakresie własnych potrzeb i świata wartości.

Poniżej zaprezentowany zostanie **przykładowy opis przypadku** przygotowany przez pracownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, który stanowi przykład dobrej praktyki w zakresie pracy socjalnej z osobą uzależnioną.

Klient: R., lat 45, wykształcenie wyższe, uzależniony od alkoholu.

5.2.1. Okoliczności i motywy podjęcia leczenia

Pacjent zgłosił się do Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w mieście B. 21 lutego 2013r.; objawów zespołu abstynencyjnego nie zaobserwowano. Miał obniżony nastrój, był wyciszony, mówił wolno. Jednocześnie zaobserwowałem też napięcie w głosie pacjenta. Pacjent poinformował mnie, że przyszedł w celu podjęcia leczenia swojego uzależnienia od alkoholu. Motywem podjęcie leczenia była z jednej strony bardzo duża presja przełożonych w pracy, którzy uważali, że kompletnie sobie z tym sobie radzi i musi podjąć leczenie. Drugim powodem zgłoszenia, który podał była rozmowa z pracownikiem socjalnym, który zaproponowała podjęcie leczenia w Poradni Leczenia Uzależnień; było to również związane z posiadanymi długami, zaległościami w opłacaniu czynszu, zagrożeniem utraty pracy; istotnym powodem było również nie radzenie sobie z samym sobą, z trudnościami natury somatycznej oraz emocjonalnej, które go – jak podał – całkowicie wykańczają. – „Jestem tym szarpaniem się ze samym sobą solidnie zmęczony". Chciał przezwyciężyć trudności w radzeniu sobie ze stresem, samotnością i związaną z tym chęcią do picia. Pacjent nie używa alkoholu od m-ca października 2012 roku. Poprzednio, od ostatniego leczenie przez okres dwóch lat nadużywał alkoholu, starając się kontrolować swoje picie. Z uwagi na jego domniemaną wiedzę o uzależnieniu (był leczony w placówkach odwykowych), braku identyfikacji z uzależnieniem od alkoholu, poczuwania się do bezsilności od alkoholu (na poziomie nieświadomym nie chciał tego przyjąć, uważał to za swą porażkę) i świadomość własnych strat wynikających z picia, zaproponowałem pacjentowi udział w podstawowym etapie terapii. Pacjent chciał podjąć leczenie, gdyż obawiał się powrotu do picia alkoholu i poważnych konsekwencji ze strony przełożonych; był leczony 4-krotnie w zamkniętych ośrodkach lecznictwa odwykowego. Po każdym leczeniu nie potrafił utrzymywać dłużej abstynencji. Nie uczestniczył w żadnych grupach terapeutycznych ani ruchach trzeźwościowych. Obecnie jest zdeterminowany i chce koniecznie zmienić swoje życie. Ale jednocześnie nie ma pomysłu, jak to zrobić. Poinformował mnie, że ma kolegę – trzeźwiejącego alkoholika, z którym się kontaktuje telefonicznie; co kilka miesięcy widuje się z nim osobiście. Podczas pierwszej rozmowy ustalono, że R. będzie uczestniczyć w zajęciach podstawowego etapu terapii, w treningach umiejętności oraz w terapii indywidualnej. Podpisał kontrakt na terapię.

5.2.2. Diagnoza nozologiczna

Kontakty z alkoholem na podstawie wywiadu z pacjentem: Pacjent wspomina, że kiedy był dzieckiem jego ojciec nadużywał alkoholu. Jako chłopak miał wstręt do alkoholu; było to, jak powiedział, wynikiem widoku pijanego ojca, który często nadużywał alkoholu

i znęcał się nad jego matką; raz był świadkiem gwałtu matki przez pijanego ojca. Często musiał uciekać z domu przed pijanym ojcem razem z braćmi i siostrami. Jako najmłodszy stawał w obronie matki; ojciec go za to bił. W szkole średniej nie nadużywał alkoholu, unikał go, kiedy jego koledzy sięgali po niego on po prostu odmawiał. Śmiali się wtedy z niego, że nawet piwa nie pił. On po prostu nie chciał. Był więc z tego powodu pod presją rówieśników. Taki stan rzeczy utrzymywał się przed pójściem do wojska i w trakcie pobytu w nim. Również w trakcie pobytu na studiach nie używał alkoholu. Po skończeniu studiów zaczął spożywać alkohol, aby przezwyciężyć zmęczenie; po pewnym czasie, aby się lepiej poczuć pił coraz więcej. Gdy nie pił dłuższy czas, jego organizm zaczął się domagać alkoholu. Na początku wypijał 1–2 lampki wódki lub koniaku, powyżej 150 ml każda. Problemy z alkoholem zaczął mieć pod koniec 29 r.ż. Wtedy już nie kontrolował swego picia i „wyłączał się". Miał wtedy już luki pamięciowe spowodowane nadużywaniem alkoholu. Nie odczuwał wtedy wyrzutów sumienia. Pił też wino – 2–3 butelki na tydzień. Ale zaraz dodaje, że wtedy wódkę pił okazjonalnie, nie codziennie. Ale po pewnym czasie zaczął sięgać też po wódkę. Zaczął ją pić w coraz większych ilościach, aby uzyskać odprężenie i spokój. Trwało to do 2000 roku, kiedy pod presja przełożonych w pracy podjął pierwsze leczenie. Abstynencje przerywał w sytuacjach presji emocjonalnej nie radzenia sobie przy rozwiązywaniu problemów dnia codziennego. Czuł się wtedy osamotniony i aby o tym zapomnieć sięgał po coraz większe dawki alkoholu. Ostatnie okres swojego picia wspomina, że poszukiwał alkoholu w celu redukcji napięć, po kryjomu wychodził z pracy w celu nabycia wódki, którą wypijał zaraz po powrocie. Potrafił jednorazowa wypić cała butelkę wódki, doznawał wtedy „wyłączenia". Na podstawie podawanych przez pacjenta informacji i faktów można wnioskować, iż sięga on po alkohol w następujących sytuacjach: napięć, poczucia nieumiejętności rozwiązywania konfliktów, poczucia osamotnienia i izolacji, dylematów moralnych spowodowanych tym, iż nie może w sobie zaakceptować faktu uzależnienia od alkoholu, co jest sprzeczne z jego wiarą – jest głęboko wierzący. Powodem sięgania po alkohol w późniejszym czasie było, jak twierdzi, obniżone poczucie własnej wartości i nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych.

Objawy uzależnienia od alkoholu:

1. *Silna natrętna potrzeba spożywania alkoholu (głód alkoholowy).*
   Pacjent odczuwał silne pragnienie wypicia alkoholu, gdy doświadczał przykrych uczuć, zmęczenia, napięć emocjonalnych – picie było jego jedynym sposobem na radzenie sobie z psychicznym bólem, poczuciem odrzucenia i poczuciem niskiej wartości. Często sięgał po alkohol w sytuacji nudy i monotonii. 3 pkt. w skali J. Kasprzaka.
2. *Upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu.*

W miarę postępowania uzależnienia pił z czasem kilkudniowymi ciągami. Często się upijał, pił, aby się „wyłączyć", czyli do utraty świadomości. Kilkudniowe przerwy w piciu, które sprawiały mu cierpienie emocjonalne rekompensował wypijaniem dużej dawki alkoholu (0, 5 l wódki na raz). Pił też codziennie po 200–300 ml alkoholu. Nie był w stanie przerwać raz rozpoczętego picia. Nie liczył się z konsekwencjami rozpoczętego nadużywania alkoholu. Wiedział, że nie potrafi przerwać rozpoczętego picia w dowolnym momencie. 3 pkt. w skali J. Kasprzaka.

