



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (45) 2009

NR 1

2009

# WPROWADZENIE

**Drodzy Czytelnicy,**

w ubiegłym roku uwaga opinii publicznej skupiała się w dużej mierze na tzw. dopalaczach, których dostępność w Polsce znacznie się zwiększyła i nadal rozwija się sieć dystrybucji tych substancji. Na problem zwracały uwagę zarówno media, jak i różnego typu instytucje działające w obszarze zdrowia publicznego, zaniepokojone agresywną reklamą sklepów promujących swoje produkty jako legalną alternatywę dla narkotyków. Mimo że Sejm przyjął nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która zakazuje handlu m.in. benzylopiperazyną (BZP) oraz kilkunastoma innymi substancjami i roślinami, zjawisko nadal pozostaje groźne i trudne do zastopowania, ponieważ stosunkowo łatwo dokonać modyfikacji ich składu i struktury chemicznej. Można więc zakazać sprzedaży konkretnej substancji, ale producenci i tak szybko znajdą sposób na to, aby sprzedawać ją pod nową nazwą zupełnie legalnie.

W tym numerze Serwisu dużo miejsca poświęcamy problematyce związanej z dopalaczami. Michał Kidawa wprowadza w temat, opisując historię dopalaczy w Polsce oraz dokonuje charakterystyki poszczególnych substancji. Agnieszka Kolbowska przedstawia temat w świetle wyników badań CBOS, z których wynika, że dopalacze stały się faktem na polskiej scenie narkotykowej. Kierując się tymi informacjami, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęło w styczniu 2009 roku ogólnopolską akcję informacyjno-edukacyjną pod hasłem „Dopalacze mogą Cię wypalić – poznaj fakty”, o czym dowiemy się z artykułu Tomasza Zakrzewskiego. Trudno dziś powiedzieć, czy dopalacze to tylko chwilowa moda, czy już stały element życia młodzieży. Co prawda badania wskazują na spadkową tendencję w zakresie eksperymentowania przez młodzież z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi – i to nastraja optymistycznie – to jednak nie można wykluczyć, że próżnię powstałą na skutek zmniejszenia używania nielegalnych środków mogą wypełnić ich legalne zamienniki, na co zwracają autorzy w bieżącym numerze.

Pozostając w temacie stylu życia młodzieży, zachęcam Państwa do przeczytania artykułu poświęconego wynikom badań jakościowych, dzięki którym możemy poznać postawy i opinie młodych ludzi, bywalców dyskotek i klubów młodzieżowych, na temat prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków. Zaskakujące w tych wynikach jest nie tylko to, że młodzi przyznają się do jazdy pod wpływem narkotyków, ale przede wszystkim, że nie widzą w tym dużego zagrożenia. Brak elementarnej wiedzy na temat negatywnego wpływu narkotyków na organizm daje się zauważyć zarówno u kierowców, jak i pasażerów. Wracający z imprezy są skłonni korzystać z samochodu, ponieważ wygoda zdecydowanie wygrywa z wyobrażeniem konsekwencji wypadku spowodowanego narkotykami, bo prawdopodobieństwo wypadku lub innych negatywnych skutków – np. zatrzymania przez policję – jest oceniane bardzo nisko. Czy wobec tego należy podejmować działania profilaktyczne wobec tej grupy? Odpowiedzią na to pytanie może być artykuł Roberta Rejniaka, w którym omawia on założenia teoretyczne programu wczesnej interwencji „Fred goes net”. Według transteoretycznego modelu zmiany zachowań (TTM), który został rozwinięty przez grupę badaczy skupionych wokół Prochaski i DiClemente, interwencja jest możliwa do przeprowadzenia nawet wtedy, gdy osoba sama z siebie nie wykazuje żadnego zainteresowania szukaniem pomocy i porady. Odsyłam Państwa do artykułu, który szczegółowo omawia te zagadnienia.

Działania z zakresu wczesnej interwencji są daleko niewystarczające, jeżeli mamy do czynienia z zaawansowanym etapem uzależnienia. Poza ofertą terapeutyczną nastawioną na niesienie pomocy mającej na celu doprowadzenie do pełnej abstynencji, konsekwentnie rozwijamy także pomoc nakierowaną na redukcję szkód. Artur Malczewski relacjonuje wyniki prowadzonych w Polsce programów wymiany igieł i strzykawek. Analiza pokazuje, że w 2007 roku nastąpił spadek – w stosunku do lat poprzednich – liczby odbiorców zainteresowanych tymi programami. Trudno jednoznacznie ocenić, czy spadek ten związany jest ze zmniejszeniem się liczby programów, czy też zmniejszanie się liczby programów jest efektem mniejszej liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków – co sugerują m.in. dane epidemiologiczne. Chciałbym jeszcze zwrócić Państwa uwagę na artykuł Mirosławy Straburzyńskiej, w którym dzieli się ona swoimi doświadczeniami w leczeniu osób uzależnionych w systemie ambulatoryjnym. Oferta pomocy ambulatoryjnej zapewnia, w porównaniu z terapią prowadzoną w zamkniętym ośrodku, większy dostęp do różnorodnych form terapii, w tym do programów redukcji szkód. Zdaniem autorki dopiero taka zróżnicowana oferta umożliwia uwzględnienie podmiotowości klienta oraz jego prawo do wyboru zarówno form, jak i sposobów leczenia.

Gorąco zachęcam również do zapoznania się ze stałymi rubrykami Serwisu: przeglądem zasobów internetowych, omawiającym dostępne w sieci wybrane spoty profilaktyczne, oraz nową publikacją EMCDDA, poświęconą kontrowersyjnej, ale przez niektórych badaczy uznawanej za obiecującą, metodzie szacowania rozpowszechnienia używania narkotyków poprzez badanie ścieków.

**Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński**

# SPIS TREŚCI

## Profilaktyka

### DOPALACZE – PRZEJŚCIOWA MODA CZY REALNE ZAGROŻENIE?

*Michał Kidawa* ..... 2

## Badania, raporty

### DOPALACZE

*Agnieszka Kolbowska* ..... 6

## Profilaktyka

### DOPALACZE MOGĄ CIĘ WYPALIĆ

*Akcja informacyjno-edukacyjna* ..... 10

### MECHANIZMY PERSWAZJI I REKLAMY ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH W INTERECIE

*Tomasz Zakrzewski* ..... 11

### PODSTAWY TEORETYCZNE PROGRAMU „FRED GOES NET”

*Robert Rejniak* ..... 16

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

### PROGRAMY WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK W POLSCE I EUROPIE

*Artur Malczewski* ..... 21

### TERAPIA AMBULATORYJNA W SYSTEMIE POMOCY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH

*Mirosława Straburzyńska* ..... 24

## Współpraca międzynarodowa

**KALENDARIUM WYDARZEŃ** ..... 32

## Badania, raporty

### KONSUMPCJA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ

*Agnieszka Kolbowska* ..... 33

**UŻYWANIE MARIHUANY A RYZYKO PSYCHOTYCZNYCH  
I AFEKTYWNYCH ZABURZEŃ W FUNKCJONOWANIU PSYCHICZNYM** ..... 42

### POSTAWY I OPINIE NA TEMAT PROWADZENIA SAMOCHODU POD WPLYWEM NARKOTYKÓW

*Zbigniew Maj, Tomasz Kowalewicz* ..... 44

## Recenzja

**NOWA METODA MONITOROWANIA KONSUMPCJI NARKOTYKÓW** ..... 48

## Internet

**ANTYNARKOTYKOWE SPOTY W SIECI** ..... III i IV okładka

*Podaż narkotyków, zarówno w Europie, jak i poza nią, stopniowo zmienia się wraz z innowacjami na rynku, które są poważnym wyzwaniem dla istniejących strategii w zakresie kontroli i zdrowia publicznego – twierdzi Wolfgang Götz, dyrektor EMCDDA.*  
*Najnowszy problem stanowią tzw. dopalacze.*

# DOPALACZE – PRZEJŚCIOWA MODA CZY REALNE ZAGROŻENIE?

Michał Kidawa  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Rozwój zjawiska

W Europie pojawia się coraz więcej sklepów oferujących legalne środki o działaniu psychoaktywnym. Bardzo często są to sklepy sprzedające swoje towary za pośrednictwem internetu. Do 2008 roku w Polsce produkty o działaniu psychoaktywnym sporadycznie występowały w internecie – w sklepach ze sprzedażą wysyłkową. Zjawisko miało ograniczony charakter. Sytuacja jednak zmieniła się ponad rok temu.

Na początku 2008 roku pojawiły się pierwsze informacje na temat strony internetowej prezentującej sklep, który – jako pierwszy w Polsce – oferował w sprzedaży wysyłkowej legalne substancje psychoaktywne. Produkty będące w ofercie, miały bardzo atrakcyjne opakowania, strona internetowa zaś nowoczesny design, a hasło *życie jest zbyt krótkie, aby jeść niezdrowe tabletki* doskonale trafiało w marketingowy target. Następnym krokiem było powstanie stacjonarnego sklepu. Pierwszy z nich został otwarty na przełomie sierpnia i września w Łodzi. Fakt ten wywołał szeroką debatę społeczną i wzbudził zainteresowanie mediów, społeczności lokalnej oraz władz. Okazało się, że nie ma prawnych instrumentów pozwalających na zamknięcie sklepu. Oferowane produkty sprzedawane były pod szyldem wyrobów kolekcjonerskich.

Po pierwszym sklepie w Łodzi, trochę przy udziale mediów, sklepy z dopalaczami dokonały ekspansji na rynku. Do końca 2008 roku otwarto ponad 40 stacjonarnych sklepów. Władze centralne znalazły się pod presją opinii publicznej i mediów. Problem dopalaczy miał zostać szybko rozwiązany. Zaplanowano nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w wyniku której na listę substancji kontrolowanych

wprowadzono 15 dodatkowych roślin najczęściej występujących w składzie dopalaczy oraz syntetyczny kanabinoid JWH-018. Nowelizacja przeszła przez obie izby parlamentu, została podpisana przez prezydenta i weszła w życie 8 maja 2009 roku. Jej celem było ograniczenie zjawiska handlu dopalaczami.

Tak w dużym uproszczeniu wyglądała historia dopalaczy w Polsce. Mogłoby się wydawać, że sprawa została zamknięta, a ostatnie rozdziały tej historii zostały już napisane.

Czy tak jest w rzeczywistości? Czy dopalacze były przejściową modą wykreowaną przez media oraz sprawny marketing firmy je oferującej? Czy może na stałe wpiszą się w kulturę młodzieżową, zajmując na scenie substancji psychoaktywnych miejsce obok substancji nielegalnych, takich jak marihuana czy amfetamina oraz legalnych, takich jak papierosy czy alkohol? Czy dopalacze to substancje niebezpieczne?

Chciałbym przedstawić kilka faktów, które być może pozwolą po części znaleźć odpowiedzi na te trudne pytania. Ale najpierw musimy odpowiedzieć na pytanie, co to są dopalacze?

Odpowiedź nie jest tak prosta, jak by się mogło wydawać. Określenie *dopalacz* wywodzi się z lotnictwa, gdzie termin ten oznacza „urządzenie stosowane w samolotach bojowych (rzadziej w cywilnych) w celu zwiększenia ciągu silnika turbodoładowanego, poprzez spalanie dodatkowego paliwa za turbiną. Daje to przyrost ciągu o kilkadziesiąt procent”.

Termin dopalacze używany slangowo określa środki dopingujące dla sportowców, ale także rozmaite odżywki czy nawet napoje energetyczne. Wachlarz znaczeń tego słowa jest, jak widać, szeroki. A w ostatnim roku nabrało



ono bardziej konkretnego, dominującego znaczenia. Dopalacz czy dopalacze to termin nie posiadający charakteru naukowego. Obecnie najczęściej używa się go potocznie, dla nazwania grupy różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym, nie znajdujących się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Sprzedaż dopalaczy odbywa się za pośrednictwem internetu lub sieci wyspecjalizowanych sklepów, nazywanych *smart shops*. Nazwa pochodzi od właściwości sprzedawanych tam substancji, tzw. *smart drugs*, które w założeniu mają poprawiać funkcje kognitywne człowieka. Obecnie *smart shops* oferują rozmaite produkty – od literatury o tematyce związanej z substancjami psychoaktywnymi, przez akcesoria (np. fajki, fifki czy wagi), po rozmaite substancje pochodzenia naturalnego i syntetycznego. W asortymencie sklepów pojawiają się specyfiki o działaniu stymulującym oraz psychodelicznym czy halucynogennym.

*Smart shops* istnieją w większości krajów Europy. Najwięcej jest ich w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Holandii. Jak do tej pory żaden z krajów europejskich nie zdelegalizował działalności tych sklepów.

## Jakie substancje kryją się pod terminem „dopalacze”?

Nazwa dopalacze określa rozmaite substancje o różnym sposobie działania. Są to substancje zarówno pochodzenia syntetycznego, jak i naturalnego, działające stymulująco bądź psychodelicznie czy halucynogenne. W raporcie rocznym EMCDDA wprowadzono rozróżnienie na *legal highs* i *herbal highs*. *Legal highs* to produkty o działaniu stymulującym (tzw. *party pills*), reklamowane jako legalna alternatywa dla ekstazy. Produkty z tej grupy najczęściej zawierają BZP (1-benzylpiperazynę), która jest substancją o działaniu zbliżonym do amfetaminy, choć zdecydowanie słabszym (posiada ok. 10% jej potencjału). Produkty z tej grupy rzadziej zawierają materiał roślinny czy substancje półsyntetyczne.

Drugą z wyróżnionych grup, czyli *herbal highs*, stanowią substancje pochodzenia naturalnego, roślinnego. W tej grupie ma miejsce zdecydowane zróżnicowanie asortymentu. Oferowana jest tutaj cała gama substancji opartych na egzotycznych roślinach oraz mieszankach

zioł o działaniu psychoaktywnym. Do najczęściej występujących należą: *Salvia divinorum*, *Mitragyna speciosa*, *Argyreia nervosa* oraz mieszanki ziołowe posługujące się m.in. takimi brandami, jak „Spice” czy „Sence”.

Szałwia wieszcza (*Salvia divinorum*) charakteryzuje się krótkim, ale silnym działaniem halucynogennym. *Mitragyna speciosa*, czyli tzw. kratom, w małych dawkach działa pobudzająco, a w większych wywołuje euforię, błogostan, a następnie senność. Powój hawajski (*Argyreia nervosa*) daje efekty halucynogenne zbliżone do LSD, choć słabsze. Większość mieszanek ziołowych oferowanych w sklepach internetowych i stacjonarnych zbliżona jest w działaniu do marihuany. Ostatnie analizy chemiczne pokazały jednak, że przynajmniej część z nich zawiera substancję JWH-018, która jest syntetycznym kanabinolem. Najprawdopodobniej jest on dodawany do materiału roślinnego w procesie produkcyjnym. Najprawdopodobniej też to ta substancja powoduje, że niektóre mieszanki mają działanie zbliżone do THC. Inne analizy przeprowadzone w krajach Europy Zachodniej (głównie we Francji, Niemczech i Austrii) wykazały, że poza JWH-018 do mieszanek dodawanych jest także wiele innych kanabinoidów pochodzenia syntetycznego, np. CP-47,497, C-8, C-9, HU-210 czy JWH-015.

Jak widać, określenie dopalacze, podobnie jak określenie narkotyki, odnosi się do całej gamy substancji o różnej charakterystyce działania na organizm. Ewentualne niebezpieczeństwo związane z dopalaczami wiąże się z faktem, że substancje znajdujące się w nich są stosunkowo mało zbadane. W związku z tym nie jesteśmy w stanie określić ich toksyczności oraz interakcji z innymi substancjami czy lekami (więcej informacji o nowych substancjach znajduje się na stronie akcji „Dopalacze mogą Cię wypalić” – [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl)).

## Miejsce dopalaczy na scenie narkotykowej

Używanie narkotyków jest zjawiskiem złożonym, niejednorodnym i dynamicznym. Co jakiś czas mamy do czynienia z pojawianiem się nowych trendów na scenie narkotykowej i jednoczesnym zanikaniem innych wzorów zachowań. Scena narkotykowa ewoluje. Badania przeprowadzone w Polsce w ostatnich latach wskazują, że coraz mniej młodych ludzi eksperymentuje

z substancjami nielegalnymi, z narkotykami „starej szkoły”, takimi jak amfetamina, heroina czy nawet ecstasy. Ostatnia edycja badań ESPAD z 2007 roku pokazała spadek odsetka młodzieży eksperymentującej z większością narkotyków tradycyjnych, takich jak amfetamina, ecstasy, heroina czy nawet cannabis. Do przyjmowania amfetaminy kiedykolwiek w życiu przyznało się w tym badaniu 3,8% 15-latków. Dla porównania w 2003 roku było to 6%. Analogiczne wyniki uzyskano w starszej grupie wiekowej (17-latków). Było to 15,4% w 2003 roku i 7,8% w 2007 roku. W przypadku heroiny odsetki wyniosły 1,8% w młodszej grupie wiekowej oraz 2,2% w starszej grupie wiekowej w 2003 roku i odpowiednio 1,4% oraz 1,7% w 2007 roku. Wskaźniki dla ecstasy także spadły z 5,8% w 2003 roku do 4,2% w 2007 roku dla starszych oraz z 2,8% w 2003 roku do 2,5% w 2007 roku dla młodszych, choć w tym wypadku spadek nie był tak wyraźny.

Dane te nie świadczą jednak o spadku zainteresowania substancjami psychoaktywnymi w ogóle. Powstała „lukę” wypełniają legalne substancje psychoaktywne, czyli dopalacze, które są dostępne w sprzedaży internetowej. Nawet pobieżna analiza internetu pozwala na stwierdzenie, że substancje te budzą duże zainteresowanie, przede wszystkim wśród ludzi młodych. Stają się tematem wielu dyskusji na forach internetowych, w których uczestniczy ta grupa wiekowa. Zjawisko wykracza poza krąg tzw. eksperymentatorów. Informacje o produktach, takich jak „Spice”, „Devils”, „Sence” i wielu innych można znaleźć na forach zaraz obok tematów dotyczących najmodniejszych ubrań, klubów czy imprez. Taką sytuację zdają się potwierdzać częściowo badania naukowe. Według najnowszych badań zrealizowanych w 2008 roku przez CBOS wśród młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18-latkowie), 3,5% respondentów przyznało się od używania tzw. dopalaczy kiedykolwiek w życiu. Rozpowszechnienie tych nowych substancji jest zbliżone do rozpowszechnienia tradycyjnie obecnych narkotyków, takich jak grzyby halucynogenne (3,6%) czy kokaina (2,2%). Jeśli spojrzymy na wskaźniki używania w ciągu ostatnich 30 dni, to dopalacze są trzecią co do rozpowszechnienia substancją używaną przez młodzież w Polsce, zostawiając za sobą np. amfetaminę. Do używania amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się

1,1% badanych. W tym samym okresie dopalaczy używało 1,5% respondentów.

Prezentowane wyniki pochodzą z badań, które nie są w pełni porównywalne ze względu na różną metodologię ich prowadzenia, jednak prezentują one zbliżony obraz procesów, które zachodzą na scenie narkotykowej.

Trendy dotyczące używania przez młodzież tradycyjnych narkotyków, dobrze znanych na rynku, wykazują tendencję spadkową. Z drugiej jednak strony istnieją przesłanki do stwierdzenia, że pomimo stosunkowo ograniczonego rozpowszechnienia używania dopalaczy, zjawisko to charakteryzuje się znaczną dynamiką oraz potencjałem rozwojowym. Ponadto nieznany i trudny do oceny jest stopień zagrożenia, jakie dopalacze niosą dla pojedynczych użytkowników oraz – bardziej globalnie – dla zdrowia publicznego.

## **Dopalacze jako wyzwanie dla systemów monitorujących**

Dopalacze, jak każde nowe zjawisko, nowy trend na scenie narkotykowej, stanowią pod wieloma względami wyzwanie dla systemów monitorujących. Pierwszym wymiarem jest identyfikacja nowej substancji. Drugim – ocena nowych zagrożeń związanych z określoną substancją. Trzecim, być może najważniejszym, jest poznanie kontekstu społecznego występowania zjawisk, zidentyfikowanie grup użytkowników, poznanie motywacji do przyjmowania nowych substancji oraz stylów życia i miejsca, jakie nowe substancje zajmują w nim. W pierwszym wymiarze obecnie funkcjonujący „System wczesnego ostrzegania o nowych narkotykach”, zarówno na poziomie europejskim, jak i na gruncie polskim, wydaje się przynajmniej częściowo zaspokajać podstawowe potrzeby informacyjne. Dowodem jest potwierdzenie w Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym występowania JWH-018. Jeśli natomiast chodzi o identyfikację zagrożeń związanych z substancjami, to podstawowym problemem jest brak możliwości monitorowania niepożądanego działania substancji. Rozwiązaniem byłby tu nieistniejący w Polsce scentralizowany system rejestracji zgłoszeń do szpitali z powodu używania określonych produktów czy substancji. Zaspokojenie potrzeb informacyjnych w zakresie trzeciego z wymienionych obszarów wydaje się najtrudniejsze. Wynika to po części z samego faktu,

że omawiane zjawiska są nowe, a przez to mało zbadane. Z pomocą jednak mogą tu przyjść analizy jakościowe takich materiałów dostępnych w internecie, jak dyskusje na forach. Oczywiście takie analizy nie dają pełnego opisu zjawiska, ale pozwalają w szybki i relatywnie tani sposób zebrać odpowiednią ilość materiału analitycznego do tworzenia wstępnych hipotez na temat zjawiska. Tego typu działania wykorzystane są z powodzeniem w badaniach marketingowych, gdzie takie metody jak *desk research* czy etnografia wirtualna nabierają w ostatnich latach coraz większego znaczenia. Na gruncie badania zjawisk z natury ukrytych, takich jak używanie narkotyków, badanie internetu jako medium umożliwiającego spontaniczne formułowanie wypowiedzi oraz dającego anonimowość wydaje się być wskazane.

## Jak odpowiedzieć na zjawisko dopalaczy?

Poza wyżej opisanymi brakami w systemach monitorujących zjawisko dopalaczy, mankamentem jest także brak systemowych rozwiązań oraz sprawnych procedur wprowadzania substancji pod kontrolę prawną.

Nowe substancje psychoaktywne, które pojawiają się na rynku, wymagają licznych i gruntownych badań. Bez tego trudno jest ocenić zagrożenia, jakie się z nimi wiążą. Nie sposób od razu określić krótkotrwałych i długotrwałych efektów używania tych substancji. Kluczową kwestią dotyczącą dopalaczy jest ocena ryzyka związanego z tymi substancjami oraz procedury postępowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa użytkownikom takich produktów.

Priorytetem staje się stworzeniem koncepcji systemowego rozwiązania prawnego, które pozwoli na skuteczne i racjonalne minimalizowanie ryzyka związanego z nowymi substancjami. W mojej opinii przepisy prawne powinny w uzasadnionych przypadkach pozwalać na wprowadzanie czasowej kontroli, która umożliwi zidentyfikowanie niebezpieczeństwa związanego z określonymi substancjami. Dawałoby to możliwość naukowej, specjalistycznej i interdyscyplinarnej oceny ryzyka dotyczącego konkretnych substancji. W przypadku stwierdzenia ryzyka dla zdrowia publicznego związanego z używaniem nowej substancji, trafiałaby ona na listę substancji kontrolowanych. Podobne rozwiązania funkcjonują z powodzeniem w Niemczech i Austrii.

## Podsumowanie

W dobie społeczeństwa informatycznego, gdzie przepływ wiadomości stał się szybki i nieskrępowany, zjawisko używania narkotyków także przechodzi rewolucyjne zmiany. Wydaje się, że transmisja zachowań oraz trendów czy stylów życia w nowoczesnym społeczeństwie nie uznaje już granic kulturowych czy państwowych. Zjawiska pojawiające się w Europie Zachodniej coraz częściej przenikają do nas. Ponadto postęp technologiczny w dziedzinach takich jak chemia stworzył przed producentami narkotyków zupełnie nowe możliwości wytwarzania coraz to nowych substancji psychoaktywnych.

Nawiązując do wypowiedzi dyrektora EMCDDA Wolfganga Götza, zacytowanej na wstępie artykułu, potrzebujemy nowych rozwiązań – nie tylko w zakresie monitorowania, ale także w obszarze polityki społecznej i zdrowotnej. Nawet jeśli dopalacze okażą się przejściową modą, na ich miejsce pojawi się najprawdopodobniej cała gama „spowalniaczy” czy „przyspieszaczy”, które nie muszą, ale mogą stworzyć zagrożenie dla zdrowia publicznego. Dlatego potrzebne są kompleksowe i systemowe zmiany, które pozwolą na kontrolę nowych substancji. Kontrolę opartą nie na represji, lecz na wiedzy naukowej oraz zrozumieniu zjawiska.

## Bibliografia

- CBOS, „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008”, raport na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2008, źródło: <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf> z dnia 22.04.2009.
- EMCDDA, „Notatka informacyjna Agencji UE ds. narkotyków z siedzibą w Lizbonie”, ogłoszenie sprawozdania rocznego o stanie problemu narkotykowego w Europie, PAP 6.11.2008.
- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2008. Stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2008.
- Kidawa M., „System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach”, *Remedium*, nr 5/2007.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych ESPAD”, Warszawa 2007, źródło: <http://www.narkomania.gov.pl/espac2007.zip> z dnia 22.04.2009.
- [http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz\\_\(lotnictwo\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz_(lotnictwo)) z dnia 5.05.2009.
- [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl) z dnia 27.04.2009.



*W kwestii dopalaczy niepokój budzi nie tyle skala ich rozpowszechnienia, ale przede wszystkim podejrzenie, że młodzież wierzy sloganom promującym dopalacze jako środki bezpieczne i nie traktuje ich jako substancji o potencjale narkotycznym.*

## DOPALACZE

Agnieszka Kolbowska

Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej

Badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008”, przeprowadzone na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez CBOS<sup>1</sup>, jest pierwszym ogólnokrajowym pomiarem, którego wyniki odnotowały pojawienie się na polskiej scenie narkotykowej dopalaczy.