3. *Alkoholowy zespół abstynencyjny oraz picie alkoholu w celu złagodzenia, albo zapobieżenia wystąpienia objawów zespołu abstynencyjnego i subiektywne poczucie skuteczności takiego działania.*
   Po zaprzestaniu picia pojawiały się u niego nudności, bóle głowy, zaburzenia łaknienia, nerwowość, napięcie, wzmożona potliwość; często odczuwał drżenie mięśni, które jednak – jak podaje – było niewidoczne. Był też bardziej drażliwy, odczuwał napięcie, lęk. Jego dolegliwości somatyczne i emocjonalne utrzymywała się po zaprzestaniu picia; sięgnięciem *po kolejne dawki alkoholu starał się usunąć nieprzyjemne dolegliwości. 3 pkt. w skali J. Kasprzaka.*
4. *Zmieniona tolerancja na alkohol.*
   Początkowo R. wypijał kilka lampek koniaku lub wódki. Z czasem dawki stawały się coraz większe. Z czasem wypijanie niewielkich ilości alkoholu nie powodowało lepszego samopoczucia. W okresie podwyższonej tolerancji na alkohol wypijał 0, 5 litra wódki dziennie, pijąc kilkudniowymi ciągami. Przed podjęciem leczenia w Poradni upijał się już po dwóch dawkach po 100 ml wódki lub wina. 4 pkt w skali J. Kasprzaka.
5. *Zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem alkoholu.*
   Pacjent coraz więcej czasu był zainteresowany spożywaniem alkoholu. Powodowało to u niego zaniedbywanie codziennych obowiązków zawodowych, nie przejmowanie się tym, że musiano go zastępować w czynnościach zawodowych. Zaczął zaniedbywać również kontakty *towarzyskie. 4 pkt. w skali J.Kasprzaka.*
6. *Picie alkoholu mimo oczywistej wiedzy o jego szkodliwości dla zdrowia pijącego.*
   Wie, że nadużywanie alkoholu prowadzi do uszkodzenia wielu układów w organizmie, wie też, że inni koledzy odsunęli się od niego z tego powodu. Wiedza ta nie została przez pacjenta uwewnętrzniona w stopniu pozwalającym na uzyskanie głębokiej świadomości uzależnienia od alkoholu. 4 pkt. w skali J. Kasprzaka.

Na podstawie powyższych objawów zdiagnozowano zespół uzależnienia od alkoholu. Według skali nasilenia objawów Jacka Kasprzaka stwierdzam fazę końcową uzależnienia od alkoholi – 21 pkt. Charakteryzuje się ona tym, że pacjent doznaje ciągłego napięcia i poszukuje alkoholu w celu jego rozładowania; każdorazowo po sięgnięciu po alkohol

traci kontrolę na piciem; każdorazowe próby ograniczenia bądź przerwania picia implikują wystąpienie silnych objawów abstynencyjnych (mogą pojawiać się powikłania w postaci drgawek lub/i majaczenia); występuje tzw. słaba głowa (zmniejszenie tolerancji na alkohol) i upijanie się kilka razy w ciągu dnia; picie alkoholu staje się najważniejszym sposobem radzenia sobie trudnościami życiowymi; spożywanie alkoholu pomimo występowania szkód zdrowotnych (ICD-10).

5.2.3. Diagnoza problemowa – opis sfer życia

Na dwóch kolejnych spotkaniach dokonałem diagnozy problemowej sfer funkcjonowania pacjenta. Oto ich krótka charakterystyka.

Życie (relacje) rodzinne

Rodzice pacjenta nie żyją; utrzymuje kontakty ze swoimi siostrami, które są w konflikcie. Przyjął sobie za punkt honoru, że będzie stara się je pogodzić, aczkolwiek wie, że jest to trudne. Nawet zastanawia się, czy to w ogóle możliwe. Z rozmowy z pacjentem wywnioskowałem, ze z jedną z sióstr ma głębszą więź emocjonalną. Z dalszą rodziną nie utrzymuje kontaktów. Sytuacja ekonomiczna Pacjent pobiera miesięczne wynagrodzenie w zakładzie pracy. Zgłosił się do OPS z powodu trudnej sytuacji ekonomicznej spowodowanej długami i zagrożeniem utraty pracy. Wynagrodzenie przeznacza na alkohol.

Relacje społeczne – praca

Pracuje w zakładzie prywatnym. W relacjach z kolegami jest uległy, często godzi się na narzucanie dodatkowych obowiązków, które nie były wcześniej zaplanowane. Nie potrafi odmawiać tym prośbom. Jest wobec nich uczynny, jednakże nie potrafi poprosić o pomoc. Wewnętrznie narasta w nim złość i frustracja, której nie potrafi wyrazić. Ten mechanizm tłumienia złości i radzenia sobie z nią niejednokrotnie skłonił go do sięgnięcia po alkohol.

Relacje społeczne – poza pracą

W relacjach z klientami w pracy jest zaangażowany. Uważa, że to on jest dla ludzi. Nie potrafi odmówić, gdy ktoś przychodzi po godzinach pracy w celu załatwienia jakiegoś problemy czy też sprawy. Nie utrzymuje jednak z nimi kontaktu poza relacjami służbowymi. Czuje się wyizolowany, ale sam nie robi nic w kierunku zmiany tego stanu rzeczy. Kontaktuje się z dwoma

kolegami uzależnionymi-trzeźwiejącymi alkoholikami. Najczęściej czyni to przez telefon. Lubi swoją pracę, jest z niej dumny, sprawia mu dużo satysfakcji to, że może wysłuchać problemów, radości i smutków innych ludzi. Stara się im pomagać poprzez udzielanie wsparcia. Podsumowując jego relacje społeczne, cechuje je wycofanie, submisywność. Jest osobą samotną, ma problem z nawiązywaniem i podtrzymywaniem więzi społecznych. Brak bliższych kontaktów z ludźmi powoduje, że w trudnych momentach, np. depresji, nie ma się do kogo zwrócić i wtedy również sięga po alkohol.

Życie emocjonalne

Pacjent uważa, że uczuć nie należy okazywać. W dzieciństwie przeżywał najczęściej negatywne stany uczuciowe, wyuczył się poprzez naśladownictwo negatywnych wzorców radzenia sobie z emocjami. Ma problem z rozpoznawaniem swoich emocji, zwłaszcza negatywnych i nie potrafi w sposób konstruktywny sobie z nimi radzić. Tak więc tłumi uczucia, zaprzecza im, nie zawsze potrafi ich zdefiniować; aby je zredukować, sięgał w przeszłości po alkohol. Nie potrafi sobie radzić z przygnębieniem, Ponieważ nie potrafi budować relacji społecznych, nie ma z kim podzielić się swoimi uczuciami.

Obraz pacjenta we własnych oczach

Pacjent ma niskie poczucie własnej wartości. Zapytany o wymienienie swoich pozytywnych cech, nie potrafił wykonać tego zadania. W okresie dojrzewania uważał się za osobę mało atrakcyjną fizycznie i towarzysko. Wynikało to z jego przeżyć w dzieciństwie. Jego rodzice nigdy go nie chwalili, zawsze był krytykowany, zwłaszcza przez ojca. Wpłynęło to w sposób znaczący na ukształtowanie się jego obrazu siebie (rozproszone JA). Ten negatywny obraz siebie uległ modyfikacji w momencie, kiedy pacjent skończył studia i odnalazł się w pracy. W swojej roli zawodowej czuje się osobą wartościową. Natomiast nie odnajduje się w żadnej z innych ról. Czuje się mało przydatny, ponieważ nie potrafi pogodzić swoich skonfliktowanych sióstr. Czuje się osobą nieatrakcyjną towarzysko, co wiąże się z jego poczuciem samotności, izolacji społecznej. Jedyne bliższe relacje, jakie zdołał nawiązać, to relacje na gruncie grupy terapeutycznej z dwoma trzeźwiejącymi alkoholikami.

Sytuacja zdrowotna

W dzieciństwie rzadko chorował. Obecnie swój stan zdrowia ocenia, jako dobry. Rozpoznano również zaburzenia depresyjne – diagnoza psychiatryczna. Pobiera w związku z tym leki.

Czas wolny

Cały wolny czas spędza sam. Czasem jeździ do teatru, opery. Obecnie w czasie wolnym studiuje pisma filozoficzne, interesuje się historią. Interesuje się historią starożytną i nowożytną Rzymu, chrześcijaństwa. Często odbywa spacery, słucha muzyki. Nie ma w tym towarzysza. Jakkolwiek wtedy, jak twierdzi, wypoczywa, to jednak pragnie, aby go spędzać w szerszym gronie. Raz w miesiącu jeździ do kina. Ale tez boi się „wyjść poza" swoje miejsce zamieszkania. Jego dzień zaczyna się o 5 rano, chodzi spać około 22.

Charakterystyka obszarów problemowych

Pacjent z jednej strony uważa się za osobę uzależnioną, jest przekonany o niemożności kontrolowania swego picia. Ale z drugiej strony nie do końca jest to w stanie zaakceptować. Rodzi to w nim konflikt wewnętrzny, który jest źródłem napięcia, niepewności i przyczynia się do łamania abstynencji; po zakończeniu każdego leczenia łamał abstynencję. Z uwagi na to ten konflikt wewnętrzny zaproponowałem udział w podstawowym etapie terapii z późniejszym wejściem w grupę podstawową (edukacyjno-motywacyjną).

Po dokonaniu diagnozy problemowej, do pracy z pacjentem w terapii wybrałem następujące sfery: A, B, C, D, E, F, G, opisane poniżej.

Obszar A: Brak zdolności do rozpoznawania i uznawania faktu własnego uzależnienia oraz gotowości do pracy nad sobą

Pacjent twierdzi, że wie, iż jest uzależniony, jednakże nie identyfikuje się w pełni z uzależnieniem; Najważniejsze dla niego jest leczenie. Twierdzi, że wie dużo o chorobie, jednak nie potrafi tego zastosować w praktyce. Jest w nim silna obawa przed naznaczeniem społecznym ze strony klientów w związku z pełnioną rolą. Występują u niego zaburzenia poznawcze, polegające na przekonaniu, że ludzie mają wyobrażenie osoby pomagającej, jako osoby idealnej. Jest to mechanizm racjonalizacji, usprawiedliwiające jego brak pełnego zaangażowania w leczenie. Nie jest również czujny na objawy swojego uzależnienia, nie uświadamia sobie tych objawów, nie potrafi identyfikować sygnałów ostrzegawczych. Nie potrafi zorganizować sobie tygodnia pracy; podejmuje zadania, które mu ktoś nagle proponuje, pomimo, iż tego nie chce robić. Nie akceptuje własnego uzależnienia, twierdząc, że to jest grzech, a on jest głęboko wierzący. Obawia się uczestnictwa w grupie psychoterapeutycznej, bo mogą mnie rozpoznać moi klienci, ludzie, którym pomagam, znajomi. Nie umie odmówić, np. koleżanka, kolega z pracy nagle, bez uprzedzenia, coś mu zlecają, proszą go o coś.

Obszar B: zaburzenia życia emocjonalnego i duchowego

Podczas pierwszych spotkań starał się być spokojny i miły, w związku z czym tłumił złość, smutek, poczucie odrzucenia. Smutek, samotność i złość maskuje kamiennym wyrazem twarzy, czasem uśmiechem. Pacjent jest bardziej skoncentrowany na panowaniu nad swymi uczuciami, niż na ich rozpoznawaniu;. Ale takie uczucia, jak złość, radość, smutek potrafi rozpoznać. O swoich uczuciach rozmawia telefonicznie tylko z dwoma trzeźwiejącymi alkoholikami z pobliskich miast. Raz na 2–3 miesiące kontaktuje się z którymś z nich bezpośrednio. Twierdzi, że po swoim agresywnych zachowaniu czasem odczuwa poczucie winy a czasem unika go dzięki racjonalizacjom – ma poczucie krzywdy, poczucia winy. Z drugiej strony twierdzi, że nigdy nie okazywał krańcowych uczuć; czy je przeżywał? *– nie jest tego pewny. Manipuluje swoimi uczuciami, nie dostrzega tego, że takie postępowanie uniemożliwia mu wprowadzenie realnych zmian w swoje życie. Posiada podstawową wiedzę na temat mechanizmu nałogowego regulowania uczuć, jednak nie odnosi go do siebie. Nie wie, jak inaczej mógłby przeżywać przykre uczucia a zarazem był świadomy, że nie radzi sobie ze swoim życiem emocjonalnym. Najważniejsze dla niego jest poradzenie sobie z chorobą alkoholową (twierdzi, że cierpi z tego powodu). Ceni szczerość, dobroć, życzliwość, prawdę; prawdę w tym sensie, jako umiejętność przyznania się do błędu. Postrzega siebie, jako osobę wrażliwą, która łatwo dotknąć. Ma to związek z niskim poczuciem wartości a także implikuje nie radzenie sobie w sytuacjach stresowych powodujących silne emocje; w przeszłości w takich sytuacjach zawsze uciekał w alkohol. Źle znosi przygnębienie, stany depresyjne. Lubi życie uporządkowane, według schematu. Niestety, pomimo planowania zadań w perspektywie tygodnia, czy też miesiąca, bardzo często jest to burzone, co wpływa na niego destrukcyjnie. Czuje się dobrze w jasnej strukturze zadań i poleceń. Stara się organizować czas wolny. Jednocześnie twierdzi, że jest zniechęcony, akceptuje codzienność. Ważne jest tutaj przypomnienie pacjentowi kwestii uszkodzeń życia emocjonalnego i duchowego spowodowanych piciem alkoholu. Z tego, co powiedział, wiem, że jego sposób przeżywania uczuć wiąże się ściśle z doświadczeniami z dzieciństwa i okresu adolescencji; potrzebna jest tutaj analiza jego doświadczeń w rodzinie pochodzenia. Ważne jest też nabycie przez niego umiejętności społecznych radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.*

Obszar C: Brak zdolności do rozumienia siebie i innych oraz konstruktywnej wizji własnego życia