### Co to są dopalacze?

Dopalacze – inaczej smarty, to substancje o działaniu psychoaktywnym – stymulującym, relaksującym, a także halucynogennym. Najczęściej przyjmują postać suszu do palenia i pigułek. Mimo że działają podobnie do narkotyków, ich sprzedaż jest legalna, ponieważ na razie żaden ze składników je tworzących nie jest zabroniony przez polskie prawo. Do grupy dopalaczy należą zarówno substancje syntetyczne, m.in.:

- BZP – stymulant ośrodkowego układu nerwowego, działający podobnie do amfetaminy,
- TFMPP – substancja psychoaktywna z grupy pochodnych piperazyny o działaniu stymulującym, jak i specyfiki naturalne – specjalne mieszanki ziołowe oraz:
- Szałwia wieszcza – meksykańska roślina, której aktywnym składnikiem jest salvinorin A,

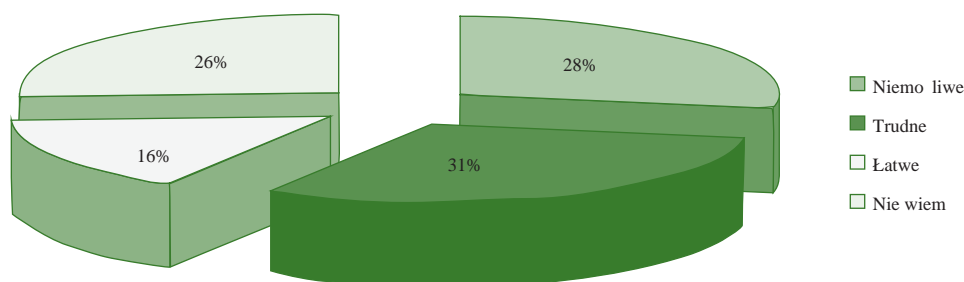
- Fly agaric – muchomory czerwony i plamiasty, wywołujące stan odurzenia i halucynacje,
- Kratom – drzewo liściaste zawierające mitragynę i jej hydroksylową pochodną, o działaniu stymulującym i depresyjnym.

Dopalacze są zarejestrowane w Polsce jako przedmioty kolekcjonerskie i sprzedawane w specjalnych sklepach: „smart shopach”, „euforia-sklepach” lub przez internet. W Polsce pierwszy sklep oferujący dopalacze uruchomiono w 2008 roku. W innych krajach Europy, przede wszystkim w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Holandii, działają one od kilku lat. Jak dotąd sklepy te nie zostały zdelegalizowane w żadnym z krajów Unii Europejskiej.

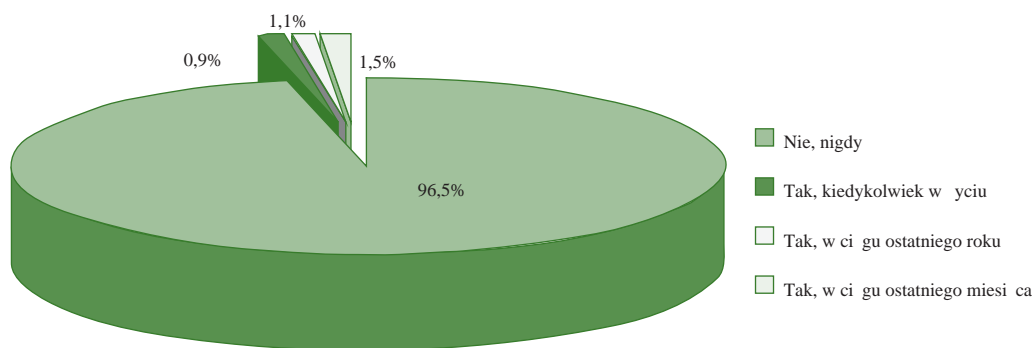
### Wyniki badania

Przechodząc do analizy wyników badania należy podkreślić, że do interpretacji rezultatów dotyczących dopalaczy trzeba podchodzić z ostrożnością i nie traktować ich dosłownie. Przede wszystkim ze względu na niewielkie rozpowszechnienie tych substancji. Użyte w badaniu kilkuprocentowe wskaźniki mogą nie w pełni przekładać się na rzeczywisty obraz sięgania po dopalacze przez uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych. Z pewnością jednak prezentowane

**Rysunek 1. Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie? – Dopalacze**





**Rysunek 2. Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków? – Dopálacze**

wyniki świadczą o pojawieniu się nowego zjawiska na polskiej scenie narkotykowej.

W pierwszej kolejności przyjrzymy się propozycjom wzięcia dopálaczy, które otrzymali badani uczniowie. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy proponowano Ci którąkolwiek z następujących substancji niezależnie od tego, czy skorzysta(a)ś z tej propozycji czy nie?” wskazują, że ofertę spróbowania dopálaczy otrzymało 4,6% młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych. Dla porównania, co trzeciemu respondentowi proponowano marihuanę, a co dziesiątemu amfetaminę. Na tej podstawie możemy przypuszczać, że dopálacze, przynajmniej na razie, nie są środkami szczególnie popularnymi.

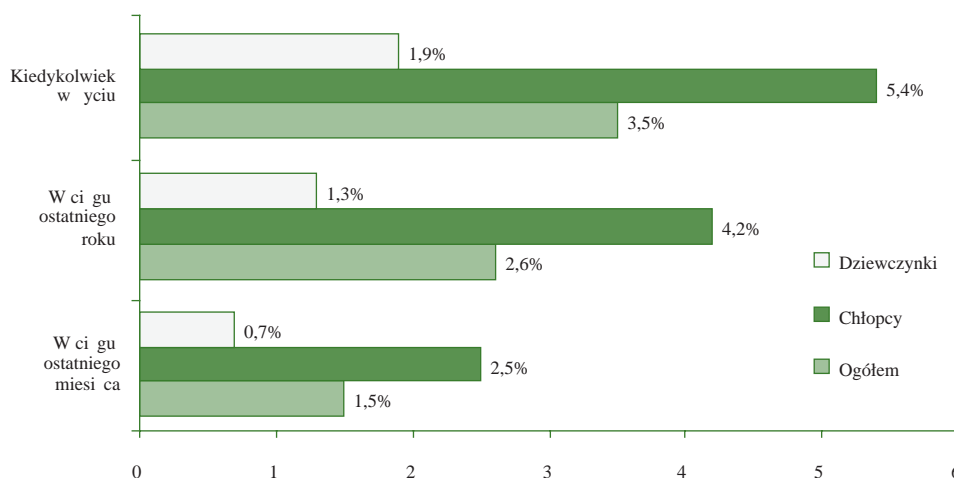
Aby zbadać dostępność substancji psychoaktywnych, m.in. dopálaczy, uczniom zadano pytanie: „Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie?”. Prawie połowa młodzieży (47%) prezentuje optymistyczne nastawienie i widzi możliwość – łatwego bądź wymagającego trudu

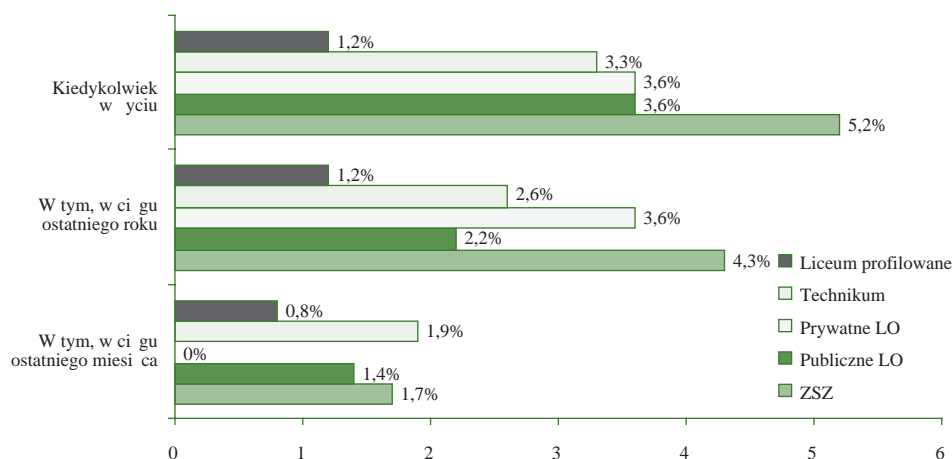
– zdobycia dopálaczy. 28% ankietowanych stwierdziło, że byłoby to niemożliwe.

A jak wygląda rzeczywiste rozpowszechnienie używania tych substancji przez młodzież szkolną? Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?”, wspomagane listą 22 substancji psychoaktywnych, pokazują, że 3,5% badanych ma za sobą doświadczenia używania dopálaczy (48 osób spośród 1400 ankietowanych). Jest to dziesięciokrotnie mniej niż w przypadku najpopularniejszego narkotyku – marihuany.

### Kto bierze dopálacze?

Do przyjmowania dopálaczy, podobnie jak do brania narkotyków, przyznaje się niemal trzy razy więcej uczniów niż uczennic. Kontakt z dopálaczami deklaruje 5,4% chłopców i 1,9% dziewczynek.

**Rysunek 3. Płeć a używanie dopálaczy**

**Rysunek 4. Typ szkoły a używanie dopalaczy**

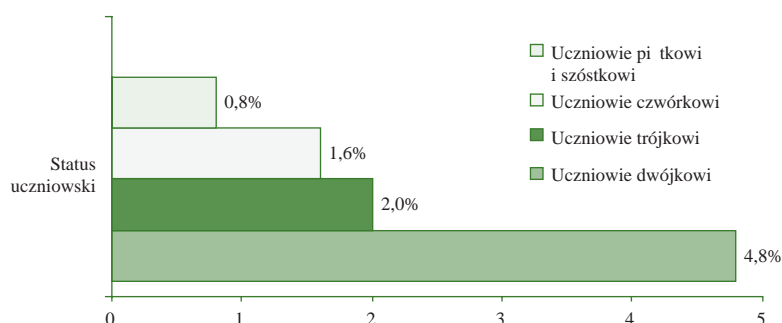
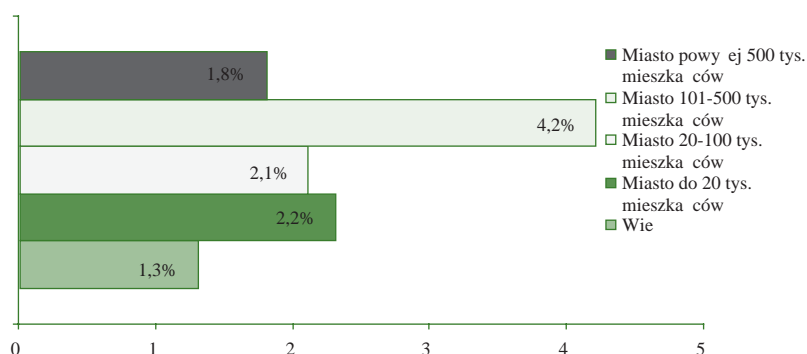
Najwyższy odsetek uczniów, którzy deklarują zażywanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatniego roku, można spotkać w zasadniczych szkołach zawodowych. Natomiast w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie najczęściej po te substancje sięgali uczniowie techników.

Jako czynnik chroniący przed sięganiem po dopalacze badania wskazują wysoki status uczniowski. Uczniowie dwójkowi mieli kontakt z tymi substancjami sześciokrotnie częściej niż młodzież

otrzymująca najlepsze oceny – piątki i szóstki, i trzykrotnie częściej w porównaniu do uczniów czwórkowych.

Przeprowadzone analizy pokazują ponadto, że najczęściej po dopalacze sięga młodzież z dużych miast. Substancje te są zdecydowanie mniej popularne na wsi.

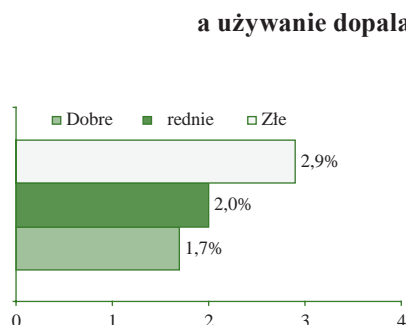
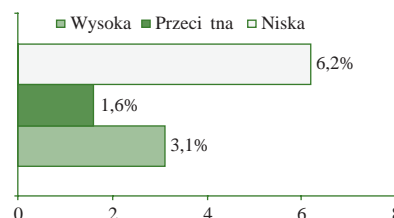
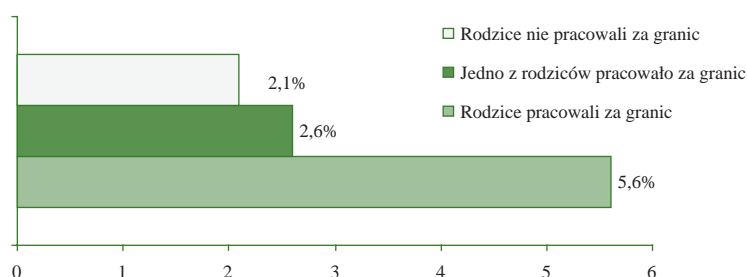
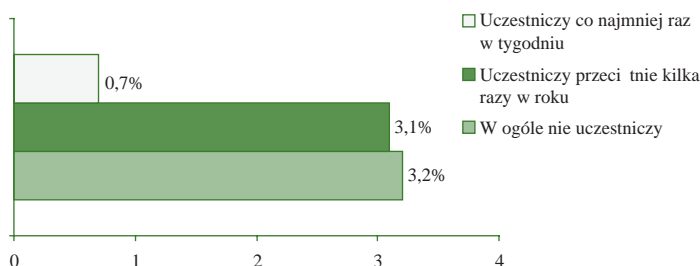
Trudno na podstawie wyników badania określić, czy pozycja społeczna oraz sytuacja materialna uczniów wpływa na używanie dopalaczy, jednak daje się

**Rysunek 5. Status uczniowski a używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu****Rysunek 6. Miejsce zamieszkania a używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu**

zauważyć tendencję wskazującą, że specyfiki te częściej przyjmują ankietowani, którzy ocenili pozycję swojej rodziny w społeczeństwie jako niską, a warunki materialne jako bardzo złe i raczej złe.

Czynnikiem wyraźnie różnicującym prawdopodobieństwo sięgnięcia po dopalacze, tak jak w przypadku innych substancji psychoaktywnych, jest emigracja zarobkowa rodziców badanej młodzieży.

Czynnikiem zaś chroniącym przed eksperymentowaniem z dopalaczami jest, podobnie jak w przypadku innych narkotyków, zaangażowanie w praktyki religijne. Wśród tych uczniów, którzy uczestniczą w mszach, nabożeństwach lub spotkaniach religijnych co najmniej raz w tygodniu, praktycznie nikt nie miał kontaktu z dopalaczami.

**Rysunek 7. Ocena warunków materialnych własnej rodziny****Rysunek 8. Ocena pozycji społecznej własnej rodziny****Rysunek 9. Wyjazdy zarobkowe rodziców a używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu****Rysunek 10. Zaangażowanie w praktyki religijne a używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu**

## Podsumowanie

Przedstawione analizy pokazują, że z dopalaczami, podobnie jak z innymi narkotykami, eksperymentują przede wszystkim chłopcy, najczęściej uczniowie zasadniczych szkół zawodowych. Dopalamce są zdecydowanie bardziej popularne w mieście niż na wsi. Czynnikiem chroniącym przed eksperymentowaniem z tymi substancjami są: osobiste zaangażowanie w praktyki religijne oraz codzienna – nieprzerywana wyjazdami zarobkowymi – obecność rodziców w domu.

Zmienne socjodemograficzne, które nie pojawiają się w przypadku innych narkotyków, a są charakterystyczne dla dopalaczy, to: niski status uczniowski

oraz prawdopodobnie – zła sytuacja materialna i niska pozycja społeczna rodziny.

Jednak w kwestii dopalaczy niepokój budzi nie tyle skala rozpowszechnienia tych środków, ale przede wszystkim podejrzenie, że młodzież wierzy sloganom promującym dopalacze jako środki bezpieczne i nie traktuje ich jako substancji o potencjale narkotycznym.

Ponad połowa uczniów (52%), którzy stwierdzili, że w ciągu ostatniego roku nie brali narkotyków, równocześnie oświadczyła, że w tym czasie używała dopalaczy. Hipotezę o ufności młodzieży wobec reklam dopalaczy potwierdza rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatniego roku używała(a)ś narkotyków, środków odurzających? Jeżeli tak, to jakich?”. Twierdząco i wymieniając dopalacze odpowiedziało na nie dwóch ankietowanych, co oznacza, że jedynie oni świadomie uznali te środki za narkotyki.

Zjawisko używania przez młodzież dopalaczy wymaga z pewnością kolejnych badań, które, odpowiadając na niewyjaśnione dotychczas pytania i tworząc pełniejszy obraz tego nowego fenomenu, umożliwią podjęcie skutecznych działań przeciwdziałających sięganiu przez nastolatków po te substancje.

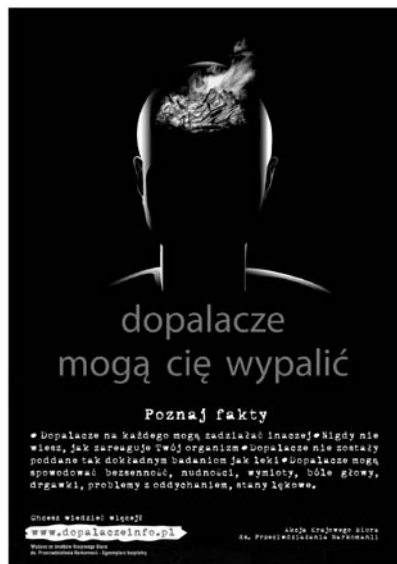
## Przypisy

<sup>1</sup> Badanie zrealizowano w dniach 13–23 października 2008 roku, objęto nim młodzież uczęszczającą do ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (N=65), wywiady z uczniami (N=1400) przeprowadzono metodą audytoryjną.

# DOPALACZE MOGĄ CIĘ WYPALIĆ

Akcja informacyjno-edukacyjna

Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Dopalacze (ang. *smarts, legal highs, herbal highs, boosters*) stały się popularne wśród polskiej młodzieży od chwili pojawienia się w internecie we wrześniu 2008 roku sklepów oferujących zarówno produkty oparte na komponentach pochodzenia naturalnego, jak

i syntetycznego o działaniu psychoaktywnym. Substancje, takie jak np. BZP, JWH-018, TMFPP czy rośliny, np. *Salvia divinorum*, *Tabernanthe iboga*, nie zostały objęte kontrolą ustawową i ich sprzedaż była zgodna z obowiązującym prawem. Zarówno agresywna polityka marketingowa dystrybutora dopalaczy, jak i doniesienia mediów o szkodliwości tych substancji wywołały falę protestów społecznych, doniesień prokuratorskich, kontroli instytucji odpowiedzialnych za regulację rynku konsumenckiego czy kontroli policyjno-skarbowych. W konsekwencji działania te zwiększyły liczbę relacji w prasie, internecie, radiu i telewizji. Sprawa dopalaczy stała się głośna i pośrednio wzmocniła realizowaną przez sieć dystrybucji nowych środków psychoaktywnych strategię komunikacji reklamowej. W 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło m.in. badania na temat tego, czy zjawisko używania dopalaczy przez młodzież stało się problemem na scenie środków psychoaktywnych w Polsce. Badanie pod nazwą „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008”<sup>1</sup> wykazało, że smarty są już zakorzenione na scenie substancji psychoaktywnych. 3,5% badanej młodzieży przyznało, że spróbowało dopalaczy. Najwięcej respondentów (2,1%) sięgnęło po szalwiewkę wieszczą (*Salvia divinorum*).

Na podstawie alarmujących wyników badań Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęło w styczniu 2009 roku ogólnopolską akcję informacyjno-edukacyjną pod hasłem „Dopalacze mogą Cię wypalić – poznaj fakty”. Powstała strona internetowa [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl). Grupą docelową akcji jest młodzież w wieku 15-25 lat, bywalcy klubów i dyskotek, którzy podejmują szereg ryzykownych zachowań, w tym eksperymentowanie z nowymi substancjami o charakterze psychoaktywnym, potencjalni klienci sklepów z dopalaczami. Akcja ma na celu przekazanie wiarygodnych informacji na temat negatywnych skutków używania dopalaczy. W ciągu miesiąca od jej rozpoczęcia ok. 10% wszystkich doniesień prasowych na temat dopalaczy dotyczyło nowej inicjatywy KBPN, co skutkowało większą liczbą wejść na stronę [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl). W ciągu dwóch pierwszych tygodni trwania akcji odnotowano 10 tys. jej odwiedzin. W ramach akcji rozdystrybuowano także 30 tys. plakatów profilaktycznych reklamujących stronę akcji, prowadzone są także działania PR. Pierwsze działania logistyczne objęły Warszawę, województwo łódzkie oraz tzw. ścianę wschodnią. Obecnie trwa kolportaż plakatów w województwach: dolnośląskim, zachodniopomorskim, pomorskim, kujawsko-pomorskim. Dzięki współpracy z urzędami marszałkowskimi oraz urzędami miast materiały pojawiły się w środkach komunikacji miejskiej, w klubach, pubach i dyskotekach oraz w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Akcja będzie trwała do czerwca 2009 roku i obejmie całą Polskę. Jeśli będzie zapotrzebowanie ze strony władz lokalnych, będzie przedłużona.

Warto odwiedzić serwis [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl), aby uzyskać sprawdzone informacje i odpowiedzieć sobie na pytanie: czy dopalacze mogą mnie wypalić?

TZ

## Przypisy

<sup>1</sup> Raport dostępny jest na stronie [www.kbnp.gov.pl/mlodziez2008.pdf](http://www.kbnp.gov.pl/mlodziez2008.pdf).



*Dzięki globalnemu zasięgowi, anonimowości i swobodzie wymiany informacji, treści obecne w internecie nie podlegają cenzurze społecznej i prawnej. Z tego względu internet jest doskonałym narzędziem indoktrynacji i manipulacji reklamowej.*

# MECHANIZMY PERSWAZJI I REKLAMY ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH W INTERNECIE

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Polskie prawo zabrania reklamy narkotyków: art. 20 ust. 1. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii brzmi: „Za-

brania się reklamy i promocji substancji psychotropowych lub środków odurzających”, a art. 68 stwierdza: „Kto, wbrew przepisom art. 20 ust. 1, prowadzi reklamę lub promuje substancję psychotropową lub środek odurzający, w celach innych niż medyczne, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Istnieje jednak jedno z mediów, które jest „wyjęte spod prawa”. To internet. Zasoby internetowe pozostają poza kontrolą. Dzięki globalnemu zasięgowi, anonimowości i swobodzie wymiany informacji, treści nie podlegają cenzurze społecznej i prawnej. Z tego względu internet jest doskonałym narzędziem indoktrynacji i manipulacji reklamowej.

Niniejszy artykuł jest próbą opisanie podstawowych mechanizmów perswazji, nieoficjalnej reklamy, także nielegalnych sposobów promocji środków psychoaktywnych w sieci. Parametry tych działań są z jednej strony emanacją kultury młodzieżowej i subkultur gloryfikujących odmienne stany świadomości, a z drugiej są tworzone zgodnie z zasadami wpływu marketingowego w procesie promowania produktu – w tym przypadku narkotyku.

Potencjalny użytkownik narkotyków jest atakowany w sieci przez wyrafinowane techniki reklamy, których

treści nie można zweryfikować. Potencjalnemu konsumentowi dostarczana jest szeroka katarakteria argumentów

*Każda skuteczna akcja promocyjna posługuje się prostym symbolem odzwierciedlającym jej podstawową ideę. W przypadku narkotyków symbolem-kluczem do umysłów młodych ludzi może być liść marihuany. Im więcej go w sieci i na ulicach, tym łatwiej trafić z manipulującym przekazem do potencjalnych klientów.*

pronarkotykowych, budowane są pozytywne skojarzenia odwołujące się z jednej strony do nieświadomych procesów psychologicznych charakterystycznych dla okresu dojrzewania (poszukiwanie tożsamości, budowanie hierarchii wartości poprzez doświadczenie itp.), a z drugiej do procesów kulturowych związanych z relatywizmem norm społecznych i liberalizacją postaw.

## Tylko „pozytywna energia”

Najważniejszym chwytym wykorzystywanym przy promocji środków psychoaktywnych jest budowanie pozytywnych skojarzeń zarówno wobec tematyki, jak i poszczególnych substancji psychoaktywnych. W sieci wykorzystywane są zarówno metody wizualne (obraz, multimedia), jak i werbalne (odpowiedni język komunikacji), aby stworzyć aurę łatwych korzyści związanych z używaniem narkotyków. Do podstawowych narzędzi promocji można zaliczyć: humor, odwoływanie się do stanów po zażyciu (haj), odwoływanie się do atrakcyjnych wartości (np. do wolności), odwoływanie się do korzyści natury społecznej, budowanie szerszej siatki skojarzeń i pojęć poprzez kreowanie wizji „pozytywnego” stylu życia.

## Humor

Humor w kontekście reklamy jest znaną techniką wpływu i budowania pozytywnych skojarzeń z promowanym produktem. Wywoływanie śmiechu ma



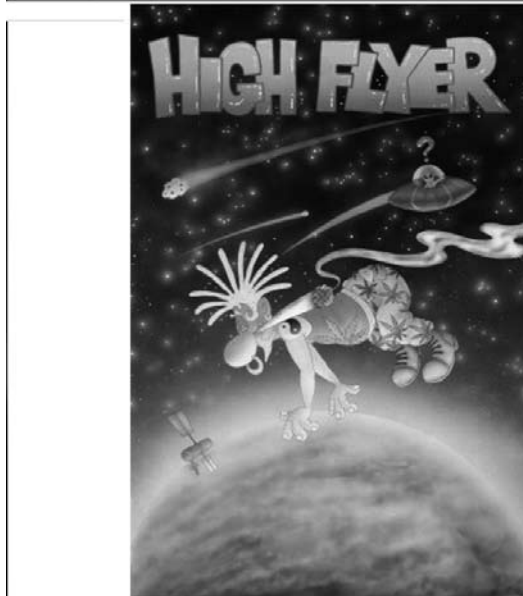
także kontekst kulturowy, a wykorzystywanie ironii, pastiszu czy ośmieszania to częste mechanizmy stosowane przy promocji środków odurzających. Jednocześnie próbuje się przy tym ośmieszać normy przyjęte społecznie – normy „rodziców” lub w zaskakujących zestawieniach odwracać ich znaczenie. Plakat rozpowszechniany w sieci sklepów młodzieżowych w internecie „Nie prowadzę po pijanemu – po prostu palę i odlatuję” jest jednym z szeregu przykładów budowania pozytywnego wizerunku Ruchu Rastafari, którego nieodłącznym atrybutem jest marihuana.

Ośmieszanie na portalach społecznościowych oficjalnej polityki antynarkotykowej to częsty przykład mechanizmu perswazji.

Reklama oparta na śmiechu jest niezwykle skuteczna, ponieważ ocena przekazywanych treści jest blokowana przez wysokie natężenie emocji. To przeżycie pozytywnych emocji nie pozwala na refleksję czy wyciągnięcie logicznych wniosków, ułatwia natomiast zapamiętywanie hasła i ułatwia kształtowanie się postaw czy kreowanie zachowań pożądaných przez nadawcę reklamy. Nastawienie pozytywne do przekazu zwiększa też prawdopodobieństwo zainteresowania się tematem, którego przekaz dotyczy.

## Efekty działania

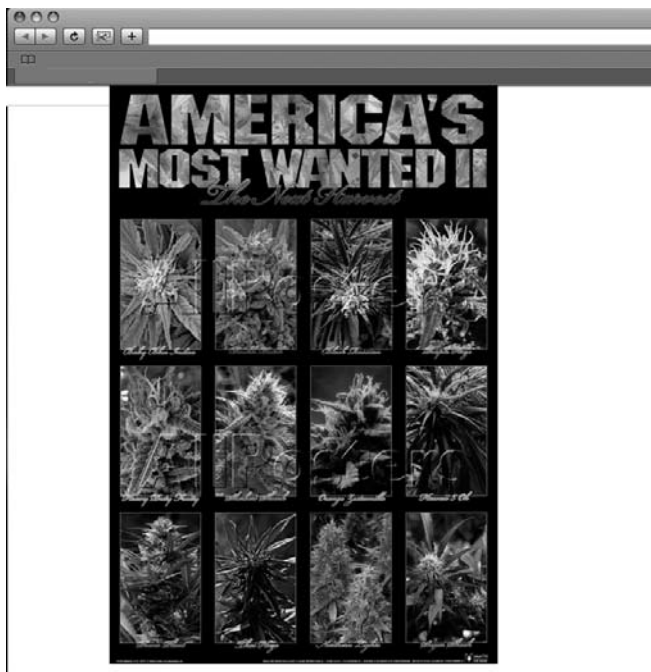
Odwołanie się do przeżywania niezwyklej stanów świadomości po zażyciu narkotyków, często połączone z dowcipną czy gloryfikującą oprawą, to inny



sposób promocji środków psychoaktywnych. W internecie funkcjonuje wiele portali społecznościowych, stworzonych na potrzeby użytkowników środków psychoaktywnych, umożliwiających wymianę doświadczeń. Tak zwane trip-raporty tworzone przez internautów, opisujące doświadczenia po zażyciu środków halucynogennych, czy świadectwa w postaci blogów lub wpisów na forach internetowych, to narzędzia wykorzystywane w celu promocji subkultury narkotykowej. Także rozpowszechniane na portalach filmy, które wizualizują stany świadomości za pomocą odpowiednich technik filmowych, przyczyniają się do przełamania bariery strachu wśród potencjalnych użytkowników narkotyków i wzmacniają ich pozytywny stosunek do środków psychoaktywnych. Mechanizm wpływu polega na zwróceniu uwagi odbiorcy wyłącznie na subiektywne, pozytywne aspekty zażywania substancji, zarówno natury psychicznej, jak i somatycznej. W szczególności akcentowane są: dobry nastrój, działanie euforyczne, uczucie relaksu, odprężenia oraz zwiększona wydajność intelektualna. Aspekty negatywne są przemilczane lub określane jako efekty uboczne spowodowane brakiem wiedzy

o dawkowaniu czy sposobach zażywania środków psychoaktywnych.

## Wartości



W tekstach publikowanych w portalach pośrednio promujących środki psychoaktywne, obecny jest kierunek perswazyjny, akcentujący bunt przeciwko, jak to się określa, „tendencyjnej i opartej na nieprawdziwych przesłankach światowej polityce prohibicji” wobec środków psychoaktywnych. Twórcy artykułów czy blogerzy na ogólnodostępnych stronach w internecie przekonują, że młode pokolenie w państwach demokratycznych, ceniące sobie wolność słowa i wyboru, „dojrzało” do legalizacji tzw. narkotyków miękkich. Bardziej ekstremalne wypowiedzi podkreślają, że zakazy związane z narkotykami bezpośrednio uderzają w wartości zagwarantowane przez nowoczesne społeczeństwa, takie jak wolność wyboru czy autonomia w kierowaniu własnym życiem w kontekście jego komfortu i bezpieczeństwa. Argumentacja perswazyjna, akcentująca poczucie zniewolenia i buntująca przeciw represji „państwa policyjnego”, jest niezwykle skuteczna w obliczu obecnych trendów kulturowych sprzyjających rozluźnianiu norm społecznych i umiejętnie wykorzystywana „w drugim obiegu” reklamowym.

## Idole

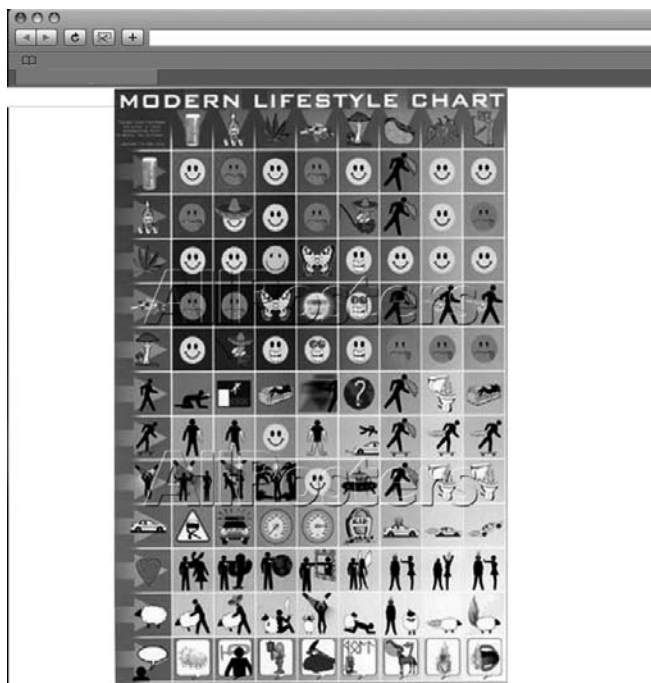


Zdjęcia prasowe z lat 70. ubiegłego stulecia wykorzystywane na plakatach kolportowanych przez internet, a przedstawiające gwiazdy tamtych czasów – np. Micka Jaggera aresztowanego za posiadanie narkotyków – to przekaz, który w rozumieniu wielu młodych odbiorców mówi o pozytywnym stosunku idoli do środków psychoaktywnych. Przywoływanie wypowiedzi prasowych przebrzmiałych i aktualnych idoli, którzy powołują się na własne pozytywne doświadczenia w zakresie używania narkotyków, często w kontekście autoreklamowym, są podstawą do potwierdzania i wzmacniania tezy o modzie czy wręcz „normie” korzystania ze środków psychoaktywnych. Narkotyki są wkomponowywane w opis stylu życia, opartego na gloryfikacji wolności, dążeniu do przyjemności i spełnianiu egocentrycznych potrzeb. Ofiary przedawkowań czy uzależnień, piętnowane przez poprawnie politycznie media, nie znajdują miejsca na portalach młodzieżowych, nie są promowane jako idole czy wzory do naśladowania. Negatywne konsekwencje brania narkotyków przez gwiazdy są często pomijane przez autorów tekstów promocyjnych.

## Styl życia

Plakat „Modern lifestyle chart” obrazuje, w jaki sposób zarówno nadawcy przekazu, jak i młodzież





rozumieją obecność środków psychoaktywnych w codziennym życiu. Zestawienie piktogramów piwa, marihuany, grzybów halucynogennych z różnymi codziennymi zachowaniami (jedzenie, relacje z partnerem, zakupy itp.) z jednej strony w zabawny sposób komentuje, „co zrobić, aby branie było bezpieczne”, z drugiej zaś przez charakter symboli bagatelizuje i wyśmiewa potencjalne niebezpieczeństwo. Plakat ten jest odzwierciedleniem pewnego trendu wyznaczającego styl życia młodego pokolenia, gdzie środki odurzające nie są tabu, lecz rozpoznawalnym elementem codzienności, wykorzystywanym instrumentalnie do intensyfikacji przeżyć. Stanowi też element różnicujący pokoleniowo. Warto zwrócić uwagę, że na plakacie nieobecne są rodzina i zdrowie, a miłość jest pokazywana jedynie jako relacja z partnerem.

Humor, relaks, dobra zabawa, ciekawe przeżycia, wolność, brak oporów, większa sprawność intelektualna, dyskredytowanie niebezpieczeństwa choroby (terminy „narkoman”, „narkomania” nie są używane) lub gloryfikowanie subkultur narkotykowych w opowie wizualnej stawiającej na intensywną kolorystykę, nowoczesny design, skrótowość przekazu, budując siatkę pozytywnych skojarzeń z narkotykami, tak by nie wzbudzać niepokoju, że środki psychoaktywne mogą zniszczyć zdrowie i w konsekwencji życie potencjalnych klientów. Na bazie pozytywnej aury roztaczanej przed młodymi internautami, budowany

jest pogłębiony przekaz zarówno poznawczy, jak i normatywny.

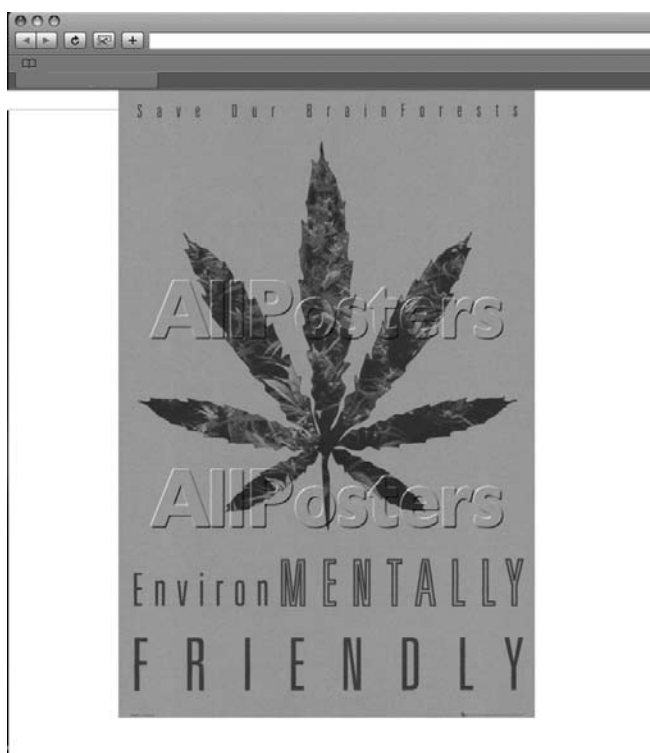
## Budowanie etosu miękkich narkotyków

„Do niedawna większość obaw dotyczących palenia „trawki” wynikała z braku wiedzy na temat sposobu jej działania. Dopiero w 1989 roku naukowcy z Akademii Medycznej w St. Louis odkryli receptor reagujący na THC. Oznacza to, że w naszym mózgu znajdują się specjalne komórki nerwowe, które są pobudzane przez THC – najważniejszy składnik psychoaktywny marihuany. Wygląda to tak, jakby człowiek został stworzony z myślą o paleniu marihuany i wyposażony przez naturę w elementy, które pozwolą mu czerpać z tego przyjemność” – czytamy na jednym z polskich portali młodzieżowych. Takie i szereg innych wypowiedzi publikowanych w portalach społecznościowych, forach czy blogach to codzienność młodego pokolenia. Narkotyki o „mniejszym potencjale uzależniającym”, zwane potocznie przez media „miękkimi”, są reklamowane w sieci na różne sposoby. Natomiast już w pełni pozwala korzystać ze zdobyczy nowoczesnego marketingu obserwowane w ostatnim czasie wprowadzanie do powszechnego obrotu szeregu takich środków o działaniu psychoaktywnym, które nie są zamieszczone na liście substancji kontrolowanych ustawowo.

## Logo stylu życia?

Każda skuteczna akcja promocyjna posługuje się prostym symbolem odzwierciedlającym jej podstawową ideę. W przypadku narkotyków symbolem-kluczem do umysłów młodych ludzi jest liść marihuany. Im więcej go w sieci i na ulicach, tym łatwiej trafić z przekazem normatywnym do potencjalnych klientów. Liść marihuany jest transformowany na wiele sposobów, ale zawsze przedstawiany jest w sposób pozytywny – czy to w kolorystyce, czy hasłach promocyjnych. Pojawia się też na gadżetach, które sprzedawane są w sieci. Obecnie tylko na jednym z portali można kupić niezliczoną liczbę gadżetów z takim logo: fajki, pudełeczka, bibułki zapachowe, wisiory, biżuterię (kolczyki, pierścionki), znaczki, bieliznę, magnesy na lodówkę, etui, pokrowce, okulary, odzież, tapety na





komórki i na ekrany laptopów, opaski na rękę, obudowy do telefonów, kładzidełka, zapalniczki, smycze, popielniczki, czapki, gry, portfele, wzory tatuaży, sitka do fajki wodnej itp. Bardziej wyspecjalizowane sklepy sprzedają: młynki, wagi czy podręczniki do uprawy konopi, akcesoria do nawadniania, środki owadobójcze. Bogata oferta rynku jest odpowiedzią na realne zapotrzebowanie – to istniejący popyt stymuluje podaż.

Hurtownie nasion marihuany działające w internecie są opatrzone zastrzeżeniami, np.: „Serwis zawiera treści o uprawie konopi tylko dla osób pełnoletnich! Strona nie ma na celu zachęcania do palenia, uprawiania ani handlowania marihuaną czy innymi narkotykami. Wszystkie zawarte informacje są zamieszczone w celach informacyjnych i naukowych. Nie ponosimy odpowiedzialności, w jaki sposób zawartość serwisu zostanie wykorzystana przez jego użytkowników”.

## Reklama dopalaczy

„Chemistry to czysta tripowa jazda, która wykrzywia i wykręca umysł. Po prostu magiczny grzybek w pigułce stworzony jako alternatywa kwasu” – tak na internetowej stronie spółka World Wide Supplement Importer z Wielkiej Brytanii zachwala jeden ze swoich produktów – poinformował „Dziennik”

28 sierpnia 2008 roku. Od tej daty rozpoczęła się – trwająca do dziś – medialna spirala doniesień na temat tzw. dopalaczy. „W Łodzi ruszył pierwszy w Polsce funshop, w którym można kupić tzw. dopalacze, czyli legalne używki pobudzające, popularne m.in. wśród bywalców klubów i dyskotek. Oferowane przez firmę produkty badali specjaliści z Polskiego Towarzystwa Kryminalistycznego, ale nie znaleźli w nich śladów narkotyków, tj. marihuany, amfetaminy czy heroiny” – pisała Polska Agencja Prasowa wraz z rozpoczęciem roku szkolnego 2008. Zainteresowanie mediów przerosło nawet wyobrażenia przedstawicieli dystrybutora. „Do końca roku otworzymy w Polsce minimum 30 sklepów” – podgrzewał atmosferę rzecznik prasowy importera. Zarówno w sklepach, jak i na stronach internetowych pojawiły się nowe marki produktów zawierające środki psychoaktywne – w większości na bazie substancji syntetycznych (BZP, JWH-018, TMFPP) lub o pochodzeniu naturalnym (przede wszystkim *Salvia divinorum*, *Kava kava*, *Tabernanthe iboga*). Prowadzona jest zakrojona na szeroką skalę akcja promocyjna przy użyciu zarówno środków reklamowych, jak i public relations. Poniesione nakłady przyniosły zamierzone efekty. Dystrybutor używa całej gamy technik promocyjnych, takich jak: liczne promocje na stronie internetowej, wyprzedaże, programy lojalnościowe (tzw. programy punktowe), mechanizmy uwiarygodniające dotyczące legalności i bezpieczeństwa sprzedawanych produktów, wyszukiwarki produktów, design strony, opisy brandów, ich opakowania oraz „puszczanie oka” do potencjalnych młodych klientów.

\*\*\*

Promowanie środków odurzających na polsko- i angielskojęzycznych stronach www nie jest powszechne. Ale nie można lekceważyć niebezpieczeństwa wiążącego się z tym zjawiskiem, szczególnie w związku z tym, że portale, fora, blogi czy sklepy cieszą się w internecie coraz większą popularnością. Korzysta z nich coraz więcej ludzi. Informacje z cyberprzestrzeni szybko przenoszą się do świata realnego, stanowiąc poważne zagrożenie dla animatorów działań prozdrowotnych czy profilaktyków.

*Ilustracje pochodzą z internetowej prezentacji zasobów strony <http://www.allposters.co.uk>.*

*„Fred goes net” to międzynarodowy projekt finansowany przez Unię Europejską ze środków Programu Zdrowia Publicznego (Community Action Programme for Public Health 2003–2008) oraz kraje w nim uczestniczące. Beneficjentem i koordynatorem programu w Polsce jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>1</sup>.*

## PODSTAWY TEORETYCZNE PROGRAMU „FRED GOES NET”

*Robert Rejniak*

*Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii*

*Ekspert KBPN ds. wdrażania projektu „Fred goes net”*

Na przełomie września i października 2008 roku w Traunkirchen w Austrii odbyło się szkolenie ekspertów-trenerów, których zadaniem było wdrażanie programu „Fred goes net” w swoich macierzystych krajach. W warsztatach wzięło udział po dwóch przedstawicieli z 14 państw europejskich. Celem szkolenia było przekazanie wiedzy na temat wdrażania programu, jego podstaw teoretycznych oraz praktycznych umiejętności i procedur z nim związanych.

### Podstawy teoretyczne

Wczesna interwencja jest bardzo istotnym elementem w profilaktyce selektywnej wobec młodzieży. Najważniejszymi pytaniami dla profesjonalistów działających w tym obszarze są: jak można możliwie wcześniej rozpoznać, że człowiek ma problemy związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych? Co można zrobić, aby spowolnić, zatrzymać bądź nawet odwrócić proces uzależnienia? Profilaktyka selektywna zwraca się zatem nie do ogółu ludności, lecz do konkretnej grupy, która jest potencjalnie zagrożona, w celu przeciwdziałania pogarszaniu się stanu zdrowia jej członków. Na wczesną interwencję jako narzędzie profilaktyki selektywnej składają się dwa etapy: wczesne rozpoznanie i wczesna interwencja.

Wczesne rozpoznanie objawów ryzyka dokonuje się poprzez odpowiednie testy (narzędzia screeningowe), których wyniki są dla osoby badanej informacją zwrotną na temat jej stanu zdrowia i ewentualnych zagrożeń. W drugim etapie przeprowadza się od-

powiednią interwencję, np. medyczne leczenie lub rozmowę.

Eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi, takimi jak alkohol, marihuana czy inne legalne i nielegalne narkotyki, należy do zachowań ryzykownych podejmowanych w wieku młodzieńczym. Większości młodzieży udaje się po fazie prób rozwinąć umiarkowane style konsumpcji, ale niektórzy zaczynają przejawiać zachowania związane z używaniem szkodliwym (nadużywaniem). Idą one niejednokrotnie w parze z poważnymi fizycznymi i psychosocjalnymi problemami jako konsekwencjami zażywania. Badania epidemiologiczne pokazały, że okresowo 10% młodzieży zażywa substancji psychoaktywnych w sposób, który można by określić jako ryzykowny.

Tutaj rozpoczyna się profilaktyka selektywna, która:

- chce przeciwdziałać chroniczności zachowań związanych z używaniem szkodliwym,
- zwraca się do młodzieży zażywającej w sposób ryzykowny,
- nakłania młodzież (przy zastosowaniu wczesnej interwencji) do umiarkowanego i odpowiedzialnego używania alkoholu czy zażywania narkotyków lub do abstynencji.

Za fundamentalną koncepcję dla tworzenia wczesnej interwencji w profilaktyce uzależnień uważa się dzisiaj **transteoretyczny model zmiany zachowań (TTM)**, który został rozwinięty przez grupę badaczy skupionych wokół Prochaski i DiClemente. Mówi on przede wszystkim o tym, że interwencja jest możliwa do przeprowadzenia nawet wtedy, gdy

osoba sama z siebie nie wykazuje jeszcze żadnego zainteresowania szukaniem pomocy i porady. Zmiana ważnych dla zdrowia zachowań jest rozumiana jako proces, który ma różnorodne stadia.

W stadium braku motywacji osoba nie rozwinęła jeszcze żadnej lub prawie żadnej świadomości problemu, rozwija ją dopiero stopniowo w stadium kształtowania się motywacji. Jest ona jednak jeszcze bardzo chwiejna i rozdarta pomiędzy argumentami za i przeciw zmianie zachowania. W stadium przygotowania planowane są już konkretne kroki, które są wypróbowywane w stadium działania i w końcu w stadium utrwalania są realizowane przez dłuższy czas. Zmiana jest tutaj postrzegana jako proces płynny, który może być jednak przerwany w każdym czasie przez powrót do wcześniejszego stadium.

### **Stadia motywacji do zmiany zachowania według Prochaski i DiClemente**

Ten stadialny model może być wykorzystywany jako pomoc w strukturyzacji procesu pomagania. Jest on jednak także ważny dla planowania wczesnej interwencji, ponieważ daje możliwość zaoferowania odpowiedniej, „szytej na miarę” interwencji osobom, które:

- wyraźnie nie wyrażają jeszcze żadnej potrzeby zmiany swego problemowego zachowania,
- sygnalizują pierwsze wątpliwości dotyczące problemowego zachowania, ale pozostają jeszcze bardzo niezdecydowane,
- rozpoczęły już przygotowania do zmiany.

Innymi słowy, pomocna interwencja nie zaczyna się dopiero wtedy, gdy zażywający narkotyki młodociany sam odważy się zgłosić do poradni, lecz odpowiednie oddziaływania, dopasowane do stadium zmiany zachowania, są możliwe już wcześniej, np. przez:

- neutralny przekaz informacji o narkotykach oraz przekazywanie krótkich impulsów do refleksji nad zażywaniem,
- wzmocnienie motywacji do krytycznego zmierzania się z własnym zażywaniem,
- rozpoznanie wzorców konsumpcyjnych, zwyczajów i okazji, jak i zysków i strat płynących z własnego zażywania.

Wczesna interwencja w ramach modelu stadialnego oferuje tym samym wielość strategii, które wspierają młodzież, odwołując się do jej aktualnych motywacji i uczą umiejętności oceny ryzyka wynikającego z zażywania. Wczesna interwencja preferuje tym samym podejście obiecujące sukces w redukcji nadużywania substancji i uzależnienia się od nich.

Cechy wczesnej interwencji to:

1. Wczesna interwencja jest proaktywna, skierowana do młodzieży, która sama z siebie tej pomocy nie szuka.
2. Oferuje konieczne uzupełnienie dotychczasowego systemu pomocy.
3. Wczesna interwencja rozpoczyna się już w stadium braku motywacji i wspiera motywację do zmiany zachowania.
4. Wczesna interwencja uczy dostrzegania ryzyka i proponuje pomoc ukierunkowaną na odpowiedzialny sposób używania substancji psychoaktywnych.
5. Wczesna interwencja ułatwia kierowanie jednostki do istniejących już instytucji pomocowych przez oferty niskoprogowe.

### **Salutogeneza jako rama koncepcyjna programu „Fred goes net”**

W ostatnich latach w terapii bardzo umocniły się podejścia skoncentrowane na rozwiązaniu i zasobach. Odwracają one uwagę od deficytów i problemów, a skupiają się na umiejętnościach i mocnych stronach klienta, odciążają terapeutę.

Ten sam kierunek wskazuje Antonovsky w swoim modelu salutogenezy. Według niego pełnia zdrowia i pełnia choroby to dwa przeciwstawne bieguny, pomiędzy którymi porusza się każdy człowiek. Nikt nie jest całkiem chory i nikt nie jest całkiem zdrowy. W przeciwieństwie do patogenezy, która wyjaśnia czynniki ryzyka dla rozwoju choroby, salutogeneza zajmuje się szukaniem odpowiedzi na pytanie: co utrzymuje człowieka przy zdrowiu? Tym samym w polu widzenia ma możliwe czynniki chroniące zdrowie.

Chociaż pozornie mogłoby wyglądać tak, jakby salutogenetyczny punkt widzenia zastępował patogenetyczny, to Antonovsky rozumiał oba podejścia jako komplementarne.

## Model salutogenezy

Według Antonovsky'ego najważniejszym zadaniem organizmu jest przezwyciężenie stanów napięcia, które są wyzwalane przez różnorodne wewnętrzne i zewnętrzne stresory. Konieczność przezwyciężenia stanów napięcia jest wszechobecnym fenomenem życia. Jeśli uda się nad nimi zapanować, to sytuacje stresowe będą miały działanie neutralne, a nawet wzmacniające zdrowie.

Różnorodne czynniki (tzw. zgeneralizowane zasoby oporu) wspierają pokonywanie stanów napięcia. Odnoszą się one zarówno do aspektów indywidualnych (np. cechy fizyczne, inteligencja, strategie zaradcze), jak i do aspektów socjalnych i kulturowych (np. społeczne wsparcie, finansowe możliwości, stabilność kulturowa). Deficyty w radzeniu sobie ze stresorami wprowadzają (ludzki) system w coraz większy zamęt. Zasoby zaradcze związane z radzeniem sobie w trudnych sytuacjach podnoszą zdolność systemu do utrzymywania stabilności i porządku. Myślenie salutogenetyczne ukierunkowuje spojrzenie na te właśnie zasoby.

Jedną z ważniejszych kategorii u Antonovsky'ego jest poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC). Decyduje ono o tym, jaką pozycję otrzyma człowiek na kontinuum zdrowia i choroby i czy porusza się on w kierunku zdrowego bieguna.

## Koncepcja poczucia koherencji

Zdrowiu człowieka zagraża wiele czynników zewnętrznych, jak chociażby wojna, głód, nieodpowiednie warunki higieniczne. Jednak nawet przy takich samych warunkach zewnętrznych, u różnych osób istnieją różne stany zdrowia. Według Antonovsky'ego indywidualny stan zdrowia jest zależny od poznawczego i afektywno-motywacyjnego nastawienia każdego człowieka, które nazywa on **poczuciem koherencji**. W pierwszej definicji określa on SOC jako „globalną życiową orientację, która wyraża, w jakim rozmiarze ktoś ma przenikające, trwałe i jednocześnie dynamiczne poczucie zaufania, że jego wewnętrzny i zewnętrzny świat doświadczenia jest przewidywalny i że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że okoliczności rozwiną się tak, jak można tego było w sposób rozsądny oczekiwać”.

Ta postawa życiowa jest dynamiczna w tym sensie, że jest ona ciągle konfrontowana z nowymi doświadczeniami życiowymi i znajduje się pod ich wpływem. Osoby o silnym SOC zbierają zasadniczo takie doświadczenia życiowe, które wzmacniają ich pozytywne nastawienie życiowe. Przez to ich SOC staje się bardziej stabilne.

Na podstawie badań osób z traumatycznymi przeżyciami Antonovsky zidentyfikował trzy komponenty, które decydują o rozwoju silnego poczucia koherencji: poczucie zrozumienia, zaradność i poczucie ważności.

**Poczucie zrozumienia** to zdolność człowieka do dostrzegania wewnętrznych i zewnętrznych stymulantów jako czytelnych, uporządkowanych, ustrukturyzowanych informacji, których wzajemny związek zostaje dostrzeżony. Osoby z tą umiejętnością potrafią wytłumaczyć sobie wszystkie trudne zdarzenia, jakie ich spotykają. Komponent zrozumiałości określa poznawczy wzorzec przetwarzania informacji.

Komponent **zaradności** pokazuje się w emocjonalnym zaufaniu, że świat da się uporządkować. Ekstremalne doświadczenia są oceniane jako wyzwania, z którymi można sobie poradzić. Aktywowane są pomoc i wsparcie. W najgorszym przypadku można znieść zdarzenia bądź ich konsekwencje. Ludzie ze słabym poczuciem koherencji często myślą o sobie jako o pechowcach. Coś im się zdarzyło. Nie mieli szczęścia. Nie dostrzegają własnych możliwości działania.

Trzeci komponent motywacyjny to **poczucie ważności**. Odnosi się ono do rozmiaru, w jakim własne potrzeby są widziane jako wyzwania, które nagradzają wysiłek i zaangażowanie. Tutaj rozstrzyga się, jak wiele energii inwestuje się w rozwiązanie problemu.