Alkohol umożliwiał pacjentowi oderwanie się od rzeczywistości; ale uważa, że uczestniczenie w sytuacjach związanych z piciem nie przynosiło mu satysfakcji, alkohol uatrakcyjniał mu życie, czuł się wtedy lepiej – słuchając muzyki, czytając książkę. Ale swoje picie wspomina jako doznawanie przykrości, wie, że zawiódł wielu ludzi. Potem miał kaca

moralnego, ale równocześnie twierdzi, że nie miał wyrzutów sumienia ani poczucia winy. Ale gdy miał poczucie winy, to sięgał po alkohol! Wiedział, czym się zakończy spotkanie z alkoholem – utratą kontroli. Twierdzi, że pod wpływem alkoholu raczej nie wykonywał zadań w pracy. Często nie pamiętał, co robił pod wpływem alkoholu. Uzyskiwał na ten temat informacje od kolegów i koleżanek. Ale jeszcze rok temu twierdził, że się go czepiają, przecież inni też piją i nic... Wielokrotnie deklarował, że przestanie pić. Ale niestety… Alkohol był rozwiązaniem na wszelkie problemy. Uważał, że jest to jego prywatna sprawa. Nie jest w pełni świadomy konsekwencji swojego nadużywania alkoholu dla poszczególnych sfer życia. Unikał odpowiedzialności za konsekwencje swojego picia. Nie posiada też konstruktywnej wizji własnego życia, w aspekcie zawodowym i osobistym. Chciałby być trzeźwy, jest zadowolony z pracy; nie ma aspiracji awansowania. Wie, że życie bez alkoholu ma sens (odwołując się do swoich przeszłych doświadczeń z alkoholem), ale nie potrafi tego wcielić w życie. W pacjencie jest więc wiele sprzeczności i wynikających stąd trudności w jego konstruktywnej wizji życia. Swoje życie ocenia bardzo negatywnie. Twierdzi, że nie odczuwał ze strony ludzi dezaprobaty związanej z jego piciem, co jest przykładem zaprzeczania i koloryzowania przeszłości. Ma tendencje do marzeniowego planowania, bez uwzględnienia realiów i dążeń innych osób; chciałby wszystko, jak mówi: zostawić, pojechać gdzieś. Najlepiej za granicę, gdzie jest ustabilizowane życie. Fantazjuje, co by było, gdyby się nie uzależnił, odczuwa, jak twierdzi żal po stracie, jaka jest niemożność normalnego picia alkoholu. Podczas pobytu w jednej *z placówek odwykowych snuł tylko raz dalekosiężne plany, że jakby nie pił, to zmieniłby swoje życie. Widoczny jest więc tutaj mechanizm iluzji i zaprzeczania. Podsumowując, pacjentowi alkohol pozwalał na unikanie napięć, wyluzowaniu się, ucieczki od codzienności; zaprzeczał, że jest to wynikiem jego uzależnienia; sięganie po alkohol – przypisywał to czynnikom zewnętrznym, nawet twierdził, że koledzy mogli go odciągnąć od picia, ale tego nie uczynili. Czasem nie pił tylko dlatego, że był miesiąc trzeźwości, Wielki Post, ale nie zawsze podołał temu wyzwaniu. Praca nad problemami tego obszaru może pomóc zrozumieć mu własne postępowanie (bardzo często sprzeczne) i jego motywy oraz ukazać aktualne przejawy działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Lepsze rozumienie siebie ułatwi mu uświadomienie sobie celów, pragnień i skupienie się na ich realizacji. Ważne jest także uczestnictwo w treningach umiejętności społecznych. Rozpoznanie przez pacjenta własnych kompetencji może obniżyć jego lęk i tym samym ułatwić mu nawiązywanie konstruktywnych relacji społecznych, planowanie swojego życia.*

Obszar D: Dezorganizacja własnego Ja oraz brak oparcia w sobie

R. uważa się za osobę słabą psychicznie, ma niskie poczucie wartości i sprawczości – to myślenie towarzyszy mu od dzieciństwa i w takim obrazie własnej osoby utwierdzał

go ojciec. Osobą znaczącą i wspierającą była tylko matka, starając się budować jego poczucie wartości, ale jednocześnie przybierając postawę nadmiernie chroniącą. Wynikiem tego było również brak poczucia sprawczości. Uważa, że wielokrotnie był życiowo niezaradny. W młodzieżowej *grupie rówieśniczej, jakkolwiek był dobrym organizatorem, wycofywał się z relacji społecznych; jako ucznia i studenta ocenia siebie, że był bardzo dobry, ale czyni to w oparciu o opinię nauczycieli. Nauczyciele go cenili, ale wewnętrznie był przekonany, że na to nie zasługuje. W sytuacjach, gdy był pod wpływem alkoholu, miał do siebie żal i jednocześnie marzył, jakby to było, gdyby nie pił. Jednocześnie doznawał różnych wizji własnej osoby, które były całkowicie sprzeczne. Innych wizji własnej osoby doznawał z kolei podczas dochodzenia do normalnego stanu (na kacu), doznawał wtedy poczucia winy, ogromnego wstydu. Podczas okresów abstynencji był zadowolony, postrzegał się jako dobrego człowieka, relacje z ludźmi układały mu się pomyślnie. Tak więc raz uważał się za dobrego, raz za złego człowieka. Widać z tego, że posiada sprzeczne obrazy własnej osoby w zależności od sytuacji społecznej i przeżywanych emocji (widoczny jest tutaj mechanizm nałogowego regulowania uczuć/emocji).* Łatwo odzywa się w nim niskie poczucie własnej wartości, co z kolei wywołuje smutek *i złość; nie dostrzega możliwości wpływania na kształtowania własnej osoby w preferowanym przez siebie kierunku. Swą wartość widzi w pomaganiu innym. Sądzi, że inni go idealizują, ale jest również świadomy, ze widziano go pod wpływem spożycia alkoholu. To jednakże wypiera; to kolejny mechanizm obronny. Stara się zadośćuczynić krzywdy, które uczynił innym przez swoje picie poprzez pracę, poświęcając swoje dobre samopoczucie (branie obowiązków za innych, mimo wewnętrznego sprzeciwu). Stara się pooprawia relację z siostrami (pogorszyły się w trakcie jego picia). Podsumowując, istotne jest, aby pomóc pacjentowi w dostrzeżeniu procesu kształtowania się jego obrazu siebie oraz wpływu różnych osób i grup (grupa pierwotna, grupy wtórne) na rozwój jego myślenia o samym sobie. Tak naprawdę nie uznaje swojej tożsamości alkoholowej. Praca nad tymi problemami prowadzona jest głównie podczas psychoterapii indywidualnej. Celami są tutaj: osiągnięcie przez pacjenta wglądu w czynniki kształtujące jego postrzeganie siebie, dostrzeżenie przez niego różnic w sposobie widzenia jego osoby przez różnych ludzi i rozpoczęcie pracy nad kształtowaniem własnej osoby i wizerunku siebie. Ważne jest także przyjrzenie się swoim mocnym i słabym stronom, swoim kompetencjom i deficytom psychospołecznym.*

Obszar E: Zaburzenia kontaktów z otoczeniem społecznym

R. twierdzi, że jest świadom strat, jakie jego picie wniosło w relacje z ludźmi. Problemem jest natomiast nieumiejętność tworzenia intymnych więzi i ich podtrzymywania. Z jednej strony deklaruje pragnienie bliskości, jednak, (co stoi w sprzeczności) nie umie tego dokonać. Pacjent ma też zaburzone granice Ja – są one w zależności od sytuacji zbyt

usztywnione lub zbyt rozluźnione. Zachowanie w relacji z ważnymi dla siebie osobami jest submisywne; nie potrafi się im sprzeciwić. Problemy tego obszaru przepracowuję głównie podczas psychoterapii indywidualnej. Sądzę, iż bardzo istotną kwestią dla pacjenta jest zdobycie wiedzy na temat splątania i prześledzenia relacji, w które dotąd wchodził. W konsekwencji może uzyskać wgląd w swe wybory i ich motywy oraz nabędzie umiejętności potrzebnych do tworzenia zdrowych relacji.

Obszar F: Brak zdolności do skutecznego zapobiegania nawrotom picia

Pacjent nabył sporą wiedzę na temat procesu nawrotu oraz sygnałów ostrzegawczych. Jednak uważa, że nie było mu to potrzebne. Sądzę, iż ograniczona możliwość zauważania u siebie sygnałów ostrzegawczych jest konsekwencją słabego wglądu w siebie i słabej orientacji we własnych uczuciach oraz motywach postępowania. Żyje zaprzeczając wielu swoim uczuciom i stara się dostosować do wyobrażonych oczekiwań społecznych. Jego uogólniony inny jest nieadekwatny. Silnie rozwinięte mechanizmy obronne uniemożliwiają mu zastosowanie posiadanej wiedzy na temat nawrotu. Pacjent nie kojarzy nawrotów z zaniedbaniem zachowań służących trzeźwieniu (przeciążenie pracą, do którego dopuszcza) oraz z powrotem do picia; co ciekawe, nie zauważa, (choć o tym wie), że jego zaprzeczanie problemom, własnej bezradności i przykrym uczuciom, z którymi nie potrafił sobie radzić, stanowią jeden z elementów procesu nawrotu. Ważne jest więc w tej kwestii ukazanie nawrotu, jako aktywizacji mechanizmów uzależnienia i umożliwienie mu wglądu w swojej zachowania, które poprzedzają poprzednie zapicia. Praca nad tymi problemami będzie się więc toczyć równolegle z pracą nad lepszym uświadamianiem sobie oraz wyrażaniem uczuć. Pacjent będzie się przyglądać swoim stanom emocjonalnym oraz własnym zachowaniom, które owe stany wyzwalały i wyzwalają i podtrzymują. Istotny jest więc tutaj element autorefleksji, wglądu w siebie. Sądzę, że umożliwi mu to skuteczne korzystanie z posiadanej wiedzy. Potrzebne jest też dokonanie analizy sygnałów ostrzegawczych poprzedzających jego zapicia.

Obszar G: Brak umiejętności ważnych dla trzeźwego życia

Wszystkie opisane powyżej problemy stanowią podstawę do rozpoczęcia trzeźwego życia. Pacjent posiada wiedzę na temat alkoholizmu i mechanizmów nim rządzących, nie potrafi jej jednak zastosować w praktyce. Nie potrafi w sposób konstruktywny zorganizować sobie trzeźwego życia, tj. nie ma stałych kontaktów pozazawodowych ze środowiskami trzeźwościowymi, nie posiada kolegów, przyjaciół, z którymi mógłby mieć stałe i systematyczne kontakty w tej kwestii; nie potrafi i obawia się wchodzenia w głębsze relacje społeczne. Nie czyta literatury dot. uzależnienia, trzeźwienia. Nie potrafi stworzyć, ani korzystać z sieci wsparcia społecznego służących trzeźwemu życiu. Nie potrafi się

zmobilizować do uczestnictwa w grupie AA, społecznościach klubów abstynenta, które to strukturach są jednym z kluczowych elementów sieci wsparcia społecznego. W wymiarze zawodowym jakkolwiek zna swój zakres kompetencji i odpowiedzialności, często przejmuje odpowiedzialność za innych wyręczając ich w czynnościach mu przez nich narzuconych, na które nie ma ochoty. Jest to związane z opisanymi powyżej deficytami w relacjach społecznych. Podsumowując pacjent ma poważne deficyty w umiejętnościach intra-, interpersonalnych i społecznych, które są podstawą do kształtowania trzeźwego stylu życia. Są one wymienione w obszarach problemowych A-F. Praca nad deficytami będzie polegała na odbyciu grupowego treningu komunikacji i asertywności. Musi się on również nauczyć: konstruktywnie organizować sobie życie wg podstawowych zasad higieny życia psychicznego, czyli: planowania w życiu codziennym zadań i zaspokajania potrzeb, dot. jego trzeźwego życia, nauczyć się technik relaksacji.

Kolejność i sposób zajmowania się poszczególnymi problemami – wybrane przykłady

Pacjent podczas pierwszej wizyty miał obniżony nastrój, mówił spokojnie i powoli, zdawał się mieć ściśnięte szczęki. Miał postawę zamkniętą. Często intelektualizował i racjonalizował. Zauważyłem tendencje pacjenta do tłumienia uczuć, intelektualizowania, wycofania, narzucania tematyki rozmowy. Podczas drugiego spotkania ustalono kontrakt, który pacjent zaakceptował i wyraził gotowość do jego realizacji:

1. *Raz w tygodniu – uczestnictwo w terapii indywidualnej o tych samych godzinach*
2. *Wykonywanie zadań domowych i ich omawianie wg planu terapii*
3. *Nawiąże ściślejszy kontakt z osobami uzależnionymi-trzeźwiejącymi alkoholikami*
4. *Weźmie udział w treningu asertywności i komunikacji*
5. *Zadeklarował się, że w przyszłości, chciałby zintensyfikować spotkania z terapeuta do 2x w tygodniu.*
6. *Ustalono również takie sprawy, jak: warunki odwoływania sesji, kontakt między sesjami, wykorzystanie kamery i dyktafonu, sposób wykorzystania czasu pacjenta pomiędzy sesjami.*

Obszar A

Problem: „Wie, co to jest uzależnienia, twierdzi, że jest uzależniony, ale nie do końca się tym pogodził"

R. uczestniczył w zajęciach podstawowego etapu terapii i sesji rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych i zapobiegania nawrotom picia. Omawiał między innymi tematy

dotyczące psychicznych mechanizmów uzależnienia, konstruktywnego przeżywania i wyrażania emocji, nawrotu i sygnałów ostrzegawczych nawrotu. Zrobił bilans korzyści i strat związanych z nad używaniem alkoholu. Po ukończonym etapie podstawowym terapii oraz sesji zapobiegania *nawrotom picia, kontynuuje terapię. Jest zaangażowany, teraz utrzymuje abstynencję. Pacjent przeanalizował własne powroty do picia, sytuacje, w których odczuwał i odczuwa (twierdzi, iż obecnie bardzo rzadko) chęci napicia się. Jest również pod opieką psychiatryczną. Na początku pacjent pracował nad kwestia rozpoznawania własnego uzależnienia. Początkowo pacjent pracował nad problemem – mechanizmem iluzji i zaprzeczania. Wykonując systematycznie zadania domowe nauczył się rozpoznawać sygnały ostrzegawcze, analizować huśtawki nastrojów. Problem: „Nie wie, jak utrzymać abstynencję, gdy nachodzi go chęć picia. Nie potrafię kontrolować nagłej chęci napicia się. Nie jestem świadomy sygnałów ostrzegawczych" Stworzył sobie oparcie u trzech trzeźwiejących alkoholików o większym stażu abstynencji. Opracował również strategie radzenia sobie z głodem alkoholowy. Pomogły mu w tym leki. Również istotny wkład w utrzymywanie abstynencji i prace nad sobą wniosło prowadzenie i analizowanie Dzienniczka Uczuć i zaangażowanie w rzetelne wykonywanie zadań domowych.*

Obszar B

Problem: „Trudno mi radzić sobie z napięciami emocjonalnymi, z kumulowaną wewnątrz złością"

Moim celem było zachęcenie go do zajęcia się tym problemem zamiast wypierania go ze świadomości. Celem było to, aby po omówieniu swej złości pacjent nauczył się lepiej ją *rozumieć i sobie z nią radzić. Założyłem też, że gdy zacznie zajmować się swoją złością, brakiem umiejętności wyrażania uczuć i emocji, dojdą też do głosu jego pierwotne uczucia skoncentrowane wokół doświadczenia odrzucenia przez ojca, znęcanie się nad nim i matką. Kolejna kwestia do przepracowania, to problem: Nie wiem, jak sobie radzić z silnym napięciem, gdy mam obniżony nastrój lub nie umiem rozwiązać trudnej dla mnie sytuacji. Zaproponowałem taki sposób pracy nad tym problemem, by pacjent mógł przeanalizować różne rodzaje doświadczanych przez siebie trudnych sytuacji i swoje zachowania w tych sytuacjach. Zgodnie z kontraktem pacjent zaplanował odbycie treningu zachowań asertywnych organizowanych przez Poradnie we współpracy z klubem abstynenta Kolejne problemy do przepracowania obejmowały obszar C.*

Obszar C

„Nie potrafię zrozumieć, co inni czują, jakie przeżywają emocje. Nie wiem, do jakiego celu w życiu dążyć, czym będę się zajmować, gdy ukończę terapię"

Uznałem, że tymi problemami łatwiej będzie się zajmować po przepracowaniu wyżej wymienionych problemów a więc wtedy, gdy pacjent będzie miał lepszy wgląd w swe uczucia, emocje pragnienia i motywy działania. Uznałem także, że wówczas będzie miał więcej energii do zajmowania się nimi i mechanizmy obronne (iluzji i zaprzeczania, nałogowe regulowanie uczuć będą już częściowo zneutralizowane bądź rozbrojone).

Podsumowanie

Zaprezentowany proces pracy z pacjentem uzależnionym obejmuje diagnozę, konstruowanie strategii pracy psychoterapeutycznej, „rozbrajanie" w procesie zmiany zaburzonych dla niego mechanizmów obronnych w różnych sferach życia i jednocześnie budowanie „nowej mapy świata", nabywania nowych, konstruktywnych zachowań. Niezwykle istotnymi kwestiami w tym procesie są zatem:

- *współpraca międzyinstycjonalna,*
- *tworzenie sieci wsparcia społecznego i uczestniczenie w nich pacjenta i najbliższych,*
- *unikanie stereotypizacji i relacje konstruktywne ze strony innych współpracujących profesjonalistów oparte na obiektywnych przesłankach,*
- *edukacja przedstawicieli innych profesji w zakresie mechanizmów choroby alkoholowej i procesu zdrowienia,*
- *zaangażowanie w proces leczenia osób najbliższych pacjentowi (rodziny); jest to, bowiem choroba nie tylko pacjenta, ale też całego systemu rodzinnego, w którym pacjent (pacjentka) funkcjonuje.*

Skupianie się tylko w procesie leczenia na pacjencie (pacjentce) może prowadzić do pogłębiania deficytów u członków rodziny, prowadzić do pogłębiania się poczucia „beznadziejności" u najbliższych. A przecież nierzadko dzięki uczestnictwu najbliższych w procesie psychoterapii (osoby współuzależnione) odzyskują oni wiarę we własne siły i tym samym „wyzwalają się" z mechanizmów współuzależnienia i rozpoczynają nowe, konstruktywne życie, wolne od upokorzeń, strachu i beznadziejności.

BIBLIOGRAFIA:

- *Bushe G. R., Kassam A. F. (2005). When is Appreciative Inquiry transformational? A meta-case analysis. The Journal of Applied Behavioral Science, 41(2), 161–181*
- *Cooperrider D. L., Whitney D., Stavros J. M. (2003). Appreciative Inquiry handbook. Bedford Heights. OH: Lakeshore Publishers*
- *Cooperrider Dole, D., Hetzel Silbert, J., Mann, A. J., Whitney, D. (2008). Positive family dynamics: Appreciative Inquiry questions to bring out the best in families. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications*
- *Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A. (2012). Standard interwencji kryzysowej. Opracowanie na potrzeby projektu pt. Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej*
- *Kathleen M. Carroll, Samuel A. Ball, Charla Nich, Steve Martino, Tami L. Frankforter, Christiane Farentinos, Lynn E. Kunkel, Susan K. Mikulich-Gilbertson, Jon Morgenstern, Jeanne L. Obert, Doug Polcin, Ned Snead, George E. Woody. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence. 81, str. 301–312*
- *Kienhuis J., Świtek T. (2007). Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej i edukacji. Kraków: Instytut Socjologii UJ i Fontys University of Applied Sciences*
- *Kozak A. (2014). Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów przedsiębiorcami w zakresie ułatwienia wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne. Opracowanie w ramach projektu.*
- *Kubacka-Jasiecka D. (2010). Interwecja kryzysowa. Pomoc w Kryzysach Psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne*
- *Macdonald A. (2007). Solution – Focused Therapy. Theory, Research & Practice. London: SAGE Publications*
- *Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R. (1995). Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień. Warszawa: PARPAMedia*
- *Miller W.R. (2009). Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Warszawa: PARPAMedia*
- *Miller W. Rollnick S. (2009). Ten things that Motivational interviewing is Not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 37, str. 129 – 140*
- *Miller W.R., Rollnick S. (2010). Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielońskiego*
- *Miś L. (2008). Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach. Zeszyty Pracy Socjalnej. Kraków: Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Nr 14, str.13–25*
- *Rollnick S., Miller W. (1995). What is MI? Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 23, str. 325–334*
- *Whitney D., Trosten-Bloom A. (2003). The power of Appreciative Inquiry. San Francisco, CA: Berrett-Koehler*

PYTANIA PROBLEMOWE

1. Jakie nowe metody możemy wykorzystać w pracy z klientem uzależnionym?
2. Kiedy stosujemy interwencję kryzysową wobec osoby uzależnionej lub jej rodziny?
4. Jak wykorzystać metodę skoncentrowaną na rozwiązaniach i metodę docenienia w pracy z osobą uzależnioną?

NOTATKI I WŁASNE REFLEKSJE

Redukcja Szkód to strategia i programy, których celem jest minimalizowanie negatywnych zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji używania narkotyków – w wymiarze indywidualnym samych użytkowników, ich rodzin i społeczności w których żyją, bez stawiania im warunku zaprzestania używania tych substancji.

Metoda dialogu motywującego wniosła nowe treści w dyskurs o leczeniu osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz przyczyniła się do zmiany stylu pracy z osobami zgłaszającymi się do placówek leczenia uzależnień

Terapie behawioralno-poznawcze są skuteczne w leczeniu wielu zaburzeń jak: depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Często są łączone z farmakoterapią.

Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach jest to metoda znajdowania rozwiązań dla sytuacji problemowych, w zasadzie niezależnie od natury samego problemu, bez odwoływania się do analizy przyczyn danego problemu, jego natury i podłoża. W tym podejściu akcent położony jest na rozważenie pożądanego stanu, dla jakiego jednostka, rodzina chce rozwiązania problemu

Metoda doceniania jest rodzajem metody bazującej na psychologii pozytywnej i podejściu pracy na mocnych stronach (strength based approach). Przedstawiony model stosowany jest z powodzeniem przez praktyków angielskich, jego oryginalna nazwa brzmi Appreciative Inquiry (ang. appreciative – wdzięczność, docenienie, inquiry – zapytanie, oferta).

Specyficzną kategorią osób pozostających bez pracy, które nie są w stanie aktywnie uczestniczyć w procesie reintegracji społecznej i zawodowej bez rozwiązania podstawowych problemów lub, wobec których działania aktywizujące powinny być odłożone w czasie, są osoby uzależnione i inne osoby, które doświadczają sytuacji kryzysowych w związku z przyjmowaniem substancji.

Interwencja kryzysowa to zespół specjalistycznych działań, głównie o charakterze psychologicznym, powiązanych z innymi, np. socjalnymi, prawnymi, medycznymi, na rzecz osób oraz rodzin znajdujących się w sytuacji grożącej kryzysem, kryzysie lub przewlekłych stanach kryzysowych. Interwencja kryzysowa ma na celu zapobieżenie utracie lub przywrócenie utraconej równowagi w wymiarze psychicznym i społecznym, zdolności do działania oraz autonomii osób i rodzin doświadczających kryzysu

Zakończenie

Praca socjalna z osobami uzależnionymi i zagrożonymi uzależnieniem nie należy zapewne do łatwych. Zaburzenia funkcjonowania jednostki wynikające z używania substancji, zarówno w sferze osobistej, jak i społecznej, skutecznie zakłócają efektywność podejmowanych oddziaływań.

Mając na uwadze przedstawione w publikacji zagrożenia i mechanizmy funkcjonowania osoby uzależnionej, warto planować działania według określonych kroków:

- diagnoza nozologiczna i problemowa klienta,
- rozpoznanie fazy uzależnienia,
- ocena zapotrzebowania na leczenie,
- określenie obszarów do pracy,
- wspólne poszukiwanie zasobów,
- wspólne poszukiwanie celów,
- wspólne poszukiwanie rozwiązań i sposobów realizacji,
- monitorowanie postępów,
- włączanie klienta w proces readaptacji na każdym jego etapie.

Zaprezentowane w publikacji metody wsparcia osoby uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem, stanowią podstawę do opracowywania efektywnych programów profilaktycznych i readaptacyjnych, zgodnych z najnowszymi standardami instytucji polityki społecznej.

Zebranie powyższych treści w jedną całość, powinno znacząco przyczynić się do poprawy komfortu pracy pracowników socjalnych, poprzez możliwość odwoływania się do konkretnych informacji występujących w jednym opracowaniu.

Słowniczek

DIAGNOZA NOZOLOGICZNA wyjaśnia problem pacjenta poprzez nazwanie jego stanu; używane są tutaj kryteria diagnostyczne. W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i problemów Zdrowotnych WHO ICD-10. Rozpoznane objawy zespołów oznaczonych numerami statystycznymi pozwalają przypisać pacjentowi odpowiednia jednostkę chorobową. Diagnoza ta jest zatem rozumiana, jako rozpoznanie określonej jednostki chorobowej.

DIAGNOZA PROBLEMOWA poszukuje psychospołecznych czynników istotnych dla rozumienia problemu oraz jest zogniskowana na identyfikacje prymitywnych i podtrzymujących chorobę mechanizmów obronnych.

NADUŻYWANIE substancji diagnozujemy w przypadku, gdy osoba poza szkodami zdrowotnymi, zaczyna odczuwać również społeczne konsekwencje nadmiernego używania, mamy do czynienia z nadużywaniem substancji. O nadużywaniu nie wnioskujemy z ilości używanej substancji, ale z konsekwencji jakie pojawiają się w wyniku jej używania

NARKOTYK jest potoczną nazwą substancji psychoaktywnych, najczęściej pojawia się w odniesieniu do substancji pochodzenia opiatowego (heroina, morfina). „Narkotyk" występuje również w terminologii prawniczej, jako określenie substancji nielegalnej.

PROFILAKTYKA jest to pomaganie młodym ludziom w zmianie zachowania, nabywaniu umiejętności efektywnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz działania na rzecz poprawy funkcjonowania w różnych wymiarach, takich jak: normy społeczne, interakcja z rówieśnikami, standard życia czy cechy charakteru.

SUBSTANCJA PSYCHOAKTYWNA jest to każda substancja chemiczna wpływająca na funkcjonowanie układu nerwowego. Jest to pojęcie bardzo szerokie, obejmujące wszystkie te środki, które wywołują zmiany w zakresie działania układu nerwowego człowieka.

UZALEŻNIENIE to przymus przyjmowania określonej substancji (np. narkotyki, alkohol) lub wykonywania danej czynności (np. zakupy, praca). Uzależnienie występuje wtedy, gdy człowiek traci kontrolę nad przyjmowaną substancją, czy wykonywaną czynnością i dochodzi do powstania wewnętrznego nakazu kontynuowania przyjmowania, powracania do czynności, czy poszukiwania danego czynnika uzależniającego. Uzależnienie można określić jako pragnienie dobrostanu, dobrego samopoczucia, uśmierzenia przykrych stanów bez umiejętności odłożenia tej potrzeby w czasie.

ZESPÓŁ ABSTYNENCYJNY to szereg nieprzyjemnych, czasem groźnych objawów somatycznych oraz psychicznych, które ujawniają się w chwili zaprzestania lub znacznego ograniczenia przyjmowania substancji.

Bibliografia

Babbie E. (2007). Badania społeczne w praktyce. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Bukowska B. (2005). Dylematy wczesnej interwencji profilaktycznej w szkole. Warszawa: KBds.PN

Bushe G. R., Kassam A. F. (2005). When is Appreciative Inquiry transformational? A meta-case analysis. The Journal of Applied Behavioral Science, 41(2), 161–181

Chmielewska K., Baran-Furga H. (2006). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Warszawa: Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna"

Chmielnicka-Kuter E., Oleś P. K., Puchalska-Wasyl M. (2000). Aneks do podręcznika (Metoda Konfrontacji z Sobą – 2000). Warszawa: PTP

Cooperrider D. L., Whitney D., Stavros J. M. (2003). Appreciative Inquiry handbook. Bedford Heights. OH: Lakeshore Publishers

Cooperrider Dole, D., Hetzel Silbert, J., Mann, A. J., Whitney, D. (2008). Positive family dynamics: Appreciative Inquiry questions to bring out the best in families. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications

Di Chiara G., North R. A. (1992). Neurobiology of opiate abuse. Trends in Pharmacological Sciences. 13(5):185–193

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg

Goldstein A. P., Kenneth K. W., Reagles W., Amann L. L. (2001). Umiejętności chroniące – zapobieganie narkomanii wśród młodzieży. Warszawa: wyd. Stowarzyszenie Karan

Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A. (2012). Standard interwencji kryzysowej. Opracowanie na potrzeby projektu pt. Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej

Gruszczyński L. A. (1999). Kwestionariusze w socjologii: budowa narzędzi do badań surveyowych. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego

Guerreschi C. (2006). Nowe uzależnienia. Kraków: Wyd. Salwator

Hornowska E. (2005). Raport z III etapu prac dotyczących opracowania oraz zarekomendowania testów, które mogłyby być wykorzystywane do diagnozy w obszarze uzależnienia od narkotyków. Poznań/Warszawa: PTP

Jabłoński P. (2007). Zapobieganie narkomanii w gminie. Warszawa: KBds.PN

Jędrzejko M. (2002). Narkotyki. Rozpoznanie i podstawy profilaktyki. Warszawa: Komenda Główna Żandarmerii Wojskowej

Jędrzejko M. (2009). Bezprzyrządowe metody rozpoznawania zachowań ponarkotykowych. Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej w przypadku zażycia narkotyku. Warszawa: Fundacja PEDAGOGIUM

Karpowicz P. (2002). Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie. Białystok: Instytut Wydawniczy Kreator

Kathleen M. Carroll, Samuel A. Ball, Charla Nich, Steve Martino, Tami L. Frankforter, Christiane Farentinos, Lynn E. Kunkel, Susan K. Mikulich-Gilbertson, Jon Morgenstern, Jeanne L. Obert, Doug Polcin, Ned Snead, George E. Woody. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence. 81, str. 301–312

Kienhuis J., Świtek T. (2007). Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej i edukacji. Kraków: Instytut Socjologii UJ i Fontys University of Applied Sciences

Konarzewski K. (2000). Jak uprawiać badania oświatowe: metodologia praktyczna. Warszawa: WSiP

Kozak A. (2014). Komplet innowacyjnych narzędzi optymalizujących współpracę podmiotów przedsiębiorcami w zakresie ułatwienia wchodzenia na rynek pracy więźniom opuszczającym zakłady karne. Opracowanie w ramach projektu.

Kubacka-Jasiecka D. (2010). Interwecja kryzysowa. Pomoc w Kryzysach Psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne

Łobocki M. (2000). Metody i techniki badań pedagogicznych. Kraków: IMPULS

Łuczak E. (2009). Nowe oblicza uzależnień. Olsztyn: Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

Macdonald A. (2007). Solution – Focused Therapy. Theory, Research & Practice. London: SAGE Publications

Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (2011). Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka

McWhirter J. (2005). Zagrożona młodzież. Warszawa: PARPA

Miller W. Rollnick S. (2009). Ten things that Motivational interviewing is Not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 37, str. 129 – 140

Miller W.R. (2009). Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Warszawa: PARPAMedia

Miller W.R., Rollnick S. (2010). Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagielońskiego

Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R. (1995). Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień. Warszawa: PARPAMedia

Miś L. (2008). Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach. Zeszyty Pracy Socjalnej. Kraków: Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Nr 14, str.13–25

Młodzież 2013. Raport Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. (2014). Warszawa: KBds.PN

Niewiadomska I., Sikorska-Głodowicz M. (2004). Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki. Lublin: Wyd. KUL

Niewiadomska I., Stanisławczyk P. (2004). Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki. Lublin: Wyd. KUL

Paluchowski W. (2007). Diagnoza psychologiczna. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne

Podgórski R. (2007). Metodologia badań socjologicznych. Kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów. Olsztyn-Bydgoszcz: Wyd. Oficyna Wydawnicza „Branta"

Prajsner M. (2003.). Młodzież z grup ryzyka. Warszawa: PARPA

Radomska A., Okulicz-Kozaryn K., Kocoń K., Malczewski A., Sierosławski J. (2004). Ocena funkcjonowania i efektów programów profilaktyki narkomanii realizowanych w dyskotekach i klubach. Warszawa: KBds.PN

Raport krajowy (2009). Sytuacja narkotykowa w Polsce. Warszawa: KBds.PN

Robinson T. E., Berridge K. C. (1993). The neural basis of drug craving. Brain Research Reviews

Rollnick S., Miller W. (1995). What is MI? Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 23, str. 325–334

Sierosławski J. (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach espad. Warszawa: KBds.PN, PARPA

Sierosławski J. (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach espad. Warszawa: KBds.PN, PARPA

Szymańska J. (2012). Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji

Wanat W. (2004). Odlot donikąd. Narkotyki i narkomania. Warszawa: Iskry

Whitney D., Trosten-Bloom A. (2003). The power of Appreciative Inquiry. San Francisco, CA: Berrett-Koehler

Wodowski G. (2005). Polityka karna wobec osób zażywających narkotyki. Kraków: Małopolskie Stowarzyszenie Probacja

Woronowicz B. (2003). Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii

AKTY PRAWNE:

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z 2012 r. poz. 1544 i 1548, z 2013 r. poz. 509, 1650, z 2014 r. poz. 567, 598, 1004, 1146, 1188)

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 124)

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z 2013 r. poz. 1563, z 2014 r. poz. 822, 1188)

Ustawa o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 201, poz. 1540, z 2010 r. Nr 127, poz. 857, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 134, poz. 779, z 2013 r. poz. 1036, z 2014 r. poz. 768)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dnia 16 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2010 Nr 6, poz. 27)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu z dnia 31 grudnia 1999 r. (Dz. U. z 2000 Nr 3, poz. 44)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego z dnia 1 marca 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 368)

STRONY WWW

www.emcdda.europa.com

www.kbpn.gov.pl

www.ore.edu.pl

www.parpa.pl

NOTATKI

O projekcie

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich jest realizatorem projektu systemowego pt.:*„Szkolenia e-learningowe z nowatorskich metod pracy socjalnej i publikacja specjalistycznej literatury z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej"*, który jest realizowany w ramach Działania 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej POKL, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem ogólnym projektu jest przybliżenie oraz poszerzenie wiedzy wśród pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Projekt zakłada opracowanie oraz przetłumaczenie specjalistycznej literatury dotyczącej pomocy i integracji społecznej, w tym w szczególności nowatorskich technik i metod pracy socjalnej, jak również przygotowanie oraz realizację szkolenia e-learningowego z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej z osobami korzystającymi ze świadczeń pomocy społecznej.

Projekt skierowany jest do pracowników Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej do których należą w szczególności: regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej.

Założeniem projektu było wydanie serii publikacji - literatury specjalistycznej z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej, w tym nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Centrum RZL wyraża nadzieję, że lektura 20 publikacji książkowych oraz 10 dotychczas niewydanych w Polsce tłumaczeń angielskojęzycznych zagranicznych publikacji książkowych spotka się z dużym zainteresowaniem pracowników socjalnych. Możliwość wykorzystania w codziennej pracy wiedzy merytorycznej o różnorodnej tematyce, a także umiejętności organizacyjnych prezentowanych w wydanej serii publikacji przyczyni się do podniesienia jakości działań w bezpośrednim kontakcie i pracy z klientami, a tym samym korzystnie wpłynie na podniesienie jakości funkcjonowania Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej a tym samym na postrzeganie w społeczeństwie zarówno samych Instytucji, jak i ich pracowników.

Wydawca: **Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich**
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00 | Fax: 22 237 00 99 | e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl | **www.crzl.gov.pl**

ISBN 978-83-7951-301-7 (seria)
978–83–7951–320–8 (19)

Publikacja bezpłatna

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.