Silne SOC mobilizuje zasoby i ich kombinacje, które wydają się najbardziej odpowiednie, aby rozwiązać jakiś problem. Osoby ze słabym SOC postrzegają negatywne stresory jako obciążenie. Ich własny lęk i bycie nieszczęśliwym znajdują się na pierwszym miejscu. Osoby o silnym SOC koncentrują się na pytaniu, jakie zasoby mogą zostać zmobilizowane do rozwiązania problemu. Stać ich raczej na to, aby nadać sytuacji znaczenie i będąc odpowiednio zaangażowanym i zmotywowanym



– szukać rozwiązania. Dlatego też decydują się one raczej na zachowania wspierające zdrowie, jak np. uprawianie sportu, zdrowe odżywianie się, niepalenie papierosów albo spożywanie alkoholu w niewielkich ilościach.

Dlatego też salutogeneza może być wartościowa zarówno w profilaktyce uzależnień, jak i w opiece, poradnictwie, leczeniu, a także w samopomocy.

Salutogeneza kieruje się ku czynnikom chroniącym, które umożliwiają życie bez ekscesywnych i szkodliwej konsumpcji środków uzależniających. Salutogenetyczne są wszystkie aktywności profilaktyki uniwersalnej, które za cel mają wspieranie ogólnych życiowych kompetencji.

W obszarze profilaktyki selektywnej pojawiają się pytania, czy osoby z problemami – jak np. notowani pierwszy raz konsumenci narkotyków – odczuwają swoją sytuację życiową jako zrozumiałą i ważną. Według teorii Antonovsky’ego najważniejszym komponentem jest ważność. Dlatego oferta pomocy dla notowanych pierwszy raz konsumentów narkotyków powinna kłaść nacisk na to, aby młodzież i młodzi dorośli przypisywali wymaganą ważność tej stresowej sytuacji. Kolejny krok wiązałby się ze zrozumieniem, dlaczego doszło do notowania młodej osoby przez szkołę, policję czy sądownictwo. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń życiowych i indywidualnych zgeneralizowanych zasobów oporu muszą zostać rozwinięte strategie zaradcze. Mechanizmy zaradcze, będące do dyspozycji, są zależne od uzyskanego do tego momentu poczucia koherencji. Właściwie przezwyciężony kryzys może wzmocnić SOC.

## Wywiad motywacyjny

### – koncepcja wzmacniania gotowości do zmiany

Wywiad motywacyjny (WM) (*ang. motivational interviewing*) jest „dyrektywną i skoncentrowaną na kliencie koncepcją poradnictwa, służącą rozwiązaniu ambiwalentnych nastawień wobec zmiany zachowania”. Charakterystyczne dla środków uzależniających aspekty prowadzenia rozmowy mogą być według Miller & Rollnick tak kształtowane, że dotknięte problemem alkoholizmu i narkomanii

osoby wykażą możliwie niewielki opór, aby zająć się swoją sytuacją i w najwyższym stopniu rozwinąć gotowość do zmiany. Podstawą tej koncepcji jest kontakt osobisty pomiędzy profesjonalistą a osobą z problemami. WM bazuje na założeniach psychoterapii, terapii behawioralnej i nauki komunikacji. Zasadniczym punktem odniesienia WM jest model zmiany Prochaski & DiClemente (opisany wcześniej). Zdaniem tych badaczy, WM jest „mniej specyficzną metodą leczenia, a o wiele bardziej charakterystycznym stylem leczenia”.

Poniżej postaram się przedstawić ogólnie zasadnicze elementy koncepcji prowadzenia wywiadu motywacyjnego.

Niepewność towarzyszy wszystkim ważnym, życiowym decyzjom i często jest zjawiskiem towarzyszącym także psychologicznym problemom bądź zaburzeniom. W kontekście zachowań związanych z uzależnieniem niepewność jest centralnym zjawiskiem. Istoty motywacji i chęci zmiany należy szukać w ambiwalencji związanej z wymogiem rezygnacji ze środka uzależniającego i szukaniem alternatywnego stylu życia. Przyczyn ambiwalencji według Millera & Rollnicka nie należy szukać ani w wyraźnie zarysowanej patologicznej („uzależnionej”) osobowości, ani w negatywnie wpływających na rozwój osobowości mechanizmach obronnych (np. zaprzeczanie, racjonalizacja, projekcja). Należałoby raczej przyjąć, że dla ambiwalentnego ze względu na zażywanie bądź zaprzestanie zażywania środków uzależniających człowieka, istotne jest bycie uwięzionym w tzw. konflikcie zbliżania się i unikania: człowiek czuje się rozdarty pomiędzy przyjemnymi i nieprzyjemnymi skutkami zażywania, pomiędzy atrakcją i destrukcją, pomiędzy dalszym braniem a jego zakończeniem.

Istotną część motywującego prowadzenia rozmowy kształtuje pięć zasadniczych elementów:

- **wyrażanie empatii** – w tym kontekście oznacza ono próbę zrozumienia czyjegoś punkt widzenia tak dogłębnie, jak to tylko możliwe, tzn. aby w szczególności dopuścić wyrażenie ambiwalentnych nastawień;
- **rozwój niezgodności** – oznacza przyczynienie się do tego, że osoby z problemami odkryją w swoim patrzeniu na samych siebie sprzeczności i różnice; chodzi o określenie dysproporcji pomiędzy zaist-

niałą sytuacją a tym, co było kiedyś założeniem jednostki;

- **unikanie udowadniania** – zasada ta opiera się na pewnej zależności, że im bardziej ktoś z zewnątrz próbuje wywierać nacisk na jednostkę, tym bardziej próbuje ona zboczyć z obranego kierunku;
- **przejmowanie oporu** – oznacza, że podstawowym zadaniem pomagającego jest od początku rozumienie oporu, ale nie jako brakującej motywacji, lecz jako wskazówki dla nieuwzględnianego ambiwalentnego nastawienia;
- **wspieranie poczucia własnej skuteczności** – oznacza, że zasadniczy cel motywującej rozmowy to wzmocnienie wiary klienta w samego siebie, jego zaufania do samego siebie; to spowodowanie również tego, aby spostrzegał on siebie jako kogoś, kto poradzi sobie z określonym problemem i pojawiającymi się przy tym możliwymi trudnościami.

Wywiad motywacyjny bazuje więc na przekonaniu, że osoby mające problemy z środkami psychoaktywnymi, są same odpowiedzialne za zmianę. Ta konstatacja została podniesiona do rangi zasady etycznej. Profesjonalni terapeuci są towarzyszami procesu stawania się przez klienta świadomym własnej sytuacji i procesu zmiany. Są dyrektywni, ale nie dyrygujący. Widzą swoją odpowiedzialność w wykorzystaniu swej wiedzy i energii do wspierania odpowiedzialności własnej osób z problemami. Wywiad motywacyjny musi być rozumiany jako krok prowadzący do niezależności i jako element wspierający autonomiczność klienta.

Celem programu „Fred goes net” jest możliwie wczesne dotarcie do osób sięgających po alkohol czy/i narkotyki i przedstawienie im oferty interwencji z wykorzystaniem społecznego nacisku. Zaleca się również wybór takiej koncepcji poradnictwa bądź postawy, które potraktują na poważnie i okażą respekt osobom z problemami w ich często bardzo ambiwalentnej postawie wobec zmiany. Wywiad motywacyjny jako koncepcja, która chroni autonomiczność klienta, jest tutaj z pewnością właściwą drogą. W każdej sytuacji ważne jest, aby udzielać rzeczowych informacji i wczuć się jednocześnie w indywidualną sytuację drugiej osoby bez krytykowania i osądzania. Osoby mające problem z zażywaniem środków uzależniających,

a szczególnie młode i te, z którymi udało się nawiązać kontakt po raz pierwszy, decydują na własną odpowiedzialność, jakie treści są dla nich ważne i jakie wnioski z tego wyciągną.

Udzielający porad chcą nawiązać kontakt z młodymi ludźmi, którzy w swojej konsumpcji nie dostrzegają problemu. Chcą udzielać informacji i nie wiedzą, czy w ogóle są one oczekiwane. I tutaj właśnie pomocny jest – tak pokazują badania przeprowadzone nad skutecznością tej metody – wywiad motywacyjny: udzielanie informacji na bazie empatycznej postawy życiowej, a w kolejnym kroku wyjaśnianie indywidualnego znaczenia tych informacji i rozmowa na temat możliwych konsekwencji.

Wczesne rozpoznanie i wczesna interwencja mogą się stać skuteczne wówczas, gdy osoby udzielające porad wezmą na poważnie ambiwalentne postawy zażywających narkotyki. Decyzja młodego człowieka sięgającego po alkohol czy narkotyki, aby wziąć udział w programie FreD, nie oznacza jeszcze, że została ona podjęta w celu zmiany zwyczajów związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych. WM może być bardzo pomocny, aby zachować potrzebny spokój i aby za pomocą informacji zwrotnych, edukacji i pytań wyjaśnić w otwartej dyskusji indywidualny punkt widzenia. Dyskusja ta jest procesem. **Motywowanie** w tym sensie nie oznacza nic innego jak **wyjaśnianie**.

## Bibliografia

Antonovsky A., „Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit“, Tübingen 1997.

Materiały informacyjne dotyczące projektu FreD (Landschaftsverband Westfalen-Lippe), podręcznik wersja robocza.

Miller&Rollnick, „Motivational Interviewing”, 1991, 2002.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Pierwszy artykuł na temat programu został zamieszczony w numerze 3/2008 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”. Przedstawiono w nim założenia i cele programu, wyniki badań dotyczących sposobu jego implementacji, ścieżki dostępu do niego młodych ludzi oraz zakres działań podjętych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i ekspertów krajowych. Poniższy artykuł prezentuje podstawy teoretyczne projektu.

*W 2007 roku w Polsce 3328 osób było odbiorcami programów wymiany igieł i strzykawek, co oznacza spadek w stosunku do lat poprzednich. Liczba kontaktów również uległa zmniejszeniu z 86 487 w 2004 roku do 41 872 w 2007 roku. Trudno jednoznacznie ocenić, czy liczba odbiorców spada ze względu na to, że liczba programów uległa zmniejszeniu, czy też zmniejszanie się liczby programów jest efektem mniejszej liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków.*

## PROGRAMY WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK W POLSCE I EUROPIE

Artur Malczewski

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

Według najnowszego raportu rocznego EMCDDA<sup>1</sup> ograniczenie szkód zdrowotnych to cel ujęty w strategiach antynarkotykowych i planach działania wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej. W polskim Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii<sup>2</sup> na lata 2006–2010 w obszarze leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej zostały zapisane następujące działania: rozwój ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków lub szkodliwego ich używania oraz programów ograniczania szkód zdrowotnych oraz zwiększenie liczby i różnorodności specjalistycznych programów leczniczych, w tym leczenia substytucyjnego, rehabilitacyjnych i redukcji szkód dla osób uzależnionych od narkotyków w jednostkach penitencjarnych i zakładach dla nieletnich.

Do działań z zakresu redukcji szkód zaliczamy leczenie substytucyjne oraz programy wymiany igieł i strzykawek. Głównym celem tych działań jest ograniczenie liczby zgonów z powodu przedawkowania oraz zahamowanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Powyższe działania realizowane są we wszystkich krajach objętych monitoringiem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W Europie panuje tendencja do zwiększania dostępności programów wymiany igieł i strzykawek. Większość krajów zapewnia różnego rodzaju świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej w placówkach redukcji szkód. Jednak w niektórych działaniach z zakresu redukcji szkód wprowadzane są z opóźnieniem. Z badań przeprowadzonych

wśród osób będących poza leczeniem wynika, że świadczenia z zakresu redukcji szkód są nadal niewystarczające, a ich dostępność niewielka. W 2006 roku w Rumunii zmniejszyła się liczba tego typu programów po zaprzestaniu finansowania zewnętrznego. W Grecji został zahamowany rozwój

*W ciągu pięciu lat zmniejszyła się liczba programów wymiany igieł i strzykawek z 21 w 2002 roku do 15 w 2007 roku. W 2007 roku wymiana była realizowana już tylko w 12 miastach (w 2002 roku w 23).*

programów niskoprogowych. Jedyne programy na Cyprze, który powstał w 2007 roku, nadal nie jest oficjalnie zatwierdzony. W krajach nadbałtyckich i Rumunii ważną rolę w prowadzeniu działań z zakresu redukcji szkód odgrywają środki międzynarodowe. Wsparcie finansowe udzielane jest ze środków Funduszu Globalnego (Global Fund) w ramach programu walki z AIDS, malarią i gruźlicą. W Estonii oraz na Litwie i Łotwie Biuro ds. Narkotyków i Przestępczości uruchomiło projekt o nazwie „Profilaktyka i opieka w zakresie HIV/AIDS dotycząca osób przyjmujących narkotyki dożylnie a przebywających w więzieniach”.

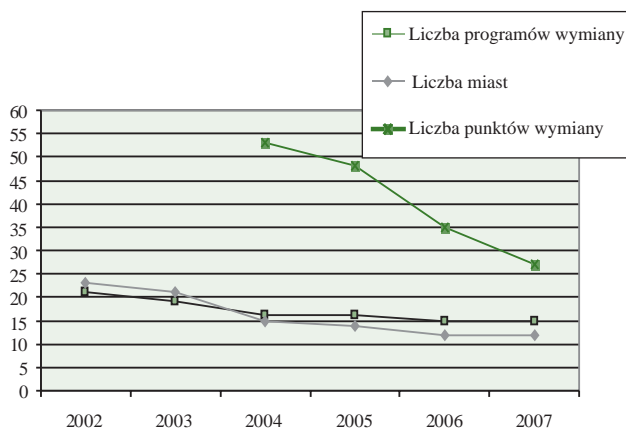


## Programy wymiany w Polsce

Informacje o liczbie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, kontaktów oraz wymienionego sprzętu do iniekcji zbierane są co dwa lata przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN). Dane przekazywane są przez organizacje pozarządowe prowadzące programy redukcji szkód. Na podstawie otrzymanych informacji należy stwierdzić, że zmniejszała się liczba programów i punktów wymiany igieł i strzykawek (wykres 1.). W ciągu ostatnich pięciu lat liczba programów zmniejszyła się z 21 w 2002 roku do 15 w 2007 roku. Równocześnie ograniczeniu uległ dostęp do dystrybuowanych igieł i strzykawek, ponieważ wymiana w 2007 roku była realizowana już tylko w 12 miastach (w roku 2002 w 23). Blisko o połowę zmniejszyła się także liczba punktów wymiany. W 2007 roku dystrybucja igieł i strzykawek prowadzona była w następujących miejscowościach: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków, Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Chorzów, Katowice, Warszawa oraz Rzeszów. Pojawiły się jednak nowe formy docierania do klienta. Program w Krakowie rozpoczął w 2008 roku wymianę przy użyciu samochodu, a jeden z nowych programów w Warszawie na Pradze Południe prowadzi pracę uliczną przy użyciu rowerów.

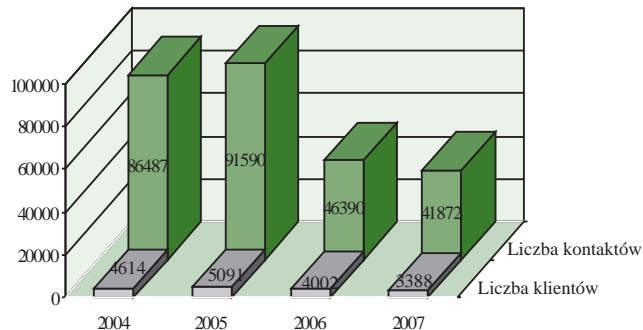
W 2007 roku 3328 osób było odbiorcami programów wymiany igieł i strzykawek, co oznacza spadek w stosunku do lat poprzednich. Liczba kontaktów również uległa zmniejszeniu z 86 487 w 2004 roku do 41 872 w 2007 roku. Trudno jednoznacznie oce-

**Wykres 1. Liczba programów, punktów wymiany igieł i strzykawek oraz miast, gdzie programy były realizowane w latach 2002–2007**



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

**Wykres 2. Liczba klientów oraz kontaktów w programach wymiany igieł i strzykawek w latach 2004–2007**

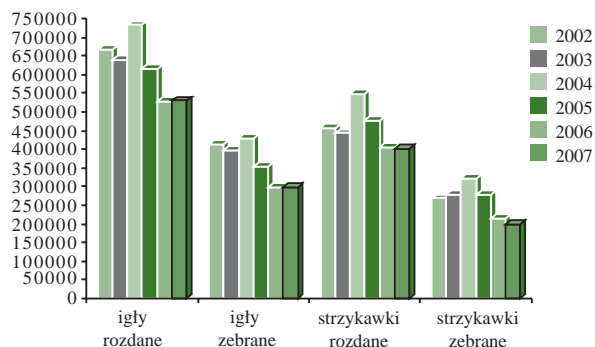


Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

nić, czy liczba odbiorców spada, ponieważ to liczba programów uległa zmniejszeniu, czy też zmniejszanie się liczby programów jest efektem mniejszej liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków. W Poznaniu i Szczecinie programy przestały działać, ponieważ nie ma w tych miastach „otwartych” scen narkotykowych (tzw. bajzli), które były miejscem działania pracowników ulicznych. Zaostrzenie przepisów prawa narkotykowego w 2000 roku mogło mieć wpływ na zejście środowiska iniekcyjnych użytkowników do tzw. podziemia. Trudno jest zatem jednoznacznie ocenić, czy zmniejszyła się widoczność problemu – brak otwartych scen narkotykowych, czy też rzeczywiście spada liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na przykład mniejsza liczba iniekcyjnych użytkowników w Warszawie jest w opinii pracowników organizacji pozarządowych efektem powstania dwóch nowych programów leczenia substytucyjnego. Jednak wyniki badań jakościowych zrealizowanych w aglomeracji śląskiej sugerują wzrost popularności iniekcyjnego używania narkotyków w tym regionie. Przeprowadzone pod koniec 2008 roku, a będące obecnie w fazie opracowania, polsko-francuskie badanie klientów programów niskoprogowych, pozwoli na otrzymanie dokładniejszych informacji o iniekcyjnych użytkownikach narkotyków będących odbiorcami programów wymiany igieł i strzykawek. Powtórzenie pomiaru w 2010 roku pozwoli na uchwycenie dynamiki zmiany. W ramach projektu zebrano także dane o placówkach świadczących usługi niskoprogowe. Podsumowując, trudno jednoznacznie stwierdzić, na ile ostatnie dane wskazują jednoznacznie na spadek popularności iniekcyjnego używania narkotyków.



**Wykres 3. Liczba rozdanych i zebranych igieł i strzykawek w programach wymiany w latach 2002–2007**

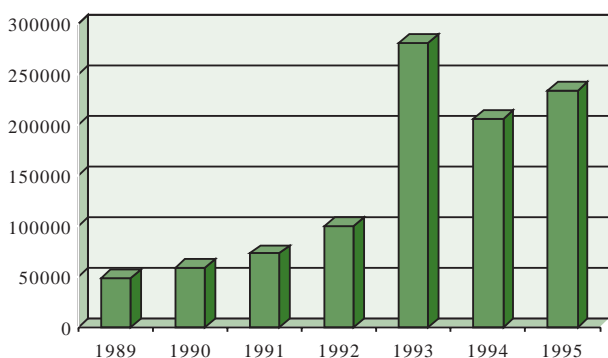


Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii.

Od 2004 roku systematycznie spada liczba rozdanych igieł i strzykawek (wykres 3.). W 2007 roku w 15 programach wymiany rozdano 529 689 igieł oraz 401 874 strzykawek. Jest to i tak więcej niż w pierwszej połowie lat 90., gdzie w rekordowym 1993 roku w ponad 160 punktach dystrybucji rozdano 280 370 igieł. Porównując dwa ostatnie lata widać, że spadek jest niewielki.

Na wykresie 4. przedstawiono dane na temat liczby wydanych igieł i strzykawek w ramach badania przeprowadzonego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii dotyczącego wpływu wymiany igieł i strzykawek na zakażenie HIV wśród narkomanów. Od 1989 roku rosła liczba dystrybuowanych igieł, z chwilowym spadkiem w 1994 roku. W 1995 roku (ostatnie dostępne dane) z badania tego wydano 233 210 igieł.

**Wykres 4. Dystrybucja igieł w latach 1989–1995**



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

## Redukcja szkód w Polsce – środki finansowe samorządów

Według danych z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2007 roku władze pięciu województw: śląskiego, łódzkiego, zachod-

niopomorskiego, lubelskiego oraz dolnośląskiego wspierały finansowo osiem programów ograniczania szkód zdrowotnych. Jest to ponad dwukrotny wzrost w porównaniu do 2006 roku, w którym tylko trzy samorządy wojewódzkie przeznaczyły środki na redukcję szkód (warmińsko-mazurskie, podkarpackie i lubelskie). Wśród tych ośmiu programów trzy związane były z wymianą igieł i strzykawek. Działaniami objęto w nich 554 osoby. W 2007 roku na programy redukcji szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków samorządy wojewódzkie przeznaczyły nieco ponad 80 tys. złotych.

Ponadto 39 samorządów gminnych przeznaczyło fundusze na programy ograniczania szkód zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków. W ramach tego wsparcia dofinansowano między innymi kilkanaście programów wymiany igieł i strzykawek. W 2007 roku całkowity koszt wydatków gmin na realizację programów ograniczania szkód zdrowotnych (w tym nie tylko na programy wymiany) wyniósł 1 354 468 złotych i był o prawie 200 tys. złotych wyższy niż rok wcześniej.

## Bibliografia

- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne – stan problemu narkotykowego w Europie 2008”, EMCDDA, Lizbona 2008.
- Malczewski A., „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i Europie”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1/2007.
- Minister Zdrowia, „Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2007, KBPN, Warszawa 2008 (maszynopis).
- Kulka Z., Moskaliewicz J., „Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce”, Alkoholizm i Narkomania nr 1/1998.
- Sierosławski J., „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007 (maszynopis).

## Przypisy

<sup>1</sup> Przegląd najważniejszych wniosków z raportu EMCDDA został przedstawiony w „Serwisie Informacyjnym Narkomania” nr 4/2008 roku. Cały raport dostępny jest pod adresem: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

<sup>2</sup> Rozporządzenie dotyczące Krajowego Programu dostępne jest pod adresem: [http://www.narkomania.gov.pl/kppn\\_06-10.htm](http://www.narkomania.gov.pl/kppn_06-10.htm).

*Najpowszechniejszą metodą pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych jest stacjonarna terapia oparta na metodzie społeczności terapeutycznej. Artykuł opisuje alternatywne podejście – leczenie w systemie opieki ambulatoryjnej.*

# TERAPIA AMBULATORYJNA W SYSTEMIE POMOCY DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH

*Mirosława Straburzyńska*

*psychoterapeutka, specjalistka terapii uzależnień, superwizor z listy KBPN*

Stworzenie optymalnego systemu pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin, który byłby skuteczną i adekwatną odpowiedzią na potrzeby zarówno ich samych, jak i społeczności, w których żyją, jest jednym z priorytetów polityki społecznej. W nieustającej debacie na temat skuteczności leczenia narkomanii różne grupy specjalistów prezentują odmienne przekonania dotyczące efektywności oddziaływań różnych systemów pomocy. Konflikty interesów występują także między realizatorami programów terapeutycznych a decydentami, płatnikami usług kontraktowanych w ramach tych programów. Kontrowersje dotyczą ich finansowania i oczekiwań związanych z ich maksymalną efektywnością.

## Czy tylko ośrodek?

Jeszcze nie tak dawno wśród osób zajmujących się profesjonalnie terapią osób uzależnionych od środków psychoaktywnych dominował pogląd, że najlepszą i najlepiej rokującą formą leczenia narkomanów jest długoterminowa rehabilitacja w ośrodku stacjonarnym, w oderwaniu od patogenicznego środowiska osób czynnie przyjmujących narkotyki. Pogląd ten wydaje się być słuszny do dziś dnia, szczególnie w odniesieniu do osób uzależnionych przewlekłe i na tyle społecznie zmarginalizowanych, że ośrodek może stanowić jedyne miejsce umożliwiające zbudowanie od podstaw nowych, trzeźwych wzorców funkcjonowania społecznego dla zmotywowanych i widzących w tym szansę dla siebie pacjentów. Natomiast patrząc na aktualne problemy wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych w szerszym kontekście, trudno

takie podejście obronić, a uznawanie go za jedynie słuszne wydaje się być zjawiskiem nieracjonalnym, a nawet szkodliwym. Dzisiejsza scena narkotykowa w znacznym stopniu wydaje się odbiegać od wzorca znanego nam jeszcze z lat 90. ubiegłego stulecia. Środowisko narkomańskie nie jest już jednorodnym tworem subkultury, lecz konglomeratem wielu subkultur funkcjonujących w różnorodnych środowiskach. Trudno wyobrazić sobie nawet próbę znalezienia wspólnego punktu odniesienia dla osoby przyjmującej narkotyki, bywalca snobistycznych klubów, na co dzień realizującego się zawodowo, blokera, a więc młodego, zaniedbanego wychowawczo „wychowanka ulicy” wielkomiejskich osiedli mieszkaniowych, czy chociażby mieszkańca wsi bądź małego miasteczka, spadkobiercy pokoleniowej, wyuczonej przez biedę i bezrobocie społecznej bezradności. Większość ośrodków stacjonarnych w naszym kraju pracuje metodą społeczności terapeutycznej. Formuła ta może się wydawać zbyt ograniczająca i nie zawsze odpowiednia w przypadku tak wielkich różnic między poszczególnymi kategoriami pacjentów. Biorąc pod uwagę osoby młode, funkcjonujące jeszcze w rolach społecznych, długoterminowa rehabilitacja stacjonarna może przysporzyć dodatkowych problemów wynikających bezpośrednio z samego faktu izolacji od swojego naturalnego środowiska społecznego. Obok niewątpliwych korzyści socjopsychologicznych przyspieszających proces zdrowienia, pobyt w ośrodku powoduje przerwanie relacji z rodziną (pierwotną i wtórną) oraz innymi środowiskowymi źródłami poczucia wspólnoty, przynależności, a tym samym poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości wyrasta-

jących z więzi, identyfikacji i ciągłości uczestnictwa w życiu społecznym. Biorąc pod uwagę właśnie ten ograniczający aspekt leczenia stacjonarnego, wielu liderów przeformułowało programy swoich placówek na bardziej otwarte – w kierunku współpracy terapeutycznej z rodziną, która ma kapitalne znaczenie we wspieraniu pacjenta nie tylko w trakcie, ale przede wszystkim po leczeniu. Mając świadomość zniweczenia efektów leczniczych przez zjawisko tzw. wtórnej zależności (zależności od ośrodka i środowiska terapeutycznego), można zaobserwować tendencję do skracania programów i koncentrowania się na oddziaływaniach zmierzających do podejmowania przez pacjentów ról społecznych „na zewnątrz” (pracy, nauki, funkcjonowania w grupach rówieśniczych poprzez sport i rozwój zainteresowań).

O sukcesie terapeutycznym decyduje najczęściej ostatni, „wyjściowy” etap leczenia, dlatego oferta ośrodków stacjonarnych coraz częściej jest poszerzana o oddziaływania postrehabilitacyjne. Są one prowadzone w oparciu o program readaptacyjny hosteli, czyli wydzielonej części mieszkalnej dla najstarszych stażem członków społeczności, którzy nie biorą już czynnego udziału w codziennych zajęciach ośrodka (model living-in). Drugą formą tych oddziaływań jest tzw. model living-out, realizowany przez udostępnianie poza ośrodkiem mieszkań readaptacyjnych adeptom programów terapeutycznych. Stanowią one istotny pomost między życiem w swoistej subkulturze ośrodka a uczestniczeniem w życiu społecznym kształtowanym przez ludzi będących poza problemem<sup>1</sup>.

Stąd już tylko krok do konkluzji, że w systemie ambulatoryjnej pomocy uzależnionym wszystkie te, wymienione tylko sygnałnie, ograniczenia programów stacjonarnych, po prostu nie występują. Ich dodatkowym atutem, być może decydującym w sposób bezdyskusyjny o większej efektywności, jest znacznie mniejszy koszt utrzymania zarówno infrastruktury, jak i pacjentów przy jednoczesnym wysokim standardzie usług terapeutycznych.

Moje kilkunastoletnie doświadczenie w pracy w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym doprowadziło mnie do dwóch konkluzji:

Oba systemy należy traktować komplementarnie, jako wzajemnie się wspierające i uzupełniające w niwelowaniu ograniczeń wynikających ze swojej specyfiki

w oparciu o współpracę, a nie rywalizację między specjalistami i placówkami. Współpraca mogłaby zaowocować lepszym przepływem dokumentacji medycznej między systemami, wówczas można by uzupełniać diagnozę problemową i kontynuować proces terapeutyczny rozpoczęty w jednym systemie, dając beneficjentom programów poczucie ciągłości procesu zmian.

W kształtowaniu polityki społecznej w zakresie pomocy osobom uzależnionym i ich rodzinom wszyscy, a więc decydenci i realizatorzy, powinni kierować się nie ideologicznymi lub koniunkturalnymi przesłankami, ale argumentami racjonalnymi, opartymi na badaniach naukowych i dobrych praktykach. Przede wszystkim zaś należy brać pod uwagę głos samych zainteresowanych. Warto, wzorem najlepszych szkół psychoterapii, nazywać ich i traktować jak klientów, coraz bardziej świadomych swoich potrzeb i praw w zakresie udzielania im pomocy, szanować ich integralność. A za największą wartość w kontakcie terapeutycznym uznawać szacunek dla podmiotowości pacjenta, która wyraża się w jego prawie do decydowania o sobie i wyborze form terapii, w tym również w prawie do odmowy leczenia i porzucenia na korzystaniu z niektórych form pomocy z zakresu redukcji szkód (np. programu wymiany igieł i strzykawek).

## System ambulatoryjny – lepsza dostępność, szeroka oferta

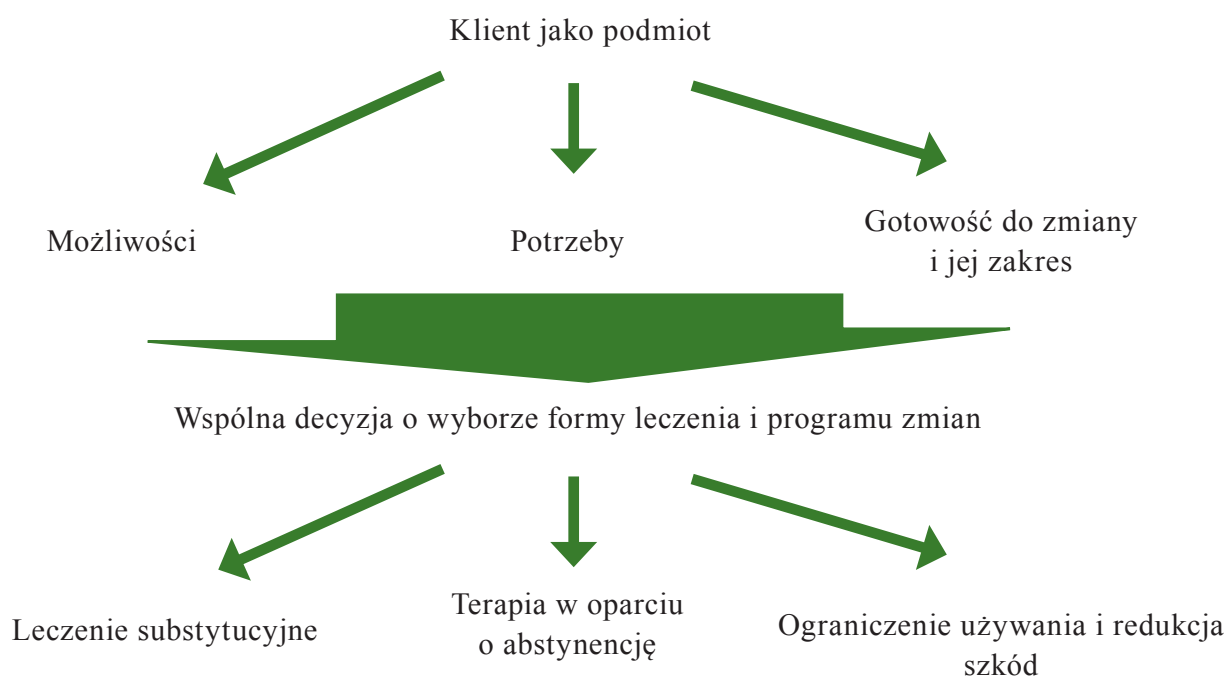
Leczenie osób uzależnionych w systemie ambulatoryjnym spełnia przede wszystkim dwa podstawowe kryteria, które mają według mnie decydujący wpływ na jego efektywność:

1. Większa dostępność do różnorodnych form leczenia i możliwość doświadczania *in statu nascendi* problemów wynikających z destrukcyjnego funkcjonowania w środowisku ludzi zdrowych i na bieżąco ich przepracowywania (np. sygnały ostrzegawcze przed nawrotem i sytuacje wywołujące nawrót, ograniczanie spożycia lub zmiana wzoru używania). Tym samym podtrzymywanie i wzmacnianie wartości, jaką jest funkcjonowanie w rolach społecznych i możliwość dostosowania oferty terapii zarówno do wskazań medycznych, terapeutycznych, jak i preferencji samego klienta (np. udział w pro-

gramie opartym na abstynencji lub redukcji szkód, obejmujący także leczenie substytucyjne).

2. Możliwość opracowania zindywidualizowanego programu terapii, opartego na bliskiej, partnerskiej relacji z terapeutą. Właściwy kontakt terapeutyczny, uwzględniający poziom motywacji, osobiste zasoby, doświadczenia i umiejętności psychospołeczne klienta oraz jego możliwości w zakresie tempa i jakości zmian, daje terapeutcie możliwość podążania za klientem w sposób nie narzucający się i empatycznego reagowania na zachowania będące konsekwencją choroby. Dzięki temu możliwe jest udostępnienie klientowi przestrzeni na jego aktywność i inicjatywę. Jest to na ogół korektywne doświadczenie dla osób uwikłanych w takie systemy rodzinne i społeczne, które skutecznie blokowały rozwój tych cech i jednocześnie generowały zachowania destrukcyjne w odpowiedzi na brak akceptacji, punitivność, a nawet przemoc, odrzucenie i marginalizację.

Im bogatsza jest oferta placówki ambulatoryjnej dla osoby uzależnionej, tym bardziej uwzględniana jest podmiotowość klienta i jego prawo do wyboru zarówno form, jak i sposobów leczenia. Wyraża się w tym także postawa specjalistów udzielających pomocy, nastawionych na realne i osiągalne efekty leczenia, w duchu poszanowania wolności i praw pacjenta. Można to graficznie ująć następująco:



## Proces zdrowienia w systemie ambulatoryjnym

Terapia osób uzależnionych opiera się w znacznej mierze na takim integrowaniu podejść i modeli teoretycznych, by w praktyce osiągnąć readaptację społeczną zgodną z wyobrażeniami i gotowością tych osób do zmiany, wyrażającą się poprzez:

- zachowanie trwałej abstynencji od środków psychoaktywnych, znaczne ograniczenie ich używania lub zmiana wzorów używania (np. leczenie substytucyjne);
- samodzielne, konstruktywne rozwiązywanie własnych problemów;
- podejmowanie i modyfikację ról społecznych (zawodowych, rodzinnych, towarzyskich);
- zerwanie kontaktu z destrukcyjną subkulturą;
- samorealizację i rozwój osobisty.

Osoba uzależniona osiąga te cele, dokonując w sobie zmian w trakcie procesu terapeutycznego w obszarze myślenia, emocji, zachowania i postaw, dzięki byciu w relacji i poprzez relację (w indywidualnym lub/i grupowym kontakcie terapeutycznym).

Na pierwszym etapie leczenia, który można nazwać adaptacyjno-motywacyjnym, praca z osobą uzależnioną polega na oddziaływaniach psycho- i socjoterapeutycznych w oparciu o teorie behawiorystyczne. Głównym celem terapii w tej



fazie jest odejście klienta od wyuczonych zachowań nałogowych związanych z alkoholem czy narkotykami i zastąpienie ich innymi zachowaniami, które determinowane są przez wskazania zawarte w kontrakcie terapeutycznym.

Dalszy etap terapii – nastawiony na transformację postaw osoby uzależnionej, konfrontowanie ich w kontakcie indywidualnym i grupowym – wymaga stosowania w pracy z klientem metod i narzędzi z zakresu psychoterapii z zastosowaniem różnych szkół i orientacji teoretycznych, w zależności od przekonań, metod i filozofii pracy terapeuty czy zespołu leczącego. Chodzi tu bowiem o zmiany wewnętrzne każdego klienta w obrębie myślenia, uczuć, postaw i norm. Poprzez uczestnictwo w treningu interpersonalnym, intrapsychicznym, asertywności i głębokie zaangażowanie w psychoterapię indywidualną i grupową klient dokonuje wglądu w siebie i decyduje o rezygnacji z destrukcyjnych mechanizmów obronnych na rzecz konstruktywnego rozwoju, opartego na własnych zasobach psychologicznych i umiejętnościach społecznych. Tym samym buduje na nowo obraz samego siebie i określa stosunek do świata. Zaspokaja podstawowe potrzeby w sposób bardziej dojrzały. Korekcja zachowań odbywa się poprzez uczestnictwo w zajęciach psychoedukacyjnych, psychodramach, zawiera się w informacjach zwrotnych, jest widoczna w relacjach i nieformalnych kontaktach międzyludzkich.

Ostatnim etapem leczenia są oddziaływania postterapeutyczne, które zachęcają klienta do podejmowania większych wysiłków na rzecz angażowania się w aktywności niezwiązane z terapią. Praca z klientem koncentruje się wokół jego problemów dotyczących pracy zawodowej, nauki, rodziny i często ma charakter interwencji wobec bieżących wydarzeń w jego życiu. Osoba uzależniona pogłębia swą edukację i doświadczenie związane z własną chorobą i trzeźwieniem, konfrontuje się z sytuacjami trudnymi i szuka wsparcia w radzeniu sobie z nimi, a także dzieli się swoimi przeżyciami: chwali osiągnięciami, przeżywa porażki. Jest to również optymalny czas do podjęcia systemowej terapii rodzinnej, małżeńskiej czy par, zwłaszcza dla tych osób, które założyły już własne rodziny lub żyją w długotrwałych związkach nieformalnych. Właśnie teraz następuje przestawienie się z nałogowych mechanizmów przystosowania

na zdrowe, uwzględniające potrzeby związku i innych członków rodziny.

W końcu klient nieuchronnie zbliża się do momentu separacji z terapeutą lub zespołem, postrzeganym jako źródło pomocy w odzyskaniu zdrowia i równowagi życiowej. Rozstanie stanowi problem, który trzeba rozwiązać w taki sposób, by klient zaczął źródło siły widzieć w sobie i by mógł w pełni żyć samodzielnie. Brak pomyślnego rozwiązania „problemów rozstaniowych” może doprowadzić do wtórnego uzależnienia się klienta od instytucji i ludzi z nią związanych. Może uniemożliwić konstruktywne funkcjonowanie klienta poza nimi. Jak już wspomniałam, prawdopodobieństwo wtórnej zależności od terapii jest zjawiskiem częściej występującym w systemie stacjonarnej pomocy, gdzie specyfiką jest budowanie więzi społecznej i emocjonalnej pacjenta ze środowiskiem terapeutycznym ośrodka. Na tej podstawie dokonują się jego zmiany wewnętrzne. Kontrakt terapeutyczny realizowany w systemie ambulatoryjnym nie zakłada takiej strategii, a dynamika pracy w oparciu o relację terapeutyczną, która osobiście jest mi najbliższa, przewiduje pracę nad rozwiązaniem tej relacji. Umożliwia to klientowi zarówno uporanie się z uczuciami towarzyszącymi rozwiązywaniu relacji, jak i ma wymiar bardziej uniwersalny, ponieważ uczy klienta radzenia sobie z problemem utraty. Jest to jeden z podstawowych problemów egzystencjalnych współczesnego człowieka, który często leży u podłoża ucieczkowych zachowań destrukcyjnych, takich jak narkomania, alkoholizm, hazard i inne uzależnienia oraz takich zachowań akceptowanych społecznie, a nawet wzmacnianych medialnie, jak postawa bezrefleksyjnego hedonizmu, konsumpcjonizmu czy bezwzględnej rywalizacji o mniej lub bardziej użyteczne dobra materialne. Do placówek ambulatoryjnych trafiają coraz częściej ludzie nie tyle potrzebujący długoterminowej terapii antyuzależnieniowej, co osoby zagubione, nie radzące sobie z wyzwaniami współczesności i nie nadążające za tempem życia.

## **Kontakt z klientem uzależnionym i praca z nim w procesie zdrowienia**

Środki psychoaktywne mają wpływ na zachowania klienta (zarówno werbalne, jak i niewerbalne),

oddziałują także na jego świadomość, emocje, postępowanie i na funkcje poznawcze. Zachowując uważność i biorąc pod uwagę ten wpływ środków psychoaktywnych musimy, przy organizowaniu pomocy, zadbać o spełnienie szeregu warunków sprzyjających pożądanemu kontaktowi. Pierwszy kontakt z klientem ma często podstawowe znaczenie dla utrzymania relacji i nawiązania współpracy, od niego w dużej mierze zależy, czy klient zechce podjąć wysiłek w kierunku zmiany. To, czy potrafimy odpowiednio zareagować na jego problemy, uwzględniając jego wolę, będzie miało duży wpływ na relację z nim. Jeśli będziemy patrzyli na klienta okiem eksperta, który z góry wie, co się z nim dzieje, albo będziemy go „przesłuchiwać”, wytworzymy dystans uniemożliwiający wejście w prawidłową relację terapeutyczną. Osoba uzależniona, rozpoczynająca leczenie, ma przede wszystkim złe doświadczenia – na różnych poziomach – w kontaktach międzyludzkich. Zadbanie o właściwy przebieg pierwszego kontaktu, bez uprzedzeń i stereotypów, nakierowanego na klienta i jego potrzeby, stwarza szansę na dostarczenie mu konstruktywnego doświadczenia społecznego.

Podczas pierwszego spotkania zostaje ustanowiony ton relacji. Kontakt powinien opierać się na akceptacji, empatii, otwartości, także na fachowości terapeuty, której wyznacznikiem powinna być prezentowana przez niego wiedza oraz umiejętnie zaznaczone granice relacji. Rozumiejąc trudną sytuację klienta (lęk, poczucie nieradzenia sobie z wieloma problemami), musimy zachować neutralność, by nie stworzyć pacjentowi złudnej nadziei na osobistą relację. Zaangażowanie terapeuty powinno służyć procesowi zmian i dla dobra klienta nie wolno wchodzić z nim w osobiste, pozaterapeutyczne kontakty. Klientom, zwłaszcza na początku procesu zdrowienia, potrzebna jest nadzieja, że zmiana jest możliwa, i optymizm, że angażując cały swój wysiłek, mogą ją osiągnąć. Aby być wiarygodnym, także terapeuta musi w to wierzyć. Każda, nawet najmniejsza, pozytywna zmiana powinna być przez terapeutę dostrzeżona i uświadomiona klientowi w kategoriach małego sukcesu na drodze do osiągnięcia celu, a więc pełnego sukcesu w terapii. Na dalszym etapie procesu zdrowienia osoba uzależniona kontaktuje się z terapeutą już nie przez

pryzmat objawów i zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, lecz nawiązuje kontakt w coraz większym stopniu partnerski. Jest coraz bardziej świadoma siebie, własnych potrzeb i zasobów. W tym okresie szczególnie ważne jest podążanie za klientem. Oprócz okazywania mu empatii i szacunku, należy brać pod uwagę to, co zgłasza jako swoje mocne strony, liczyć się z jego ograniczeniami, wsłuchiwać się w jego poglądy, uwzględniać jego wizję trzeźwego, czy trzeźwiejszego życia. Przyznawanie klientowi prawa do samostanowienia w kwestiach dla niego ważnych i uznanie jego koncepcji, pomysłów i rozwiązań życiowych jest fundamentalną zasadą świadcząca o tolerancji i poszanowaniu jego odrębności i autonomii. Narzucanie własnych poglądów, intruzyjność i nacisk na klienta świadczą nie tylko o braku prawdziwego rozumienia drugiego człowieka, ale mogą zniweczyć wysiłek klienta ukierunkowany na odzyskanie poczucia własnej wartości, a tym samym postawić pod znakiem zapytania jego leczenie i zmianę. To klient określa efekt procesu terapeutycznego i to, co dla niego jest sukcesem, a osoba udzielająca pomocy musi to przyjąć i uznać.

W procesie zdrowienia klient jakiś czas trwa w ambiwalencji między niepewnością a wiarą w siebie, jest „pomiędzy” porzuconą tożsamością narkomana czy alkoholika a nową rolą – pełnowartościowego członka społeczeństwa. Mając styczność w tym okresie z różnymi instytucjami pomocowymi osoba uzależniona może utrwalić w sobie albo postawę odpowiedzialności i własnej kompetencji w radzeniu sobie w życiu, albo postawę ujawniającą poczucie nieadekwatności, rozczarowania, wyobcowania i bezradności w zetknięciu z nieżyczliwością, ignorancją czy dyskryminacją generowaną przez stereotypy związane z wyobrażeniami przedstawicieli tych instytucji o osobach uzależnionych.

### **Znaczenie osobistych predyspozycji w pracy z klientem specyficznym**

Szczególnego podejścia wymagają osoby uzależnione z tzw. podwójnym rozpoznaniem. Są to klienci, u których na objawy wynikające z uzależnienia nakładają się symptomy zaburzeń psychicznych,

ograniczających w znacznym stopniu ich zdolność do adekwatnych reakcji w kontaktach społecznych. Zaburzenia te często eliminują ich z programów terapeutycznych opartych na metodach pracy grupowej ze względu na trudności w adaptowaniu się w jakimkolwiek środowisku społecznym. Narkotyki czy alkohol były dla tych osób sposobem na nawiązywanie kontaktu, działały spustowo na napięcie związane z nasilaniem się objawów, a tym samym ograniczały lub wręcz wykluczały motywację do zmiany.

W procesie zdrowienia osoby te z dużym wysiłkiem wchodzą w relacje, a lęk przed kontaktem często pokrywają zachowaniami agresywnymi lub skrajnym wycofaniem graniczącym z autyzmem. Ich proces zdrowienia wymaga leczenia psychiatrycznego, obejmującego farmakoterapię i podtrzymującą psychoterapię z elementami treningu społecznego.

W tych specyficznych przypadkach rola osoby pomagającej bywa dla klienta kluczowa. Jego pozytywny kontakt ze światem budowany jest w oparciu o relacje z osobami, do których ma zaufanie i z którymi czuje się bezpiecznie. Im więcej takich osób w otoczeniu zdrowiejącego pacjenta, tym lepsze rokowania jego readaptacji. Udzielenie skutecznej i kompetentnej pomocy takim osobom wymaga uporania się z własnym lękiem i uprzedzeniami wynikającymi ze stereotypów określających wizerunek i funkcjonowanie osób psychicznie chorych. Wzmacniając w sobie uczucie empatii, zrozumienie i szacunek dla tych osób, nie należy rezygnować z partnerstwa wynikającego z przekonania, że jesteśmy sobie równi. Protekcyjność wyklucza poszanowanie autonomii i jest takim samym źródłem niepowodzeń w kontakcie, jak bezduszość czy arogancja. Należy pamiętać, że osoba uzależniona z podwójnym rozpoznaniem trafia do instytucji pomocowych z reguły w momencie zdrowienia, a więc w fazie remisji objawowej. Jest zatem zdolna do pełnej współpracy i wysiłku na rzecz osiągania nakreślonych wspólnie celów i angażuje się tym bardziej, im większe ma poczucie, że pomagający wierzy w nią i jej możliwości. Spokój, otwartość, kompetencja, życzliwość i odpowiedni system wymagań osób pomagających są dla tych klientów elementami

modelującymi właściwe zachowania społeczne, przywracają chęć do życia i wchodzenia w relacje, napawają optymizmem co do rezultatów podejmowanych zadań i ról społecznych.

Skutecznym sposobem osiągania niezbędnych umiejętności jest dla osób pomagających samoświadomość uzyskiwana na drodze szkoleń, treningów i superwizji, które powinny być standardem w ich pracy.

Poza prowadzeniem działań terapeutycznych specyfiką systemu ambulatoryjnego powinno być rozbudowywanie oferty o działania podejmowane przez wykwalifikowanych pracowników socjalnych, wolontariuszy, liderów programów samopomocowych, którzy z powodzeniem mogą podjąć współpracę z klientem, nie nazywając podejmowanych działań terapią (często mającą dla klienta negatywną konotację). Skuteczny system pomocy osobom uzależnionym można budować także poza strukturami służby zdrowia, tak jak np. w Wielkiej Brytanii, która mając najstarsze tradycje w pracy socjalnej, dysponuje nowoczesnymi, opartymi na badaniach naukowych, modelami pomocy społecznej, wykorzystując je także w pracy z osobami uzależnionymi.

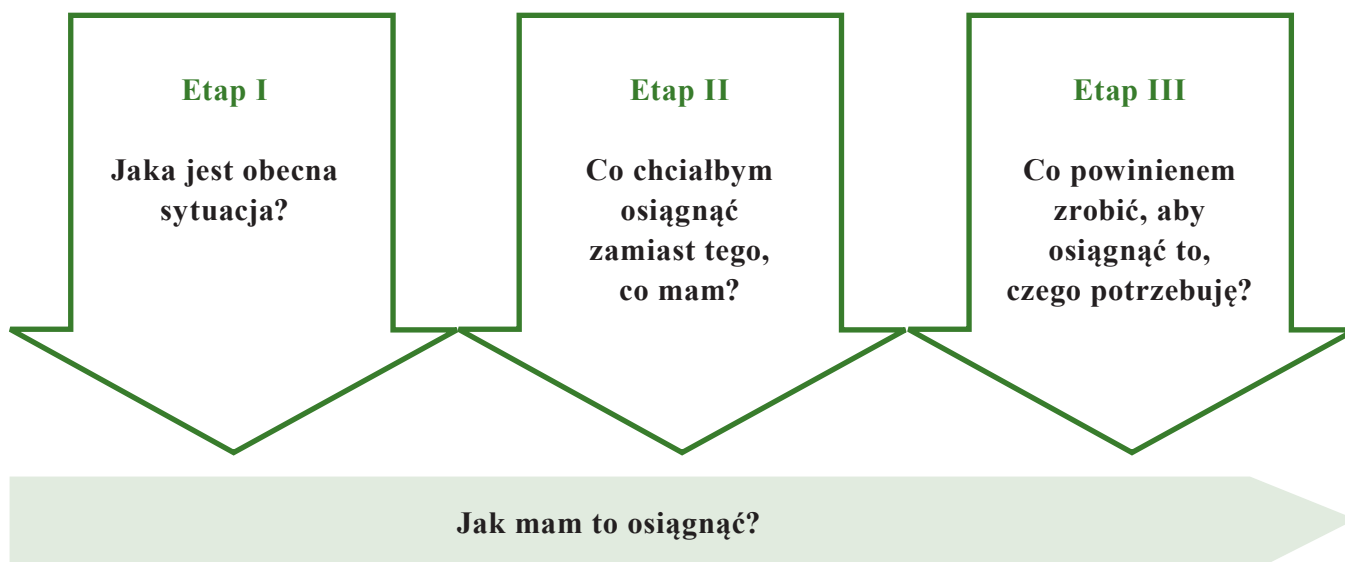
### **Model kompetentnej pomocy jako wybrany przykład pracy socjalnej**

Model kompetentnej pomocy<sup>2</sup> jest ogólnym schematem pracy z klientem, umożliwiającym zaplanowanie efektywnego procesu pomocy. Składa się z trzech etapów umożliwiających samodzielne udzielenie przez klienta odpowiedzi na kluczowe pytania:

- Jaka jest moja obecna sytuacja? (określenie kluczowych problemów);
- Co chciałbym osiągnąć zamiast tego, co mam? (określenie własnych potrzeb i pragnień, wskazanie tych najważniejszych, znalezienie bodźca motywującego do wprowadzania zmian);
- Co powinienem zrobić, aby osiągnąć to, czego potrzebuję? (określenie możliwości działania, wybór najlepszej strategii);
- Jak mogę osiągnąć to, czego potrzebuję? (wybór najlepszej strategii osiągnięcia celu, sporządzenie planu działania).



Rysunek 1. Schemat modelu kompetentnej pomocy



**Etap I.** Dzieli się na trzy działania, które pomogą klientowi znaleźć odpowiedź na główne pytanie tej fazy. Są to:

- *Historia.* Na tym etapie zadaniem pracownika jest udzielenie pomocy klientowi w opowiedzeniu jego historii, ze wszystkimi szczegółami, które ułatwią przejście na etap celu. Klient powinien na tym poziomie dojść do jasnego obrazu tego, co dzieje się w jego życiu.
- *Białe plamy.* Udzielenie pomocy klientowi w odnalezieniu ważnych obszarów (np. problemów, postrzegania samego siebie, niewykorzystanych szans), które do tej pory pozostawały w ukryciu i nieświadomości klienta.
- *Wybór właściwych problemów/szans do pracy nad nimi.* Pomoc klientowi w selekcji ujawnionych problemów, wyborze tych, których rozwiązanie w największym stopniu wpłynie na istotne zmiany w jego życiu. Bardzo ważna jest taka praca z klientem, która zapobiegnie zajmowaniu się problemami nieistotnymi. Decydującym kryterium procesu pomocy powinny być *potrzeby klienta*, a nie teorie pomagającego.

**Etap II.** Dzieli się na trzy składowe, skoncentrowane na tworzeniu scenariusza dochodzenia do pożądanej sytuacji, następnie harmonogramu działań, które umożliwią doprowadzenie do zamierzonych zmian. A więc na tym etapie poszukuje się odpowiedzi na pytanie o cel zmian i sposoby jego osiągnięcia. Etap można podzielić na następujące zagadnienia:

- *Perspektywy lepszej przyszłości.* Pomagający zachęca klienta do tworzenia, przy użyciu wyobraźni, pożądanych elementów przyszłości. Dzięki temu klient ma szansę wyjść poza zamknięty krąg problemów, w którym tkwił

dotychczas i z nadzieją spojrzeć w przyszłość. Kreatywne myślenie o własnej przyszłości może także pomóc mu w lepszym zrozumieniu obecnej sytuacji.

- *Harmonogram zmian.* Klient ustanawia cele, stanowiące dla niego realne wyzwanie. Ustalone cele powinny umożliwić rozwiązanie problemów i wykorzystanie zaprzepaszczonej szans (określonych na pierwszym etapie procesu). Następnie powinien skonstruować harmonogram dochodzenia do planowanych zmian.
- *Zaangażowanie.* Realizacja wybranych celów wymaga najczęściej dużego nakładu sił i odwagi ze strony klienta. W tej fazie procesu osoba pomagająca jest niezwykle ważna dla klienta. Powinna pilnować, aby zdefiniowane cele pozostawały osiągalne dla klienta oraz pomagać mu wytrwać, aż osiągnie to, czego potrzebuje i pragnie.

**Etap III.** Skupia się na pracy, jaką klient musi wykonać, aby przełożyć priorytety na działania prowadzące do rozwiązania problemów. Na tym etapie należy rozwiązać następujące kwestie:

- *Możliwe działania.* Pomagający powinien się skupić na stymulowaniu klienta do rozważenia różnych dróg osiągnięcia wyznaczonych celów. Powinien przy tym uważać, aby klient nie działał pochopnie lub chaotycznie. Chodzi o zapobieżenie takiej sytuacji, w której mimo że cel został dobrze dobrany, to jednak nie został osiągnięty na skutek niewłaściwego sposobu jego realizacji.
- *Wybór najbardziej trafnej strategii działania.* W tej fazie pomagający ma za zadanie pomóc klientowi w znalezieniu takiej strategii działania, która będzie



najlepiej odpowiadała zdolnościom klienta, jego pomysłowości, stylowi, temperamentowi i dyspozycji czasowej.

– *Konstruowanie planu.* Faza obejmuje konstruowanie przez klienta planu działania, którego realizacja doprowadzi do osiągnięcia zamierzonego celu. Plan powinien być możliwie jak najprostszy. Im bardziej skomplikowany, tym ryzyko niepowodzenia większe.

Warto zwrócić uwagę na to, że w opisanym modelu na wszystkich etapach proces wymaga aktywności i wysiłku klienta. Pomagający powinien pamiętać o uwzględnieniu indywidualnych potrzeb klienta. Konieczne jest zachowanie tempa procesu możliwego dla klienta, a nie preferowanego przez pomagającego.

Przedstawiony model pracy z klientem uzależnionym może być wykorzystany przez pracownika socjalnego, instruktora terapii uzależnień, wolontariusza, lidera z grupy samopomocowej – a więc pracowników nie posiadających uprawnień do prowadzenia psychoterapii. Opisane procedury mogą z powodzeniem być wykorzystywane w pracy z klientem, stanowiąc istotny i często niedoceniany pomost między terapią a resocjalizacją. W placówce ambulatoryjnej jest to szczególnie ważny element integrujący proces zdrowienia klienta na wielu płaszczyznach jego funkcjonowania. Należy podkreślić również fakt, że praca ta, zgodnie z obowiązującym standardem, podlega superwizji i ewaluacji, może być zatem na bieżąco modyfikowana i poddawana stałemu monitoringowi.

## Podsumowanie

Skuteczność programów zależy przede wszystkim od kompetencji ich realizatorów, także od ich postawy etycznej. Konieczne jest uznawanie podmiotowości

klientów. Ważne jest też różnicowanie oferty pomocy i dostosowywanie jej do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Narkomania „dworcowo-meliniarska” – jako powszechny problem społeczny – odchodzi w przeszłość. Nasilenie się zjawiska uzależnień w szerokim tego słowa znaczeniu, a więc nie tylko alkoholizmu czy narkomanii, ale także

hazardu, pracoholizmu, uzależnienia od internetu, zakupów bądź seksu dotyka coraz częściej osoby, które starają się swoje problemy godzić z funkcjonowaniem społecznym i psychoemocjonalnym. To właśnie stanowi wyzwanie dla placówek ambulatoryjnych. Osoby, które oprócz borykania się z problemami wynikającymi z używania środków psychoaktywnych aktywnie i twórczo uczestniczą w życiu społecznym, wymagają oferty pomocowej konstruowanej przez profesjonalistów z różnych szkół i dziedzin (m.in. medycyny, psychoterapii, dietetyki, coachingu, odnowy biologicznej) oraz wymuszają potrzebę stałego kształcenia się i rozwoju kadry merytorycznej.

Wpływa to bezpośrednio na jakość świadczeń udzielanych osobom uzależnionym i ich ro-

dzinom, co przeczy stereotypowi niskiego poziomu usług dla niezaspokojonych na nie klientów. Rzeczywistość lecznictwa ambulatoryjnego świadczącego usługi zdrowotne dla uzależnionych spełnia coraz częściej wysokie standardy jakości, o czym przekonują się w swej codziennej pracy oraz na spotkaniach i konferencjach organizowanych w naszym środowisku zawodowym w celu podnoszenia standardów pracy, których elementem kluczowym jest wysoko wykwalifikowana kadra merytoryczna.

*Pierwszy kontakt z klientem ma często podstawowe znaczenie dla utrzymania relacji i nawiązania współpracy, od niego w dużej mierze zależy, czy klient zechce podjąć wysiłek w kierunku zmiany.*

*Największą wartością w kontakcie terapeutycznym jest szacunek dla podmiotowości pacjenta, która wyraża się w jego prawie do decydowania o sobie i wyborze form terapii, w tym również w prawie do odmowy leczenia i porzucenia na korzystaniu z niektórych form pomocy z zakresu redukcji szkód (np. programu wymiany igieł i strzykawek).*

## Przypisy

<sup>1</sup> M. Kooyman, Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych, Warszawa 2002.

<sup>2</sup> G. Egan, Kompetentne pomaganie, Poznań 2002.

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	4 maja	Bruksela, Belgia
Konferencja z okazji 15-lecia EMCDDA	6-8 maja	Lizbona, Portugalia
Spotkanie dotyczące zbierania cen hurtowych narkotyków, EMCDDA	19-20 maja	Lizbona, Portugalia
Szkolenie dla tureckiego Focal Point (TUBIM) w ramach programu twinningowego	20-22 maja	Ankara, Turcja
63. spotkanie Stałych Korespondentów Grupy Pompidou Rady Europy	27-28 maja	Strasburg, Francja
Akademia REITOX EMCDDA, coroczne spotkanie Head of National Focal Point	27-29 maja	Praga, Czechy
Spotkanie REITOX EMCDDA dotyczące Systemu Wczesnego Ostrzegania	4-5 czerwca	Lizbona, Portugalia
Szkolenie dotyczące wskaźnika zgonów z powodu narkotyków dla tureckiego Focal Point (TUBIM) w ramach programu twinningowego	15-16 czerwca	Istambuł, Turcja
Coroczne spotkanie EMCDDA wskaźnika używania narkotyków w populacji generalnej	22-24 czerwca	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	24 czerwca	Bruksela, Belgia
Inauguracja projektu Komisji Europejskiej „European Alliance on Drugs”	26 czerwca	Bruksela, Belgia
II spotkanie realizatorów projektu na temat standardów programów profilaktycznych, Uniwersytet w Liverpoolu	wrzesień	Mediolan, Włochy
Szkolenie Fogarty dla naukowców z Polski, Ukrainy i Słowacji, IPiN oraz Uniwersytet w Michigan	6-9 września	Lwów, Ukraina
Coroczne spotkanie EMCDDA wskaźnika zgłaszalności do leczenia	14-15 września	Lizbona, Portugalia

## SPOTKANIA KRAJOWE

II szkolenie dla gmin z województwa małopolskiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego	11-13 maja	Nowy Sącz
Konferencja „Różne nurty psychoterapii w leczeniu osób uzależnionych”; KBPN, PARPA, KTPU	13-15 maja	Kraków
XVI spotkanie Ekspertów Wojewódzkich, CINN KBPN	1-3 czerwca	Falenty
I ogólnopolskie spotkanie gmin prowadzących monitorowanie, CINN KBPN	1-3 czerwca	Falenty
I seminarium w ramach prac nad nowym Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii, KBPN	8-9 czerwca	Warszawa
Konferencja dla gmin z województwa lubelskiego organizowana przez RCPS w Lublinie	16-17 czerwca	Kazimierz nad Wisłą
Konferencja dla GKRPA z województwa mazowieckiego organizowana przez MCPS w Warszawie	22 czerwca	Warszawa
III szkolenie dla gmin z województwa małopolskiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego	czerwiec	Nowy Sącz
II seminarium w ramach prac nad nowym Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii, KBPN	22-24 czerwca	Warszawa
I spotkanie naukowe KBPN	wrzesień	Warszawa

*Analiza wyników najnowszego badania diagnozującego rozmiar kontaktów młodzieży z narkotykami potwierdza spadkową tendencję zarejestrowaną w tej kwestii w ostatnich latach. Zmalała liczba uczniów deklarujących zażywanie narkotyków w ciągu roku poprzedzającego badanie (z 24% w 2003 roku do 15% w 2008 roku).*

# KONSUMPCJA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ SZKOLNĄ

Agnieszka Kolbowska

Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej

Badanie naukowe „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008” zostało przeprowadzone przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010.

Objęto nim młodzież uczęszczającą do ostatnich klas dziennych szkół ponadgimnazjalnych. Były to osoby w większości już pełnoletnie. Łącznie przeprowadzono 1400 wywiadów w 65 szkołach publicznych i niepublicznych<sup>1</sup>.

Przedmiotem badania było poznanie opinii, poglądów i zachowań młodych ludzi w wybranych obszarach. Wśród nich znalazły się: problematyka używania przez młodzież substancji psychoaktywnych – papierosów, alkoholu i narkotyków; plany, aspiracje i dążenia młodych Polaków; ich obyczajowość, grupy odniesienia, wyznawane wartości; poglądy na temat szkoły i praw ucznia; zainteresowania i sposoby spędzania czasu wolnego; stosunek do domu rodzinnego i rodziców; postawy wobec kontaktów seksualnych; poglądy polityczne, zainteresowanie demokracją i Unią Europejską, postawy wobec przemian gospodarczych; ocena swoich warunków materialnych, wydatki na własne potrzeby, stosunek do pieniędzy oraz informacje o podejmowaniu przez uczniów pracy.

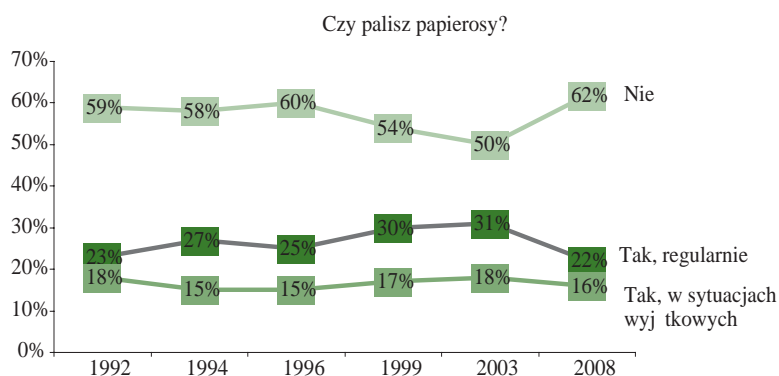
Warto podkreślić powtarzalność poświęconych młodzieży badań CBOS. Zastosowanie tej samej metody i w pewnej mierze tego samego narzędzia pozwala na porównanie wyników

aktualnego badania z wcześniejszymi – pierwsze zrealizowano w 1990 roku, a następne w latach: 1991, 1992, 1994, 1996, 1998, 1999 i 2003.

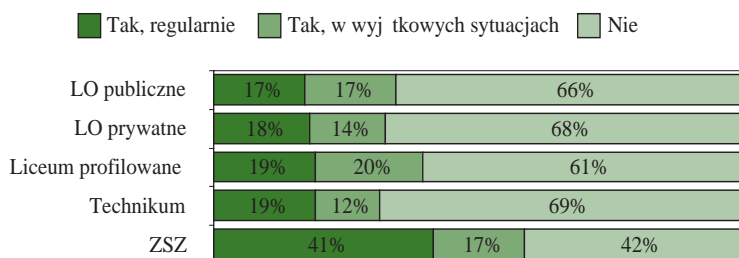
Ze względu na fakt, że do roku 1996 wyniki badań młodzieży realizowanych przez CBOS nie były poddawane waznieniu, do porównywania wyników w aktualnym raporcie również zestawiono dane surowe z badania. W artykule przedstawię część wyników badania, które dotyczą zagadnień używania przez młodzież środków psychoaktywnych.

## Palenie papierosów

Badania młodzieży zrealizowane przez CBOS przed 2008 rokiem wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (od 23% do 31%). Wyniki ostatniego sondażu zmieniają tę tendencję. Obecnie regularne palenie deklaruje 22% badanych, czyli mniej niż w jakimkolwiek z dotychczasowych badań. Wśród młodzieży niepalącej, podobnie jak w latach ubiegłych, dominują dziewczęta. W 2008 roku niepale-



Czy palisz papierosa? 2008



nie zadeklarowało 64% dziewcząt w stosunku do 59% chłopców. Niepaląca młodzież to najczęściej uczniowie liceów ogólnokształcących, zarówno publicznych, jak i prywatnych, oraz techników. Wśród badanej młodzieży papierosów nie pali także 55% uczniów dwójkowych i trójkowych, 67% uczniów czwórkowych oraz trzy czwarte młodzieży otrzymującej najlepsze oceny.

W kwestii miejsca zamieszkania najwyższy wskaźnik regularnego palenia (29%) notujemy w małych miastach, do 20 tys. mieszkańców.

W 2008 roku po raz pierwszy zadano badanej młodzieży pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy Twoi rodzice pracowali za granicą?”. Analiza wpływu tego czynnika wskazała następujące zależności: regularne palenie deklaruje 41% uczniów, których oboje rodzice na stałe lub sezonowo przebywają poza granicami kraju i 20% dzieci rodziców niepracujących w ciągu ostatniego roku za granicą.

Jeśli definiować status społeczny, biorąc pod uwagę warunki materialne i wykształcenie rodziców, to w 2008 roku zmienił się jego wpływ na zachowania nikotynowe młodzieży, nastąpiło odwrócenie dotychczasowych tendencji. Obecnie lepsze warunki materialne oraz wyższe wykształcenie rodziców łączy się z niższym odsetkiem osób regularnie palących, natomiast gorsza sytuacja materialna oraz podstawowe wykształcenie rodziców są skorelowane z częstszym występowaniem regularnego palenia papierosów.

## Picie alkoholu

W ostatnim sondażu, podobnie jak w 2003 roku, napoje alkoholowe okazały się wśród młodzieży szkolnej substancją bardziej rozpowszechnioną niż papierosy czy narkotyki. Aktualne badania nie wskazują czynników społeczno-demograficznych silnie różnicujących młodzież w kwestii spożywania alkoholu.

W ciągu miesiąca poprzedzającego ostatni pomiar 75% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 54% – wódkę i inne mocne alkohole, a 29% – wino.

W 1992 roku picie **piwa** deklarowało 49% uczniów, w następnych latach odsetek ten wzrastał i w 2003 roku osiągnął poziom prawie 80%. Z ostatniego badania wynika, że piwo pije trzech na czterech uczniów, co wskazuje na niewielki spadek jego popularności. Po piwo częściej sięgają uczniowie (85%) niż uczennice (69%).

Spośród różnych alkoholi **wino** cieszy się stosunkowo najmniejszym zainteresowaniem młodzieży szkolnej. Interpretację danych dotyczących tego trunku utrudnia brak podziału na wina gronowe i owocowe, uniemożliwiając rozróżnienie odmiennych wzorów konsumpcji tych typów wina.

Aktualne badanie wskazuje na spadek zainteresowania winem – niepicie w miesiącu poprzedzającym badanie deklaruje 67% uczniów. W przypadku konsumpcji wina nie ma znaczących różnic między płciami (piło je 30% chłopców i 27% dziewcząt).

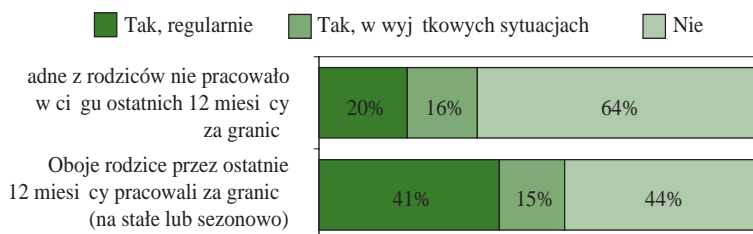
W 2008 roku picie **napojów wysokoprocentowych** zadeklarowało 54% uczniów. Wynik taki jest po części efektem dość ogólnej kategorii „wódka i inne mocne alkohole”, do której zalicza się wiele rodzajów alkoholu, a po części wiąże się z różnymi wzorami picia mocnych trunków, nie tylko jako czystego alkoholu, ale także w tzw. drinkach, samodzielnie przygotowywanych wieloskładnikowych koktajlach czy gotowych napojach z dodatkiem wódki lub rumu, coraz powszechniej dostępnych w sklepach.

Wyniki badania wskazują, że, tak jak w latach ubiegłych, w ostatnim miesiącu przed badaniem trunki wysokoprocentowe piło 64% chłopców i 48% dziewcząt. Wódka i inne mocne alkohole są najczęściej wybierane przez młodzież z małych miast (do 20 tys. mieszkańców) – 58%, a w miastach liczących od 101 do 500 tys. mieszkańców pije je 53% badanych.

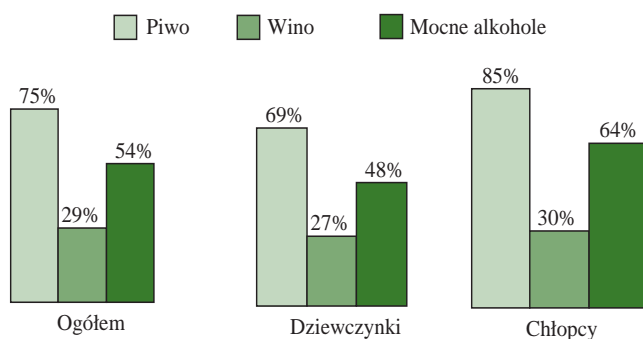
Czynnikiem różnicującym młodzież w kwestii konsumpcji piwa i mocnych alkoholi jest zaangażowanie w praktyki religijne. Spośród badanych w ogóle w nich nieuczestniczących w ostatnim miesiącu piwo piło 84%, a napoje wysokoprocentowe 66% respondentów. W grupie uczniów, którzy uczestniczą w praktykach re-



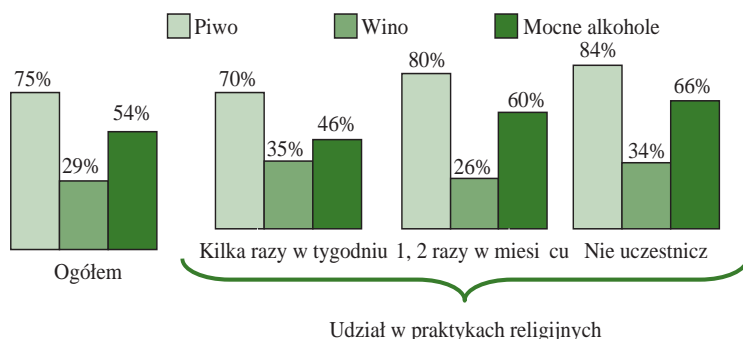
Czy palisz papierosy? 2008



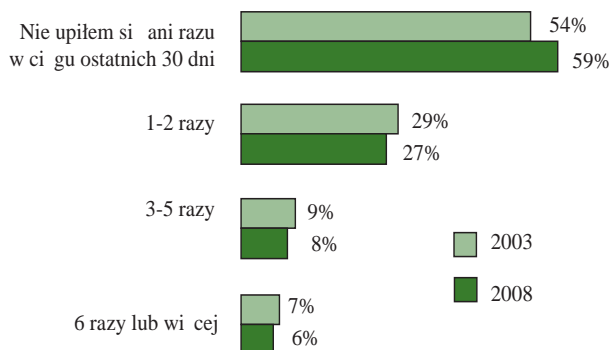
Czy w ciągu ostatniego miesiąca piłeś(a) piwo, wino, wódkę lub inne mocne alkohole? 2008

Odpowiedź: **Tak**

Czy w ciągu ostatniego miesiąca piłeś(a) piwo, wino, wódkę lub inne mocne alkohole? 2008

Odpowiedź: **Tak**

Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło ci się upić napojem alkoholowym w ciągu ostatnich 30 dni?



ligijnych kilka razy w tygodniu 70% sięgnęło po piwo i 46% po napoje wysokoprocentowe. W zakresie konsumpcji wina nie odnotowano znaczących zależności.

Pytanie o częstość upijania się zadano młodzieży po raz pierwszy w 2003 roku. Z odpowiedzi otrzymanych na takie pytanie w ostatnim sondażu wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 41% uczniów. Liczba młodych ludzi, którym zdarzyło się to co najmniej trzy razy, sięgnęła 14%. Część przypadków upijania się można przypisać zapewne brakowi doświadczenia. Młodzi konsumenci uczą się „obcowania” z alkoholem, a nie znając reakcji swoich organizmów, popełniają błędy. Jednak rozpowszechnienie upijania się jest na tyle duże, że pozwala przypuszczać, że pewna grupa uczniów sięga po alkohol właśnie w tym celu.

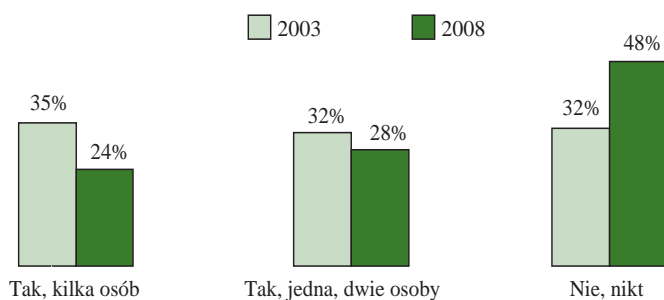
Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (51%) niż dziewczęta (34%). Jeśli pod uwagę weźmiemy miejsce zamieszkania, to zauważymy, że najczęściej takie zachowanie deklarują uczniowie z małych miast – 45%. Upijaniu się sprzyja ponadto lepsza sytuacja materialna ucznia oraz niższy poziom wykształcenia jego rodziców.

W stosunku do badania z 2003 roku obecnie zmieniły się proporcje upijania się ze względu na typ szkoły. Pięć lat temu przypadki upijania się zadeklarowało najwięcej uczniów prywatnych liceów ogólnokształcących (52%), a najmniej uczniów liceów publicznych (38%). W 2008 roku w prywatnych liceach ogólnokształcących odnotowano najniższy spośród wszystkich typów szkół odsetek upijających się (25%), a najwyższy w zasadniczych szkołach zawodowych (57%).

## Używanie narkotyków i środków odurzających

Od początku lat 90. ubiegłego stulecia problem używania przez młodzież narkotyków nabierał coraz większego znaczenia. Media prowadziły liczne kampanie mające

Czy w ród twoich kolegów/koleżanek jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub środki odurzające?



na celu zahamowanie wzrostu zjawiska, rosła liczba działań profilaktycznych skierowanych bezpośrednio do młodzieży. Wyniki najnowszego badania świadczą, że w ostatnich latach mamy do czynienia ze zmniejszeniem się skali zażywania narkotyków przez uczniów.

### Doświadczenia z narkotykami

Jednym ze wskaźników opisujących problem używania narkotyków przez młodych ludzi jest obecność tego rodzaju środków w ich otoczeniu. W 2008 roku ponownie zapytano uczniów, czy w ich środowisku, wśród znajomych (kolegów/koleżanek) jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub środki odurzające. Wyniki najnowszego sondażu wskazują, że co drugi badany (52%) zna taką osobę, a pozostali (48%) odpowiadają przecząco.

Także w kwestii osobistych doświadczeń z narkotykami odnotowano w 2008 roku trend zniżkowy. Ostatnie badanie pokazuje, że kontakt z narkotykami miało 15% uczniów, co oznacza 9-punktowy spadek wskaźnika.

Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy częściej niż dziewczęta mają kontakt z narkotykami. W 2008 roku kontakt z nimi zadeklarowało 23% chłopców i 9% dziewcząt.

Badanie ujawniło również, że najwyższy odsetek zażywających narkotyki można spotkać w zasadniczych szkołach zawodowych (21%) i prywatnych liceach ogólnokształcących (18%). W 2003 roku najczęściej po narkotyki sięgali uczniowie w prywatnych liceach ogólnokształcących (31%) i technikach (28%).

Wyniki najnowszego badania nie wskazują na wysoki status uczniowski jako czynnik chronią-

cy przed sięganiem po narkotyki. Wśród uczniów dwójkowych i trójkowych kontakt z substancjami psychoaktywnymi miało 19% badanych, wśród uczniów czwórkowych – 10%, wśród młodzieży otrzymującej najlepsze oceny – 13%.

Spośród zmiennych określających pozycję społeczną uczniów (wykształcenie rodziców i warunki materialne) najsilniej na prawdopodobieństwo eksperymentowania z narkotykami wpływa poziom wykształcenia matek. Im wyższe wykształcenie matek, tym

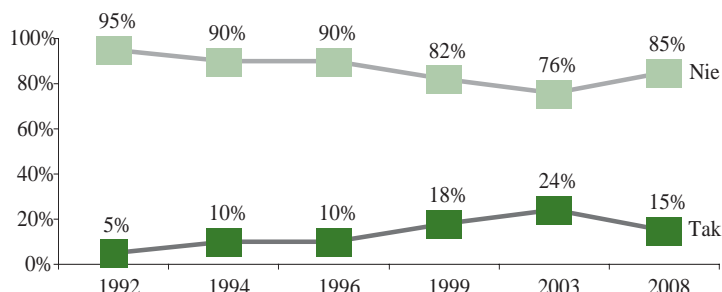
większy odsetek uczniów przyjmujących środki psychoaktywne – ta zależność widoczna jest od pierwszego pomiaru w 1992 roku. W najnowszym sondażu wśród badanych, których matki legitymują się wykształceniem pomaturalnym, 21% przyznaje się do używania narkotyków, podczas gdy wśród dzieci kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym – 11%. Ani wykształcenie ojca, ani warunki materialne nie różnicują obecnie zachowań narkotykowych młodzieży.

Aktualne wyniki pokazują ponadto, że najczęściej substancje psychoaktywne przyjmuje młodzież z wielkich i małych miast (22% i 21%). Nielegalne środki są najmniej popularne na wsi, gdzie w ciągu ostatniego roku sięgnęło po nie 12% młodzieży.

Podobnie jak w przypadku alkoholu i papierosów zaangażowanie w praktyki religijne jest czynnikiem chroniącym przed eksperymentowaniem z narkotykami. W 2008 roku wśród tych, którzy uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w roku, 19% używało środków psychoaktywnych, a wśród w ogóle niebiorących w nich udziału 27%, wobec 10% uczestniczących w praktykach religijnych raz w tygodniu i 6% praktykujących kilka razy w tygodniu.

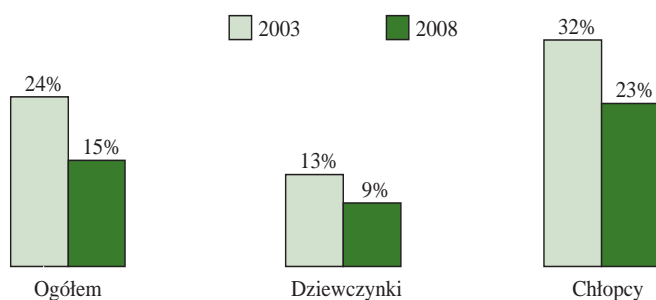
Czynnikami różnicującym prawdopodobieństwo sięgania po nielegalne substancje psychoaktywne jest także emigracja zarobkowa rodziców badanej młodzieży. Kontakt z narkotykami deklaruje 28% uczniów, których oboje rodzice na stałe lub sezonowo przebywają poza granicami kraju i 14% dzieci rodziców niepracujących w ciągu ostatnich 12 miesięcy za granicą. Z narkotykami częściej eksperymentują uczniowie, których ojcowie pracują za granicą (ojciec – 22%, matka – 17%).

Czy w ciągu ostatniego roku używał(a) narkotyków,  
środków odurzających?



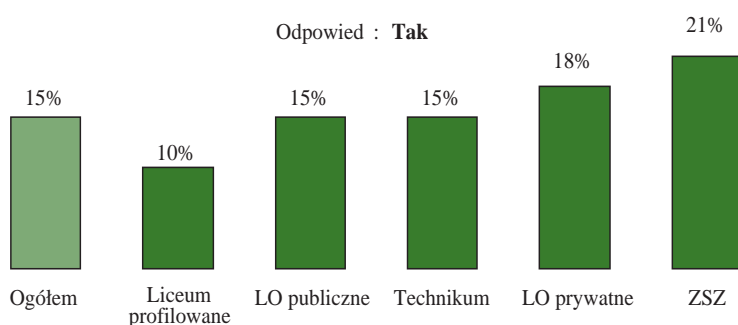
Czy w ciągu ostatniego roku używał(a) narkotyków,  
środków odurzających?

Odpowiedź: **Tak**

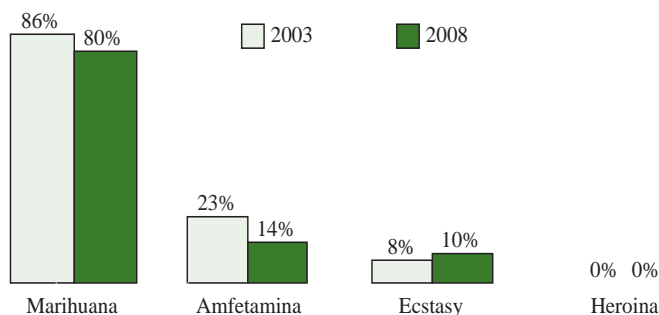


Czy w ciągu ostatniego roku używał(a) narkotyków,  
środków odurzających? 2008

Odpowiedź: **Tak**



Odsetki w używających poszczególnych substancji wśród uczniów deklarujących  
kontakt z narkotykami w ostatnim roku



## Rodzaje narkotyków

Pod ogólną nazwą narkotyki kryje się wiele substancji o różnym działaniu. W 2008 roku uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z narkotykami, po raz pierwszy zostali zapytani o używanie tych środków w dowolny sposób. Proszono ich, podobnie jak w poprzednich badaniach, o spontaniczne deklaracje na temat używania narkotyków, a także zadając nowe pytania wspomaganie listą substancji. W drugim przypadku respondenci udzielali odpowiedzi po zapoznaniu się z zestawieniem 22 środków psychoaktywnych. W 2008 roku kwestionariusz poszerzono ponadto o pytania dotyczące wzorów używania narkotyków.

W pierwszej kolejności przyjrzyjmy się rozkładowi odpowiedzi spontanicznych na pytanie: „Jakich narkotyków, środków odurzających używał(a)s w ciągu ostatniego roku?”. W najnowszym sondażu 80% uczniów, którzy eksperymentowali z narkotykami, wymieniło marihuanę (spadek o 6 punktów w stosunku do 2003 roku), 14% amfetaminę (spadek o 9 punktów) i 10% ecstasy (wzrost o 2 punkty). Inne substancje wskazywane były przez badanych incydentalnie, ani jedna osoba nie wspominała o próbowaniu heroiny.

Jedno z nowych pytań zawierających listę 22 substancji brzmiało: „Czy zdarzyło Ci się używać któregoś z podanych niżej środków – kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy, w czasie ostatnich 30 dni?”.

Uzyskane wyniki opisuje tabela 1. Potwierdzają one, że najczęściej przyjmowanym narkotykiem jest marihuana. Raz lub dwa razy w życiu używało jej 11% uczniów, od 3 do 9 razy – 9%, od 10 do 39 razy – 6% i powyżej 40 razy – 4% badanych. Co dziesiąty młody człowiek deklaruje, że leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich brał 1-2 razy, 7% przyjmowało je od 3 do 9 razy, powyżej 10 razy w ciągu życia – 3% uczniów. 6% badanych w ciągu swojego życia kilkakrotnie łączyło alkohol z marihuaną i tabletkami.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że młodzież eksperymentuje z substancjami psychoaktywnymi, raczej nie włączając ich przyjmowania do repertuaru regularnych zachowań.

Komentarza wymaga natomiast zagadnienie przyjmowania przez uczniów leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich. Można przypuszczać, że wysokie wskaźniki rozpowszechnienia ich używania (22% uczniów – kiedykolwiek w życiu, w tym 11% – w ciągu roku i 5% – w ciągu miesiąca przed badaniem) są efektem takiej interpretacji py-

tania przez część respondentów, w wyniku której za środki uśmierzające zostały uznane preparaty dostępne bez recepty, w tym środki przeciwbólowe i specyfiki ziołowe. Zwraca uwagę, że te wysokie wskaźniki uzyskano jedynie na podstawie odpowiedzi wspomaganych listą substancji, na której znajduje się pozycja „leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza”. Spontanicznie, tzn. bez listy, leki uspokajające i nasenne (barbituran i tramal) wymieniły jedynie dwie spośród 209 osób deklarujących, że w ciągu ostatniego roku używały narkotyków

**Tabela 1. Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?**

Substancje psychoaktywne **	Czy zdarzyło Ci się używać kiedykolwiek, któregoś z podanych niżej środków?			
	Nie, nigdy	Tak, kiedykolwiek w życiu	W tym:	
			Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni
Marihuana, haszysz	69,1	30,5	16,4	7,3
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	77,9	21,8	11,2	4,7
Alkohol razem z marihuaną	82,2	17,3	10,1	4,9
Alkohol razem z tabletkami	87,4	12,2	7,1	3,1
Amfetamina	90,6	9,0	3,7	1,1
Ecstasy	94,3	5,5	3,0	1,1
Poppersy	94,8	4,8	2,4	0,8
Grzyby halucynogenne	96,1	3,6	2,0	1,1
Dopalacze tzw. smarty	96,4	3,5	2,6	1,5
Sterydy anaboliczne	96,4	3,4	1,9	0,7
Leki przeciwkaszłowe przyjmowane w celu odurzania się	96,5	3,2	1,9	0,9
Substancje chemiczne np. klej, aerozol) używane w celu odurzania się	96,8	2,9	1,0	0,6
LSD i inne halucynogeny	97,5	2,3	1,3	0,5
Kokaina	97,5	2,2	1,1	0,6
Szałwia wieszcza ( <i>Salvia divinorum</i> )	97,5	2,1	1,1	0,6

\* Procenty nie sumują się do 100, w zestawieniu nie uwzględniono braków danych.

\*\* Ze względu na marginalne rozpowszechnienie używania cracku, heroiny, GHB, narkotyków wstrzykiwanych, „kompotu” i dektrometorfanu, dane dotyczące tych substancji nie zostały umieszczone w zestawieniu.



i środków odurzających. Można przypuszczać, że młodzież nie traktuje leków uspokajających i nasennych – nawet tych dostępnych wyłącznie na receptę, a przyjmowanych bez wskazań lekarskich – jako substancji psychoaktywnych o potencjale narkotycznym.

Analiza używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną w 2008 roku wskazuje na niewielki wzrost wskaźników dotyczących rozpowszechnienia ecstasy – narkotyku przyjmowanego rekreacyjnie w miejscach, w których można posłuchać muzyki, zabawić się, potać się. W grupie osób, które w 2003 roku zadeklarowały kontakt z narkotykami, 8% używało ecstasy, natomiast w 2008 roku – 10%. Jeśli za podstawę opocentowania przyjąć całą badaną próbę, to w 2003 roku ecstasy spróbowało niespełna 2%, a w 2008 – 3%. W ciągu trzydziestu dni przed badaniem zarówno w 2003, jak i w roku bieżącym ecstasy wzięło niespełna 1% uczniów. Zwiększenie popularności tego środka można wiązać z rozwojem kultury klubowej w naszym kraju. W ostatnich latach na coraz większą skalę organizowane są dla różnych grup młodzieży imprezy taneczne.

Wyniki najnowszego badania wskazują także na pojawienie się na polskiej scenie narkotykowej środków nieodnotowanych w poprzednich badaniach. Są wśród nich substancje, które działają podobnie do narkotyków, jednak ich sprzedaż jest legalna, bo żaden ze składników nie jest zabroniony polskim prawem. Kilkoprocentowe odsetki badanych deklarują używanie dopalaczy – tzw. smartów, środków o działaniu psychoaktywnym, zarejestrowanych jako produkty kolekcjonerskie, które można zamówić w internecie lub kupić w specjalnych sklepach. Badani wymieniają również poppersy – substancję o działaniu rozluźniającym (azotan amylu) oraz powodujący pobudzenie i halucynacje DXM (dekstrometorfan). Dopalmce jakiś czas temu zauważono w krajach Europy Zachodniej. Do Polski dotarły one prawdopodobnie wraz z otwartymi granicami w UE i możliwością niedrogo podróżowania.

## Dostępność papierosów, alkoholu i narkotyków

Analizując odpowiedzi na pytanie: „Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie?”, stwierdzamy, że młodzież praktycznie nie widzi problemów z zaopatrzeniem się w używki legalne – papierosy i napoje alkoholowe. Staje się to jasne, kiedy dodamy, że 95% badanej próby to uczniowie już pełnoletni. W takich okolicznościach ciekawsza wydaje się analiza wskaźników dotyczących środków niedozwolonych przez prawo.

Zdobycie bez przepisu lekarza leków uspokajających i nasennych można uznać za sytuację „w połowie drogi” między zakupem legalnym a zabronionym.

Zaopatrzenie się w takie leki określa jako łatwe prawie połowa badanych (46%), a co szósty uczeń (16%) nie wie, czy byłoby to łatwe, czy trudne. Podobne wartości wskaźników odnotowano w przypadku marihuany – narkotyku najczęściej używanego przez młodzież – byłaby ona łatwa do zdobycia dla 45% badanych, a 13% nie potrafi odpowiedzieć na to pytanie. Substancjami najtrudniejszymi do zdobycia okazały się szalwia wieszca i DXM, zaopatrzenie się w te narkotyki uznało za niemożliwe 29% i 30% uczniów

*Najwięcej niepokoju budzą zachowania młodzieży w miastach do 20 tys. mieszkańców. W 2008 roku odnotowano tam najwyższe wskaźniki: regularnego palenia przez młodych ludzi (29%), upijania się (45%), picia wódki w ciągu miesiąca przed badaniem (58%), przyjmowania narkotyków w ostatnim roku (21%).*

(27% nie wie, czy byłoby to łatwe czy trudne).

Można zaobserwować, że wraz z deklarowaną trudnością zdobycia narkotyku zwiększa się liczba uczniów, którzy nie potrafią udzielić odpowiedzi na pytanie. Ponadto w przypadku wszystkich środków umieszczonych na liście większość młodzieży prezentuje optymistyczne nastawienie i widzi możliwość (łatwego lub trudnego) ich zdobycia.

Nie ma pewności, w jakim stopniu odpowiedzi na pytanie o znajomość miejsc lub osób, od których można kupić narkotyki, są wskaźnikiem odnoszącym się do popytu, a w jakim do podaży narkotyków. W 1994 roku co piąty badany (22%) wiedział, od kogo lub gdzie można kupić narkotyki, w 2003 roku była ich już niemal połowa.

**Tabela 2. Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie?**

Substancje psychoaktywne	Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, jak trudne byłoby to dla Ciebie?			
	Nieemożliwe	Trudne	Łatwe	Nie wiem
	w procentach*			
Papierosy	2	1	95	1
Piwo	2	1	96	1
Wino	3	1	95	1
Wódka	3	2	93	2
Leki uspokajające i nasenne	15	22	46	16
Marihuana, haszysz	16	27	45	13
Amfetamina	21	34	24	20
LSD lub inny środek halucynogeny	22	38	17	22
Sterydy anaboliczne	25	30	22	23
Ecstasy	26	33	20	22
Grzyby halucynogenne	26	33	18	22
Kokaina	26	36	14	24
Crack	28	36	11	25
Heroina	28	36	13	24
Polska heroina, tzw. kompot	28	35	12	26
Dopalacze (tzw. smarty)	28	31	16	26
Poppersy	28	33	13	26
Szałwia wieszcza ( <i>Salvia divinorum</i> )	29	33	11	27
Dekstrometorfan (DXM)	30	34	8	27

\* Procenty nie sumują się do 100, w zestawieniu nie uwzględniono braków danych.

Ostatnie badanie pokazuje, że co trzeci uczeń wie, gdzie można zdobyć nielegalne substancje psychoaktywne. Spadek wskaźnika z 49% do 35% w ciągu ostatnich pięciu lat może być spowodowany zarówno mniejszym zainteresowaniem narkotykami wśród młodzieży, jak i ograniczeniem liczby miejsc oraz osób, od których można je kupić.

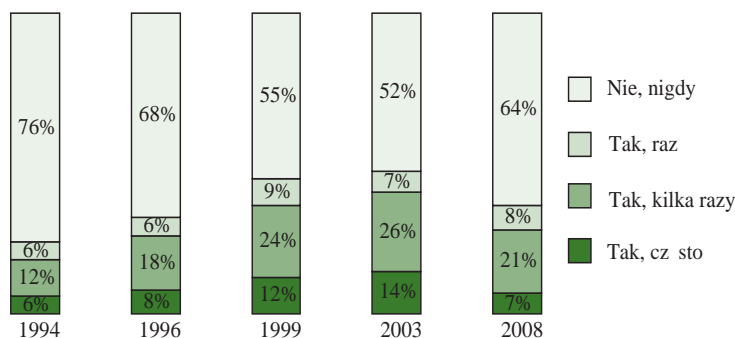
Łatwiejszy dostęp do narkotyków częściej niż pozostali badani deklarują chłopcy. Dziewczętom łatwiej byłoby zdobyć jedynie leki uspokajające i nasenne.

Kolejnym wskaźnikiem badającym osiągalność poszczególnych substancji jest rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy proponowano Ci

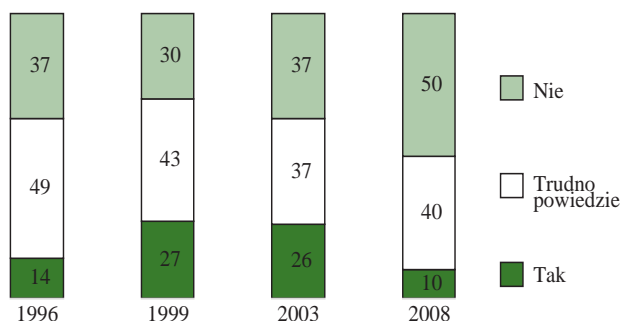
którąkolwiek z następujących substancji niezależnie od tego, czy skorzystałeś(a) z tej propozycji, czy nie?”. W ciągu ostatniego roku uczniowie (przypomnijmy, że w większości pełnoletni) najczęściej otrzymywali propozycje napicia się alkoholu. Do konsumpcji piwa namawiano 93% badanych, wódki – 85%, a wina – 70%. W przypadku wina i wódki ofertę częściej otrzymywali chłopcy, piwo proponowano tak samo często chłopcom, jak i dziewczętom.

Z grupy nielegalnych substancji psychoaktywnych co trzeciemu uczniowi proponowano w ciągu ostatniego roku marihuanę, a co dziesiątemu – amfetaminę. Ofertę wzięcia ecstasy otrzymało 8% uczniów, a po 5% – dopalaczy, poppersów, grzybów halucynogennych,

Czy kiedykolwiek proponowano ci kupno narkotyków?



Czy na terenie twojej szkoły sprzedawane narkotyki?



kokainy i sterydów anabolicznych. Leki uspokajające i nasenne zaproponowano 6% badanych, w tym 7% dziewcząt i 3% chłopców. Propozycje innych niż leki środków odurzających częściej otrzymywali uczniowie niż uczennice.

Aktualne wyniki wskazują, że w ostatnich latach zmalała liczba propozycji kupna narkotyków składanych uczniom. W 2008 roku co trzeci uczeń co najmniej raz dostał taką ofertę, podczas gdy w latach 1999 i 2003 propozycję zakupu narkotyków otrzymała prawie połowa badanych. Narkotyki najłatwiej jest zdobyć w miastach: wielkich (powyżej 500 tys. mieszkańców) i małych (do 20 tys. mieszkańców). Najtrudniej zaopatrzyć się w nielegalne substancje na wsi, gdzie stosunkowo rzadko proponowane jest młodzieży ich spróbowanie. Potencjalne trudności lub brak orientacji w kwestii zaopatrywania się w substancje psychoaktywne częściej deklarują osoby religijne niż uczniowie nieuczestniczący w praktykach kościelnych. Ponadto osoby regularnie chodzące do kościoła nie otrzymują propozycji narkotykowych tak często jak nieuczestniczący w praktykach religijnych.

Od 2003 roku znacznie spadł również odsetek uczniów twierdzących, że w narkotyki można się zaopatrzyć

w ich szkole. Pięć lat temu 26% badanych uważało, że jest to możliwe, w najnowszym badaniu jedynie co dziesiąty.

## Podsumowanie

1. Wyniki najnowszego badania wskazują na spadek liczby uczniów palących papierosy oraz zażywających narkotyki. W przypadku alkoholu odsetki pijących pozostały na poziomie zbliżonym do zanotowanego w 2003 roku.

2. Niepokojących wniosków dostarcza analiza zachowań młodzieży w miastach do 20 tys. mieszkańców. W 2008 roku odnotowano tam najwyższe wskaźniki: regularnego palenia (29%), upijania się (45%), picia wódki w ciągu miesiąca przed badaniem (58%), przyjmowania narkotyków w ostatnim roku (21%).

3. Od 2003 roku zmalała liczba uczniów deklarujących zażywanie narkotyków w ciągu roku poprzedzającego badanie (z 24% do 15%). W grupie uczniów mających kontakt z narkotykami 80% przyznało się do palenia marihuany, 14% do brania amfetaminy i 10% – ecstasy. Nikt nie wspominał o próbowaniu heroiny.

4. W najnowszym sondażu wśród wymienianych substancji pojawiły się dopalacze (inaczej smarty), substancje o działaniu psychoaktywnym, zarejestrowane jako produkty kolekcjonerskie, sprzedawane w specjalnych sklepach lub przez internet.

5. Uzyskane wyniki po raz kolejny nie potwierdzają rzekomo ogromnej skali zjawiska używania narkotyków przez młodzież – zdecydowana większość badanych (85%) deklaruje, że w ciągu roku poprzedzającego badanie nie eksperymentowała z narkotykami. Badanie nie potwierdza także opinii, że branie narkotyków jest normalnym zachowaniem współczesnej młodzieży.

## Przypisy

<sup>1</sup> Badaniem objęto 63 szkoły publiczne i 2 niepubliczne.

*Artykuł jest omówieniem publikacji, która ukazała się w lipcu 2007 roku w brytyjskim piśmie medycznym „Lancet”. Stanowiła ona systematyczny przegląd wyników badań nad konsekwencjami używania marihuany dla funkcjonowania psychicznego<sup>1</sup>.*

# UŻYWANIE MARIHUANY A RYZYKO PSYCHOTYCZNYCH I AFEKTYWNYCH ZABURZEŃ W FUNKCJONOWANIU PSYCHICZNYM

Marihuana (cannabis) to najpowszechniej używana nielegalna substancja psychoaktywna w krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych. Około 20% młodych ludzi pali marihuanę co najmniej raz w tygodniu lub używa jej regularnie (*heavy use*). Autorzy badań podkreślają, że marihuana jest intensywnie używana przez młodzież w okresie wczesnego dojrzewania, gdy rozwijający się mózg młodego człowieka jest szczególnie podatny na wpływ środowiska zewnętrznego. Wyniki badań dostarczają mocnych dowodów na to, że odurzenie marihuaną może wywołać czasowe psychotyczne i afektywne doznania.

Dotychczas jednak nie można było jednoznacznie stwierdzić, czy marihuana nasila występowanie schizofrenii lub depresji.

Wcześniejsze przeglądy badań nie były dostatecznie systematyczne i koncentrowały się raczej na psychospołecznych konsekwencjach używania cannabis niż na skutkach dotyczących chorób psychicznych. Przedstawiona analiza opiera się na systematycznym przeglądzie badań podłużnych<sup>2</sup> (*longitudinal studies*) dotyczących zażywania cannabis i występujących później objawów psychotycznych lub afektywnych. Analizowano siłę związku między używaniem cannabis a rejestrowanymi objawami.

## Metody

W celu wyboru badań do analizy przestudiowano największe światowe elektroniczne bazy piśmiennictwa medycznego i z dziedzin pokrewnych, takie

jak: Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, ISI Web of Knowledge, ISI Proceedings, ZETOC, BIOSIS, LILACS i MEDCARIB. Brano pod uwagę wszystkie wpisy – od momentu powstania każdej bazy do września 2006 roku.

Zidentyfikowano 4804 projekty badawcze, z których – na podstawie oceny dokonanej niezależnie przez dwóch ekspertów – do analizy zakwalifikowano 35 projektów. Badania włączano do analizy, jeśli były oparte na reprezentatywnej próbie populacyjnej i realizowane w modelu badań podłużnych. Wykluczono badania pacjentów z chorobami psychicznymi, narkomanów, więźniów oraz badania osób używających marihuany w celach medycznych.

Za diagnostyczne objawy psychotyczne uznawano: rozpoznanie schizofrenii, zaburzenia schizoafektywne lub psychotyczne, psychozy nieafektywne i afektywne, psychozy bez dodatkowej specyfikacji, objawy psychotyczne, omamy, halucynacje, zaburzenia toku myślenia. Za objawy afektywne uznawano: depresję, myśli i próby samobójcze, stany lękowe, stany neurotyczne.

## Rezultaty

Spośród 35 zakwalifikowanych do analizy projektów badawczych 11 dotyczyło psychoz. Publikacje te prezentowały wyniki badania siedmiu grup respondentów w Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Holandii, Wielkiej Brytanii, Szwecji i Nowej Zelandii.



Dwadzieścia cztery projekty badawcze dotyczyły zaburzeń afektywnych (depresji, objawów depresyjnych, prób samobójczych, zaburzeń i objawów lękowych) i były prowadzone na 15 grupach respondentów w Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Kolumbii i Australii.

Analiza wykazała zwiększone ryzyko występowania objawów psychotycznych u osób używających cannabis w porównaniu z osobami, które tego nie robią. Zależność dotyczy zarówno tych respondentów, którzy rzadko (kiedykolwiek w życiu) używali marihuany, jak i respondentów używających marihuany często lub regularnie. Wyniki pokazują też, że wyższe jest u tych osób ryzyko wystąpienia schizofrenii. Badania prowadzone w Nowej Zelandii wykazały zależność między wiekiem, w którym po raz pierwszy użyto marihuany, a objawami psychotycznymi: silniejszy wpływ marihuany na objawy psychotyczne stwierdzono u osób, które użyły jej pierwszy raz w wieku poniżej 16 lat. W badaniach przeprowadzonych w Szwecji nie udowodniono, że wpływ używania marihuany na zaburzenia schizofreniczne różnił się u osób, które po raz pierwszy użyły jej w wieku poniżej 16 lat i u tych, które zrobiły to w wieku powyżej 16 lat. Objawy depresyjne były badane w 15 grupach. W 10 z nich wykazano związek pomiędzy występowaniem depresji a zażywaniem marihuany. Stwierdzono, że z 35% badanych zażywających marihuanę, aż 15% miało rozwiniętą depresję.

Siedem analizowanych badań dotyczyło skłonności samobójczych. Cztery z nich mówią o istnieniu związku między zażywaniem marihuany a zwiększonym ryzykiem podejmowania prób samobójczych. Zmniejszone ryzyko prób samobójczych wśród użytkowników marihuany stwierdzono w badaniach szkolnych w Los Angeles, chociaż w tej grupie zanotowano wzrost myśli samobójczych.

Stanów lękowych dotyczyło siedem badań, z których dwa wykazały związek między zażywaniem marihuany a wystąpieniem tego rodzaju objawów.

## Wnioski

Analiza danych wskazuje na wzrost częstotliwości objawów psychotycznych u ludzi zażywających marihuanę. U osób palących marihuanę stwierdzono

zwiększenie o 40% ryzyka wystąpienia psychozy. Ryzyko to jest tym większe, im używanie cannabis jest intensywniejsze.

Nie potwierdzono intuicyjnej tezy (brak wystarczających dowodów), że używanie marihuany we wcześniejszym wieku może mieć bardziej bolesne konsekwencje (zwiększone ryzyko psychozy u osób, które sięgnęły po marihuanę w młodszym wieku stwierdzono tylko w jednym badaniu).

Badacze zwracają uwagę na to, że chociaż indywidualne ryzyko takich chronicznych zaburzeń psychotycznych jak schizofrenia, nawet u osób zażywających marihuanę regularnie, jest stosunkowo niskie (mniej niż 3%), to jednak w skali populacji może być określane jako mające znaczny wpływ, ze względu na to, że ten narkotyk jest tak powszechny.

Wpływ używania cannabis na zaburzenia afektywne jest mniej jednoznaczny. W wielu analizowanych badaniach ustalono co prawda istnienie zwiększonego ryzyka wystąpienia objawów afektywnych u osób zażywających marihuanę, jednak w części badań nie stwierdzono takiego związku. Autorzy są zdania, że brak jednoznacznej zależności wynika z wpływu na objawy afektywne szeregu innych czynników warunkujących stan emocjonalny jednostki.

Podsumowując, autorzy przeglądu stwierdzają, że zebrano wystarczające dowody na to, że zażywanie cannabis zwiększa ryzyko występowania objawów psychotycznych i afektywnych. Twierdzą, że w związku z tym należy uświadamiać i ostrzegać młodych ludzi, iż zażywanie marihuany może zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i emocjonalnym w ich późniejszym życiu.

*Redakcja*

## Przypisy

<sup>1</sup> Moore T.H.M., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R.E., Jones P.B., Burke M., Lewis G., „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review”, *Lancet* Vol 370, July 28, 2007.

<sup>2</sup> Strategia badania, w której te same osoby obserwowane są wielokrotnie na przestrzeni wielu lat.

*W grudniu 2008 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zrealizowano program badań jakościowych, który miał określić stosunek ludzi młodych – bywalców dyskotek i imprez klubowych – do kwestii prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków.*

# POSTAWY I OPINIE NA TEMAT PROWADZENIA SAMOCHODU POD WPŁYWEM NARKOTYKÓW

Zbigniew Maj, Tomasz Kowalewicz

## **Założenia programu, struktura badań**

Głównym celem zrealizowanego programu badawczego było dokonanie diagnozy sposobu myślenia na temat prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków i wzorów zachowań uruchamianych w tej sytuacji. Badania koncentrowały się na zebraniu opinii na temat prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków, bycia pasażerem w samochodzie prowadzonym przez kierowcę pod wpływem narkotyków oraz bycia biernym świadkiem tego typu sytuacji – zbierano argumenty usprawiedliwiające oraz krytykujące te zachowania. Respondenci byli proszeni o podanie pomysłów działań – własnych i najbliższego otoczenia – mających na celu redukcję zjawiska jazdy samochodem pod wpływem narkotyków. Testowany był stosunek badanych do potencjalnej kampanii społecznej. Diagnozowano generalne, aprioryczne nastawienie do przekazu perswazyjnego, testowano projekt spotu telewizyjnego mającego przeciwdziałać jeździe samochodem po użyciu narkotyków.

Badania zostały zrealizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI). Objęto nimi 91 osób w wieku 16-26 lat, uczestniczących w klubowych/dyskotekowych imprezach nie rzadziej niż raz w miesiącu: uczniów w wieku 16-18 lat i młodych dorosłych aktywnych zawodowo, w wieku 20-26 lat. Te dwie kategorie respondentów były badane w dużych miastach oraz w miasteczkach (gdzie nie ma możliwości skorzystania z komunikacji miejskiej w celu powrotu do domu po imprezie). Trzecią kategorią respondentów byli studenci w wieku 19-24 lata, mieszkańcy dużych miast. Około 50% pełnoletnich badanych stanowiły osoby na co dzień prowadzące samochód.

W sumie zrealizowano 10 zogniskowanych wywiadów grupowych (w Katowicach, Łodzi, Konstantynowie i Ostrowcu Świętokrzyskim).

## **Ryzyko uświadamiane: może być bardzo źle**

Jazda po zażyciu narkotyków jest – zdaniem uczestników dyskusji – niebezpieczna. Dla jednych trochę bardziej, dla innych trochę mniej, a dla większości tak samo niebezpieczna jak jazda po wypiciu alkoholu. Niebezpieczeństwo jazdy po alkoholu jest dla wszystkich jednoznaczne i oczywiste, bowiem oparte na pewnej uznanej, zewnętrznej, zobiektywizowanej wiedzy. Ciąg skojarzeniowy alkohol – samochód – zagrożenie jest automatyczny. W odniesieniu do narkotyków, w potocznej, grupowej świadomości młodych bywalców dyskotek i imprez klubowych tego automatyzmu nie ma. Nie ma uznanego, niepodważalnego kanonu zobiektywizowanej wiedzy na temat niebezpieczeństw związanych z prowadzeniem po narkotykach. Uczestnicy dyskusji przywoływali doświadczenia własne i swoich znajomych, porównywali swój stan po wypiciu trzech piw i po zażyciu trzech pigułek, oceniali kombinacje rodzajów narkotyków z wielkością dawek i snuli na ten temat różne „prywatne” teorie. Kokaina nie jest, zgodnie z tymi teoriami, niebezpieczna, bo zwiększa koncentrację, pobudza i energetyzuje. Podobnie amfetamina. Niebezpieczna może być marihuana – bo „przymula” i rozleniwia. Po halucynogenach widzi się to, czego nie ma, a nie widzi tego, co jest – są bardzo niebezpieczne. A na koniec i tak wszystko zależy od wielkości dawki. W efekcie większość uczestników dyskusji dochodziła do wniosku, że prowadzenie po

narkotykach może być tak samo lub nawet bardziej niebezpieczne niż prowadzenie po alkoholu. Główne zagrożenie ze strony narkotyków polega na nieprzewidywalności ich działania oraz wywoływanych zmianach świadomości: „Po alkoholu nie panujesz nad kierownicą, po narkotykach nie panujesz nad sobą”. Przy czym niebezpieczeństwo jazdy po narkotykach to wniosek wymagający wcześniejszego zastanowienia, a nie – jak w wypadku alkoholu – gotowa wiedza, automatycznie sterująca zachowaniem.

Mimo tej pewnej niejednoznaczności, prowadzenie po narkotykach uchodzi za niebezpieczne, ponieważ z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem sprowadza zagrożenie na prowadzącego, pasażerów i osoby postronne, zwykle nazywane „niewinnymi” dla odróżnienia od świadomych uczestników.

Bezpośrednie szkodliwe skutki prowadzenia po narkotykach, znane młodym ludziom, to ryzyko natrafienia na patrol policji wyposażony w narkotesty oraz wszelkie szkody możliwe w ruchu drogowym: kolizje, stłuczki, wypadki, uszkodzenie samochodu oraz natychmiastowe następstwa tych szkód – szkody materialne, obrażenia, ranni, ofiary śmiertelne, a także skutki bardziej długofalowe – utrata prawa jazdy, straty finansowe, więzienie, utrata reputacji, kalectwo, wyrzuty sumienia, jeśli zrobiło się komuś krzywdę, a w konsekwencji własne „złamane życie”. Prawie wszystkie te czarne scenariusze, jako możliwy finał jazdy po narkotykach, są obecne w świadomości młodych ludzi i wymieniane beznamietnie, jak kolejne pozycje z jakiegoś katalogu. Jedynie możliwość krzywdy wyrządzonej innym – współpasażerom, a szczególnie „niewinnym” przechodniom i ludziom jadącym w innych samochodach – porusza wyobraźnię uczestników dyskusji, a spodziewane obciążenie sumienia zyskuje w ich wypowiedziach wymiar niemalże tragiczny.

Zagrożenie „niewinnych” jest największym, w oczach młodych ludzi, grzechem osoby kierującej samochodem pod wpływem narkotyków i główną przyczyną, dla której jest to zachowanie nie tylko nieakceptowane, ale wręcz ostro potępiane.

Stąd też z prostego rachunku możliwych negatywnych skutków wynika, że pasażer ryzykuje mniej niż kierowca. Owszem, prawdopodobieństwo uczestniczenia w kolizji czy wypadku przez pasażera jest dokładnie takie samo jak kierowcy. Również może doznać obra-

żeń czy nawet stracić życie, ale nie on zapłaci mandat, nie on straci prawo jazdy i pójdzie do więzienia, nie jego samochód zostanie rozbity i nie on będzie płacił odszkodowania. A przede wszystkim to nie będzie jego wina, nie jego sumienie zostanie obciążone możliwymi tragicznymi skutkami ponoszonymi przez ofiary kolizji.

## Jazda po narkotykach – zjawisko w zasadzie nagminne

Powrót z dyskoteki, a czasem również już dojazd na imprezę, to najczęstsza sytuacja, w której młodym ludziom zdarza się wsiadać do samochodu po narkotykach, zazwyczaj w roli pasażera. Zdarza się poza tym awaryjna „konieczność” pojechania po środki odurzające, jeśli ich zabrakło, także jeżdżenie ze znajomymi, którzy narkotyki biorą na co dzień i również na co dzień jeżdżą po ich zażyciu. Młodzi ludzie wpadają też spontanicznie na pomysł przejażdżki po osiedlu dla dodatkowej frajdy po wspólnym zażyciu narkotyków.

Zażywanie narkotyków, zaraz po picciu alkoholu, należy do stałych, niezbywalnych i obowiązujących elementów stylu zabawy na dyskotekach i imprezach klubowych. Bez alkoholu i narkotyków nie ma dobrej zabawy i uczestnictwo w imprezie traci sens.

Wspólny przyjazd na zabawę samochodem oraz późniejszy powrót również należą do rytuału. Impreza nie zaczyna się i nie kończy wraz z przekroczeniem progu lokalu. Zaczyna się od zabierania znajomych do samochodu, a kończy po rozwiezieniu ich do domów.

Powroty samochodem po zażyciu narkotyków obserwowane są po każdej dyskotecie. Zawsze można zobaczyć co najmniej kilka osób pod widocznym wpływem narkotyków lub wcześniej widzianych, jak zażywają, którzy wsiadają do samochodu i jadą do domu lub na kolejną imprezę. Towarzyszą im znajomi, znajdujący się w co najmniej takim samym stanie odurzenia.

Przekonanie o powszechności zjawiska oparte jest jednak bardziej na przeświadczeniu niż obserwowanych zachowaniach. Branie narkotyków na imprezach jest powszechnym zjawiskiem. Stąd przypuszczenie, że skoro wszyscy biorą, a jakoś muszą wracać do domu, to korzystają z samochodów, których pod dyskoteką jest pełno i którymi po imprezie odjeżdżają.



## Dylematy i decyzje

Sytuacja decyzyjna powrotu z dyskoteki samochodem jest zdecydowanie asymetryczna, nawet po zażyciu narkotyków – znacznie łatwiej wsiąść do samochodu, niż tego nie robić. Przeciwno powrotowi w inny sposób niż samochodem przemawia cały szereg czynników:

Problem, co zrobić z samochodem? Pozostawienie samochodu pod dyskoteką jest niebezpieczne – można go już nie znaleźć następnego dnia, albo znaleźć bez kół, radia i przynajmniej jednej szyby. Poza tym samochód jest potrzebny, a zostawiając go, trzeba wracać po niego nazajutrz.

Problem, jak wrócić? W środku nocy lub wczesnym rankiem nie ma innego dogodnego dojazdu. Środki komunikacji miejskiej nie kursują, taksówka jest droga.

Przyjechaliśmy razem, to powinniśmy wracać razem. Tak będzie przyjemniej i zabawniej. Impreza się jeszcze nie skończy.

Wszyscy są rozbawieni, ale i zmęczeni. Samochód jest

wygodny i natychmiast dostępny. Rezygnacja z jazdy samochodem zmusza do zastanawiania się, organizowania czegoś innego, umawiania się z innymi – psuje się atmosfera zabawy.

Nie można przystać na to, żeby prowadził ktoś, kto nie pił ani nie brał, bo obowiązuje zasada, że samochód prowadzi właściciel. A poza tym trudno przypuszczać, że znalazłby się ktoś, kto ma prawo jazdy i nie brał środków odurzających ani nie pił alkoholu.

Przeciwno powrotowi samochodem po narkotykach przemawia tylko jedno – to może być niebezpieczne. Decyzja jest łatwa. Przykrości związane z pozostawieniem samochodu są dobrze znane, pewne i natychmiastowe. Niebezpieczeństwo tylko wyobrażone i tylko w niewielkim stopniu prawdopodobne oraz odległe w czasie. Decyzję jazdy samochodem ułatwia atmosfera zabawy, stymulujący wpływ narkotyków i wysoka pozycja towarzyska tego, kto niezależnie od okoliczności „bezpiecznie” odwozi swoich znajomych do domu.

## Ryzyko postrzegane: to nic groźnego, nikomu nie dzieje się krzywda

Świadomość możliwych negatywnych skutków jest powszechna i dobrze ugruntowana. Również kierowcy, wsiadający po narkotykach do samochodu, zdają sobie dokładnie sprawę, czym ryzykują – co grozi im, pasażerom oraz ludziom przypadkowym. Teoretyczne konsekwencje są znane, jednak prawdopodobieństwo ich wystąpienia oceniane jest jako minimalne. „Pełno ludzi jeździ po narkotykach (tak podsumowała to jedna z osób uczestniczących w dyskusji), a jakoś nie słyszy się o wypadkach pod wpływem narkotyków”. I ta konstatacja wydaje się decydująca, co potwierdzają liczne badania, zgodnie z którymi większy wpływ

na decyzję ma ocena poziomu prawdopodobieństwa niepożądanego przebiegu wypadków niż rozmiary ewentualnego nieszczęścia. A zarówno wiedza, jak i poglądy skłaniają młodych bywalców dyskotek do oceny prawdopodobieństwa wypadku pod wpływem narkotyków jako niewielkiego.

W trakcie spotkań prezentowana była historia opowiadająca

o grupie młodych ludzi zamierzających – pod ewidentnym wpływem narkotyków – wrócić samochodem z imprezy. Uczestnicy dyskusji odpowiadali na pytanie, jak ta historia skończyłaby się, gdyby był to spot telewizyjny przestrzegający przed jazdą po użyciu narkotyków. Wyobrażenia uczestników dyskusji pokazały przepaść między oczekiwaniami co do filmu (przewidywano różne czarne scenariusze, bo spot powinien mieć walor dydaktyczny) a wyobrażeniami dotyczącymi rzeczywistości. W „normalnym” życiu bohaterowie spokojnie i bezpiecznie wróciliby do domu lub pojechali na kolejną imprezę. Jedynym realnym zagrożeniem, z jakim musi się liczyć osoba prowadząca samochód po zażyciu narkotyków jest – zdaniem uczestników dyskusji – policyjna kontrola i związane z nią nieprzyjemności w wypadku pozytywnego wyniku narkotestu. I to ryzyko jest jednak niewielkie, ponieważ policja – taki jest dominujący pogląd – nie ma wystarczającej ilości narkotestów, a jak już ma, to niechętnie ich używa.

*Główne zagrożenie ze strony narkotyków polega na nieprzewidywalności ich działania oraz wywołanych zmianach świadomości: „Po alkoholu nie panujesz nad kierowcą, po narkotykach nie panujesz nad sobą”.*



## Możliwe pola działania – skończyć z bezkarnością

Niezależnie od osobiście szacowanego ryzyka, samo zjawisko prowadzenia samochodu po narkotykach postrzegane jest jako groźne i zasługujące na przeciwdziałanie. Normy grupowe i zwyczaje towarzyskie skutecznie blokują jakiekolwiek formy aktywności samym uczestnikom dyskotek i imprez klubowych. Ich jedynym możliwym działaniem jest organizowanie sobie na własną rękę alternatywnych sposobów wyjazdów i powrotów, co wiąże się z koniecznością wycofania się z części życia towarzyskiego. Nie mają natomiast żadnych sposobów zapobieżenia, by ktoś inny nie siadał po narkotykach za kierownicą lub też nie wsiadał jako pasażer do samochodu prowadzonego przez kierowcę, który brał narkotyki.

Jedynym możliwym i przez wszystkich akceptowanym, a nawet gorąco postulowanym, rozwiązaniem, jest zacieśnienie i zwiększenie skuteczności kontroli policyjnej.

Młodzi ludzie, bywalcy dyskotek, domagają się większej kontroli: wyposażenia policji w narkotesty, przeszkolenia jej i zmotywowania do działania, a także zaostreżenia kar za jazdę pod wpływem narkotyków. Inaczej mówiąc, powodem powszechności jazdy po narkotykach jest przede wszystkim bezkarność tego rodzaju zachowań. Bezkarność jazdy po narkotykach, w porównaniu z jazdą po alkoholu, prowadzi do paradoksalnych sytuacji – zdarza się, że osoba umówiona wcześniej jako ta, która odwiezie towarzystwo, nie pije alkoholu, ale w zamian za to bierze narkotyki, żeby „jakoś się bawić” i potem „bezpiecznie” porozwozić towarzystwo i wrócić do domu.

### Przypisy

<sup>1</sup> Maj Z., Kowalewicz T., „Postawy i opinie na temat prowadzenia samochodu pod wpływem narkotyków”, niepublikowany raport, dostępny w KBPN.

## Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zaprasza

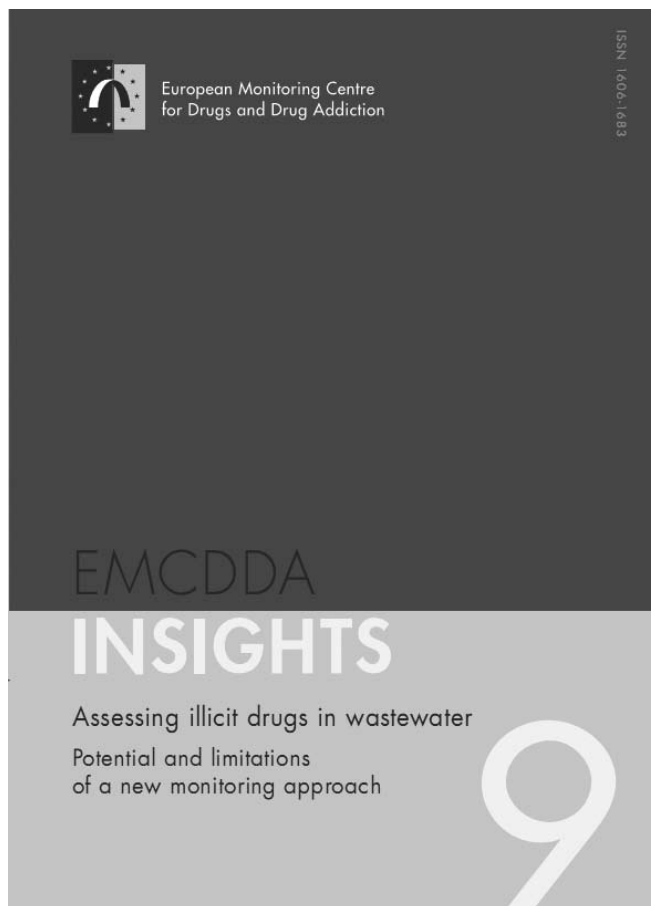
zainteresowane podmioty szkolące do uczestniczenia w konkursie na uzyskanie rekomendacji dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/system/system.html>,  
<http://www.kbpn.gov.pl/system/system.html> w dziale „Aktualności, Ogłoszenia”.

Zgłoszenia należy składać do 20 kwietnia 2009 roku do godziny 16.00 w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie  
ul. Dereniowa 52/54,  
tel. (022) 641 15 01, fax (022) 641 15 65.

**Konkurs zostanie rozstrzygnięty do 15 czerwca 2009 roku.**

# NOWA METODA MONITOROWANIA KONSUMPCJI NARKOTYKÓW



Nowe wydawnictwo EMCDDA z serii Insight prezentuje nowatorski, bardzo ciekawy i perspektywiczny kierunek w badaniach nad zjawiskiem narkomanii – szacowanie rozpowszechnienia używania narkotyków poprzez badanie ścieków. Ten sposób analizy zjawiska narkomanii budzi u niektórych badaczy lekki uśmiech i niedowierzanie. Inni zaś mówią o nim jako o innowacyjnym sposobie analizowania zjawiska używania narkotyków. Dyrektor Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) Wolfgang Götz, wypowiadając się na temat tego typu badań, powiedział, że „nowe osiągnięcia w możliwościach wykrywania narkotyków oraz ich metabolitów w ściekach mogą mieć ważne implikacje w podejściu do monitorowania konsumpcji narkotyków oraz jej trendów w najbliższym czasie”.

Obecnie prowadzone analizy oparte są najczęściej o badania społeczne na reprezentatywnej próbie

dorosłych mieszkańców lub w przypadku tzw. problemowych użytkowników narkotyków o oszacowania przeprowadzone różnymi metodami statystycznymi (Capture-Recapture, Multiplier Method, Multivariate Indicator Method). Zastosowanie tego typu źródeł informacji do analizy zjawisk o charakterze ukrytym oraz wrażliwym generuje wiele ograniczeń. Jak piszą autorzy publikacji, „używanie narkotyków ze względu na swoją naturę jest zjawiskiem ukrytym i tradycyjne metody mogą być niewystarczające, a czasami nieefektywne jeśli chodzi o określanie poziomu używania przynajmniej niektórych typów narkotyków”.

Realizacja projektów opartych na analizie ścieków daje możliwość walidacji istniejących badań poprzez przeprowadzenie analiz do tej pory rzadko stosowanych na gruncie badań narkotykowych. Z drugiej strony prace, które idą w tym kierunku, pozwalają na zbudowanie modelu analitycznego, który mógłby mieć zastosowanie w stałym monitorowaniu zjawiska używania narkotyków oraz walidowaniu wyników innych badań.

Prezentowana książka w sposób kompleksowy i krytyczny omawia zagadnienie badania wód ściekowych pod kątem obecności metabolitów narkotyków oraz sposobów szacowania na tej podstawie poziomu używania narkotyków w danej społeczności. Przedstawia także krytyczną analizę możliwości wykorzystania tego typu badań w monitorowaniu zjawiska narkomanii. Oczywiście, jak sami autorzy zauważają, prace nad tego typu analizami są dopiero w fazie początkowej, ale potencjalne korzyści z ich zastosowania wydają się być obiecujące. Niektóre kraje europejskie, m.in. Włochy, Anglia i Hiszpania, prowadzą już takie analizy. Doświadczenia z tych badań opisywane są w prezentowanej publikacji. Niedługo podobny projekt zostanie zrealizowany również w Polsce.

MK

„Assessing illicit drugs in wastewater”, EMCDDA, Lisbon, December 2008.

## ANTYNARKOTYKOWE SPOTY W SIECI



### RACHEL LEIGH COOK – CZYLI ZNANI WALCZĄ Z NARKOTYKAMI

Partnership for a Drug-Free America (PDFA) to organizacja non-profit założona przez Richarda T. O'Reilly'ego w 1986 roku. Działa ona w ramach The American Association of Advertising Agencies. Jednym z celów organizacji jest włączenie amerykańskiego sektora reklamowego w akcję na rzecz przeciwdziałania zjawisku używania narkotyków przez młodzież. Kampania pod hasłem „To jest twój mózg po narkotykach”, zawierająca antynarkotykowe reklamy społeczne, wystartowała w 1987 roku i opierała się na parodii – formie mocno zakorzenionej w amerykańskiej metaforyce popkulturowej. Proste skojarzenia zostały wykorzystane w drugiej edycji kampanii, która pojawiła się już pod koniec lat 90. W 1998 roku powstał emitowany w CNN spot na temat uzależnienia od heroiny z udziałem Rachel Leigh Cook – popularnej młodej aktorki z Hollywood. Mimo że kampania już od dawna nie gości w kanałach największych stacji telewizyjnych, to wyprodukowany spot żyje własnym życiem w internecie (dostępny jest np. na [www.metacafe.com/watch/yt-nMwxWHaZUro/anti\\_drug\\_frying\\_pan\\_smash\\_psa\\_rachel\\_leigh\\_cook/](http://www.metacafe.com/watch/yt-nMwxWHaZUro/anti_drug_frying_pan_smash_psa_rachel_leigh_cook/)).

### JEŚLI POTRZEBUJESZ POMOCY...

United Way of America to od 2007 roku największa organizacja pozarządowa non-profit w USA, zajmująca się wspomaganiem w różnych obszarach społeczności lokalnych. Posiada ok. 1300 biur, w których świadczy swoje usługi. Jej główny cel to zbieranie funduszy na prowadzoną działalność – programy edukacyjne i z zakresu ochrony zdrowia. W 2007 roku United Way of America otrzymała 4,2 mld dolarów na realizację celów statutowych. Jednym z obszarów aktywności organizacji jest udzielanie pomocy osobom z problemem narkotykowym. Spot, dostępny w sieci, to przykład wstrząsającej kreacji, która służy reklamie telefonu zaufania świadczącego usługi pomocowe dla osób uzależnionych. Streaming jest dostępny np. pod adresem: <http://revver.com/video/112507/anti-drug-united-way-campaign/>.



### WŁOCHY OSTRZEGAJĄ MŁODYCH PRZED BRANIEM

Dipartimento Per Le Politiche Antidroga prezentuje na stronie [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it) najnowszy spot zeszłorocznej kampanii, Campagna Antidroga, która skierowana była do młodych ludzi – potencjalnych użytkowników środków psychoaktywnych. Kampanijne kreacje w sugestywny sposób pokazują, jaki wpływ narkotyki (np. XTC) wywierają na ośrodkowy układ nerwowy. W ramach kampanii wydano także ulotkę, która – wykorzystując naukową wiedzę – prezentuje negatywny wpływ poszczególnych psychoaktywnych syntetyków na mózg młodego człowieka. Poza tym w kampanii użyto takich narzędzi komunikacji, jak banery internetowe i spot radiowy. Warto zajrzeć do sieci i zobaczyć, jak we Włoszech przeciwdziała się zjawisku używania narkotyków.



## ANTYNARKOTYKOWE SPOTY W SIECI



### PRZESŁANIE DLA RODZICA Z CYBERPRZESTRZENI – CO ROBI TWOJE DZIECKO?

Ta kampania, wykorzystująca cyberprzestrzeń, jest adresowana do rodziców. Krecja, oparta na rozmowie matki z bohaterem gry komputerowej o jej dzieciach, jest prezentowana m.in. na [www.youtube.com/watch?v=3sjX\\_tZUXWM&feature=related](http://www.youtube.com/watch?v=3sjX_tZUXWM&feature=related).

Ciekawy w formie, 30-sekundowy film porównuje relacje między rodzicami a młodymi użytkownikami narkotyków do gry pozorów, która na co dzień odbywa się w milionach domów na całym świecie. Dopiero gdy problem wywoła poważny kryzys – gra nagle się kończy, ale wtedy może już być za późno na działanie. Przekaz, jaki kierowany jest do rodziców to sugestia, by skończyć tę grę wcześniej, zanim nastąpi tragedia. Pod adresem [www.antidrug.com](http://www.antidrug.com) dorośli znajdą wiele ciekawych linków, za pośrednictwem których dotrą do wiarygodnych stron informacyjnych, zarówno profilaktycznych, jak i pomocowych.

### KOKAINA UZALEŻNIA – BARDZO UZALEŻNIA...

Czy humorystyczny film antynarkotykowy może być skuteczny? Jeżeli uda się zrobić taki film, który stanie się głośny w sieci, będzie spontanicznie przesyłany mailami, prezentowany na niezależnych portalach o charakterze humorystycznym, licznie odwiedzanych przez młodzież, to taki produkt może wywołać zamierzony efekt. Przyjęcie strategii polegającej na zleceniu przez prezydenta Kolumbii – kraju, który stanowi centrum kokainowego biznesu – produkcji spotu jednej z największych korporacji reklamowych na świecie – Leo Burnett (twórcy sukcesu np. Marlboro), powoduje, że poznanie tego spotu staje się obowiązkowe. Zapewne w kulturze europejskiej ośmieszanie i dyskredytowanie osoby uzależnionej wiązałoby się z licznymi protestami organizacji obrony praw człowieka i nigdy tego typu spot nie pojawiłby się w oficjalnych kanałach telewizyjnych, ale Ameryka Łacińska to inna kultura i inne reakcje. Warto wejść na stronę <http://www.youtube.com/watch?v=k87wooy9MuY> i zobaczyć, jak można wykorzystać humor w przeciwdziałaniu groźnemu zjawisku.

(TZ)



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: (022) 621 27 98

e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne