



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (37) 2007

NR 2

2007

# WPROWADZENIE

## *Drodzy czytelnicy,*

*Zgony z powodu narkotyków to najtragiczniejszy bilans zjawiska narkomanii, dlatego ograniczenie występowania zgonów jest traktowane priorytetowo zarówno w polityce krajowej, jak i międzynarodowej. W artykule na łamach niniejszego numeru Serwisu prezentowane są dane dotyczące śmiertelnych przedawkowań. Jednocześnie należy pamiętać, że zgony z powodu narkotyków, to także przypadki śmiertelne, w których zażywanie narkotyków odgrywa pośrednią rolę, to między innymi wypadki drogowe czy przemoc pod wpływem substancji psychoaktywnych.*

*Grupy przestępcze na rynku narkotykowym wciąż poszukują luk prawnych i starają się lansować nowe substancje nie objęte kontrolą. W ostatnich latach taką substancją stała się BZP, narkotyk syntetyczny, który jeszcze nie we wszystkich krajach został zdelegalizowany. W Polsce pozostaje wciąż legalny. Czy istnieje duże zagrożenie rozwojem rynku BZP, czy to jedynie chwilowa moda można dowiedzieć się z artykułu Waldemara Krawczyka. Rozwijając wątek substancji psychoaktywnych, w bieżącym numerze Serwisu wracamy raz jeszcze do grzybów halucynogennych, tym razem poprzez artykuł Jana Szymańskiego, w którym autor szczegółowo opisuje skutki zażywania grzybów oraz przedstawia wyniki badań nad zawartością alkaloidów halucynogennych w grzybach dostępnych w naszym kraju. W tym kontekście polecam również artykuł prezentujący europejski projekt mający na celu wykrywanie, monitorowanie i reagowanie na nowe zjawiska na scenie narkotykowej. Dotychczas zrealizowano pilotażowy program zbierania danych dotyczących grzybów halucynogennych oraz GHB, a w najbliższym czasie planowane jest uruchomienie programu monitorowania metaamfetaminy oraz sterydów anabolicznych. Chociaż związek między narkotykami a przestępczością jest oczywisty, to czytając artykuł Marty Struzik dowiadujemy się, że nie jest łatwo jednoznacznie określić tak złożone zjawisko. Przestępstwa związane z narkotykami wymagają jednak zdefiniowania i uporządkowania, gdyż jest to niezbędny warunek opracowania trafnej i efektywnej metodologii, która umożliwi ocenę skali problemu.*

*Poszukując nowych form profilaktyki narkomanii nie można pomijać interaktywnych mediów, takich jak Internet, który stał się – zwłaszcza dla młodzieży – nieodłącznym elementem codzienności. Zwracają na to uwagę autorki artykułu „Nowe media w profilaktyce uzależnień” prezentując przykłady zagranicznych portali internetowych oferujących ciekawe programy profilaktyczne. Internet to także ogromne źródło wiedzy dotyczące różnych aspektów narkomanii, dlatego gorąco zachęcam do zapoznania się z prezentowanymi w niniejszym numerze europejskimi bazami danych, ponieważ jestem przekonany, że uznacie je Państwo za przydatne w codziennej pracy.*

*Jak można wpływać na zmianę myślenia i zachowania ludzi warto przeczytać w artykule Tomasza Zakrzewskiego kontynuującego cykl artykułów przybliżających działania podejmowane w skali makrospołecznej. Działania podejmowane w warszawskiej dzielnicy Mokotów, które opisuje Beata Prasula, to z kolei przykład kompleksowych działań profilaktycznych w skali lokalnej. Jak pisze autorka, na terenie dzielnicy działa około 100 państwowych instytucji i organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom i rodzinom dotkniętym problemem uzależnień oraz przemocy. A skąd można zdobyć pieniądze na zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii można się dowiedzieć z artykułu Michała Bonina.*

*Na tle różnorodnych problemów związanych ze zjawiskiem narkomanii z pewnym optymizmem możemy przeczytać artykuł Janusza Sierosławskiego, w którym autor przedstawia wyniki badań ankietowych diagnozujących używanie narkotyków w Polsce w 2006 roku w populacji ogólnej. Porównanie najnowszych wyników z wynikami badania przeprowadzonego w 2002 roku wskazuje na stabilizację rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków. Czy to efekt różnorodnych działań mających na celu przeciwdziałanie narkomanii czy też być może przemijająca w końcu moda na narkotyki, trudno powiedzieć. Nie ustawajmy jednak w wysiłkach, aby ten trend utrzymać w najbliższym czasie.*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury.  
Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Ograniczanie podaży

### BZP – NOWY NARKOTYK CZY TYLKO PRZEJŚCIOWA MODA

*Waldemar Krawczyk*..... 2

### PRZESTĘPSTWA ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI. PRÓBA ZDEFINIOWANIA ZJAWISKA

*Marta Struzik*..... 5

## Profilaktyka

### NOWE MEDIA W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

*Agnieszka Kolbowska, Agata Kręt*..... 9

### PERSWAZJA W REKLAMIE SPOŁECZNEJ - CZYLI CO POZWALA ZMIENIĆ MYŚLENIE I ZACHOWANIE LUDZI

*Tomasz Zakrzewski*..... 15

**KALENDARIUM WYDARZEŃ**..... 20

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

### MOŻLIWOŚCI FINANSOWANIA ZADAŃ Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI

*Michał Bonin*..... 22

### PROBLEMATYKA GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH W POLSCE

*Jan Szymański*..... 29

## Współpraca międzynarodowa

### ŹRÓDŁA INFORMACJI WYKORZYSTYWANE PRZY WYKRYWANIU, ANALIZOWANIU I MONITOROWANIU NOWYCH TRENDÓW NA EUROPEJSKIEJ SCENIE NARKOTYKOWEJ – PROJEKT E-POD

*Dawid Chojecki*..... 34

## Społeczności lokalne, regiony

### LOKALNY PROGRAM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W WARSZAWSKIEJ DZIELNICY MOKOTÓW

*Beata Prasula*..... 37

## Badania, raporty

### UŻYWANIE NARKOTYKÓW W POLSCE. WYNIKI BADAŃ ANKIETOWYCH W POPULACJI GENERALNEJ

*Janusz Sierosławski*..... 44

### ZGONY Z POWODU NARKOTYKÓW

*Artur Malczewski*..... 49

## Internet

*NARKOMANIA - INTERNETOWE BAZY DANYCH*..... III okładka

*Od 1999 roku na rynku narkotykowym zaczęła się pojawiać nowa substancja określana skrótem BZP (1-benzylpiperazyna). Aż do połowy 2004 roku BZP pojawiała się tylko sporadycznie i nie stanowiła zagrożenia dla użytkowników narkotyków.*

# BZP – NOWY NARKOTYK CZY TYLKO PRZEJŚCIOWA MODA

Waldemar Krawczyk

Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Komendy Głównej Policji

BZP należy do grupy arylopodstawionych pochodnych piperazyny, tej samej, do której należą mCPP (1-3-chlorofenylopioperazyna), TFMPP (m-trifluorometylofenylopioperazyna), pMeOPP (1-4-metoksyfenylopioperazyna), pFPP (p-fluorofenylopioperazyna), DBZP (dibenzylpiperazyna) i MDBP (1-[3,4-metylenodioksybenzyl] piperazyna). Wszystkie te substancje stanowią grupę tak zwanych *benzylpiperazyn*. Od 2004 roku „moda” na ich używanie – jako tzw. legalnych substancji psychotropowych („legal highs”) – zaczęła się nasilać. BZP występuje w dwóch formach chemicznych: chlorowodorku (biały proszek) lub wolnej zasady (jasna żółto-zielona ciecz). Nie znajduje się na listach ONZ substancji kontrolowanych. Zgodnie z narodowym prawodawstwem BZP objęta jest kontrolą w 22 państwach, w tym w 5 państwach członkowskich UE (Belgia, Dania, Grecja, Malta i Szwecja). W pozostałych państwach BZP jest legalnie dostępna przez Internet oraz w fabrykach chemicznych. Grupy przestępcze ograniczają się do przystosowania jej do potrzeb użytkowników narkotyków poprzez tabletkowanie lub kapsułkowanie. BZP po raz pierwszy została zsyntetyzowana w 1944 roku w Wielkiej Brytanii jako potencjalny środek zwalczający pasożyty u zwierząt. Nie weszła jednak do użytku ze względu na słabe działanie i wywoływanie efektów ubocznych. Ze względu na to, że jest łatwo dostępna w legalnym obrocie, nie odnotowano prób syntezy tej substancji w nielegalnych laboratoriach.

## Konfiskaty

W Europie BZP skonfiskowano do tej pory w 13 państwach członkowskich UE oraz w Norwegii. Ponadto odnotowano konfiskaty w Nowej Zelandii, Australii i USA. Najczęściej BZP znajduje się w tabletkach

[Fot.1]<sup>1</sup> lub kapsułkach [Fot.2]. Zdarza się również w postaci proszku lub cieczy. W Polsce do tej pory nie było przypadków konfiskaty tej substancji.

Mimo znacznej liczby państw, w których nastąpiły konfiskaty, nic nie wskazuje na to, żeby BZP była wykorzystywana na nielegalnym rynku w dużych ilościach. Na ogół konfiskowane są małe ilości tabletek lub proszku, jedynie w Wielkiej Brytanii skonfiskowano jednorazowo 64 900 tabletek i dwukrotnie po ponad 2 000 tabletek. Większość tabletek w Wielkiej Brytanii zawierała również TFMPP. Tabletki te miały logo „Mitsubishi” lub „Uśmiechniętej twarzy” i były rozprowadzane jako tabletki ekstazy. BZP bardzo często jest mieszana z innymi pochodnymi piperazyny, takimi jak TFMPP, mCPP, pMeOPP lub DBZP. Zdarza się również, że BZP jest dodatkiem do MDMA i wykrywana jest w typowych tabletkach ekstazy. Najczęściej dodatkiem do BZP jest TFMPP. Jak wynika z badań przeprowadzonych w Londynie, w tabletkach dostępnych przez Internet [Fot.3] zawartość BZP w tabletkce wynosi 28-133 mg a TFMPP 4-72 mg.

## Zagrożenie dla zdrowia

BZP jest stymulantem centralnego układu nerwowego. Jako działanie uboczne wywołuje częstokurcz serca oraz nadciśnienie.

Działanie BZP jest podobne do działania amfetaminy, ale około 10-krotnie słabsze. Campbell i inni (1973) stwierdzili, że osoby uzależnione od amfetaminy nie są w stanie rozróżnić efektów działania, jeśli otrzymają równoważną dawkę BZP i amfetaminy. Badania Baumana i innych (2005) wykazały, że mieszanina BZP i TFMPP wykazuje podobne działanie

<sup>1</sup> Zdjęcia pochodzą z „Europol-EMCDDA Joint Report on a new psychoactive substance: 1-benzylpiperazine (BZP)”



jak MDMA. Prawdopodobnie dlatego bardzo często tego typu mieszanina znajduje się w tabletkach przypominających tabletki ekstazy. Dawka BZP o masie 100 mg wywołuje efekt biologiczny w czasie 6-8 godzin. Przy dawkach pomiędzy 75 mg a 150 mg powoduje pobudzenie, euforię, zwiększa czujność, poprawia samopoczucie i powoduje samozadowolenie. Użytkownicy opisują jednak często różne negatywne efekty, takie jak: poczucie niepokoju, wymioty, bóle głowy, kłopoty ze snem, palpacje serca, dezorientację oraz poczucie załamania. Efekty uboczne obejmują również zmniejszenie żrenic, suchość w gardle oraz problemy z oddawaniem moczu. BZP wywołuje też uczucie kaca, które może trwać do 24 godzin.

W Nowej Zelandii, gdzie historia zażywania BZP jest najdłuższa, przeprowadzono ankietę wśród ponad 2000 jej użytkowników w wieku od 13 do 45 lat. Respondenci wskazywali na takie psychoemocjonalne nieprzyjemne doznania po BZP jak problemy ze snem (50,4%), ogólne osłabienie (18,4%), „czarne” myśli (15,6%), zmienność nastroju (14,8%), dezorientację (12,1%) i rozdrażnienie (11,4%). Najczęstsze problemy fizyczne to słaby apetyt (41,1%), uderzenia fal ciepła i zimna (30,6%), nadmierne pocenie (23,4%), mdłości (22,2%), bóle głowy (21,9%) oraz drżenie mięśni i dreszcze (18,4%).

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki, należy stwierdzić, że BZP ma bardzo wąski margines bezpiecznego zażywania i w zależności od uwarunkowań genetycznych i osobowych może wywoływać wiele negatywnych skutków. Ze względu na postać w jakiej BZP jest dostępna (tabletki lub proszek) może być ona zażywana doustnie, wdychana przez nos lub wstrzykiwana. Badania prowadzone w Nowej Zelandii od roku 2000 wskazują, że prawie w 100% BZP jest zażywana doustnie, tylko jedna z badanych osób wskazała na iniekcję. W Europie historia zażywania BZP zaczęła się w roku 1999, a nasiliła od połowy roku

2004. W okresie tym nie stwierdzono udokumentowanych zgonów spowodowanych BZP. W kilkunastu przypadkach pośmiertnie wykryto BZP we krwi lub moczu, lecz zawsze stwierdzano obecność również innych substancji psychotropowych lub środków odurzających. Nie ma w tej chwili jednoznacznych dowodów na to, że BZP może powodować zgon.

## Potencjalni użytkownicy BZP

Tabletki BZP są znane użytkownikom jako legalne „tabletki prywatkowe”, które można kupić przez Internet i których skład jest wiadomy. Jednak w ostatnim

czasie coraz częściej pojawiają się tabletki ekstazy, które zawierają mieszaninę MDMA i pochodnych BZP lub mieszaninę BZP i jej pochodnych. Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania można stwierdzić, że potencjalnymi użytkownikami BZP są te same osoby, które zażywają ekstazy. A więc młodzi ludzie w wieku 15-24 lata, głównie mężczyźni pochodzący z dużych miast i często spędzający czas w pubach i na dyskotekach.

Jedynie ogólnopopulacyjne badania dotyczą Nowej Zelandii, gdzie pochodne piperazyny są szczególnie popularne. Wśród ponad 2000 respondentów w wieku 13-45 lat 20,3% zażywało tabletki

z BZP co najmniej raz w życiu, zaś 15,3% zażywało je w ostatnim roku. Przy czym aż 33,9% młodych ludzi w wieku 18-24 lata przyznaje się do zażywania tabletek w ostatnim roku. Po BZP zdecydowanie częściej sięgają mężczyźni niż kobiety np. w grupie wiekowej 20-24 lata 48,5% mężczyzn i 27,9% kobiet, w grupie 30-34 – latków odpowiednio 15,4% i 6,6%.

## Podsumowanie

1. BZP po raz pierwszy pojawiła się na europejskim rynku narkotykowym w 1999 roku. Zagrożenie

*Dawka BZP o masie 100 mg wywołuje efekt biologiczny w czasie 6-8 godzin. Przy dawkach pomiędzy 75 mg a 150 mg powoduje pobudzenie, euforię, zwiększa czujność, poprawia samopoczucie i powoduje samozadowolenie. Użytkownicy opisują jednak często różne negatywne efekty takie jak: poczucie niepokoju, wymioty, bóle głowy, kłopoty ze snem, palpacje serca, dezorientację oraz poczucie załamania. Efekty uboczne obejmują również zmniejszenie żrenic, suchość w gardle oraz problemy z oddawaniem moczu. BZP wywołuje też uczucie kaca, które może trwać do 24 godzin.*

z jej strony – jako narkotyku rekreacyjnego – było niewielkie aż do połowy 2004 roku. W okresie ostatnich dwóch lat nasiliła się agresywna reklama różnych „detalistów” (zwłaszcza w Internecie) wskazujących na BZP jako legalną alternatywę tabletek ekstazy. W reklamach tych często mówi się, że tabletki te są pochodzenia naturalnego lub ziołowego, co nie jest prawdą, gdyż BZP jest substancją syntetyczną. W chwili obecnej tabletki zawierające BZP i jej pochodne coraz częściej rozprowadzane są na nielegalnym rynku narkotykowym jako tabletki ekstazy.

2. W Europie konfiskaty tabletek BZP odnotowano w 13 państwach członkowskich UE oraz w Norwegii.
3. Grupy przestępcze są zaangażowane w handel i dystrybucję BZP. Ze względu na łatwość dostępu do legalnie produkowanej BZP nie ma danych mówiących o produkcji tej substancji przez grupy przestępcze. Do tej pory odkryto tylko jedno niewielkie nielegalne laboratorium produkujące BZP.
4. Reklama działania psychoaktywnego BZP (oraz jego działania jako podobnego do ekstazy po zmieszaniu z TFMPP), może spowodować powstanie rynku użytkowników pochodnych BZP. Zwłaszcza, że tabletki zawierające pochodne BZP reklamowane są w Internecie jako legalna alternatywa ekstazy.
5. BZP nie ma zastosowań medycznych, nie jest też wykorzystywana do produkcji leków.
6. Potencjalne zagrożenie rozwojem rynku tabletek BZP jest bardzo duże. Ze względu na charakterystykę jej działania na organizm oraz toksyczność (zwłaszcza krótkoterminową) EMCDDA rozpoczęło analizę ryzyka dla tej substancji, co w konsekwencji może doprowadzić do wprowadzenia jej na listy substancji kontrolowanych.

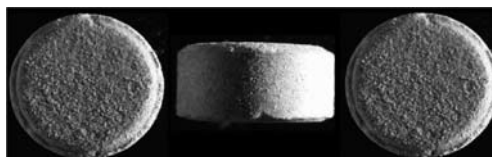
## Bibliografia

Campbell H, Cline W, Evans M, Lloyd J, Peck AW. Comparison of the effects of dexamphetamine and 1-benzylpiperazine in former addicts. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1973; 6: 170-176.

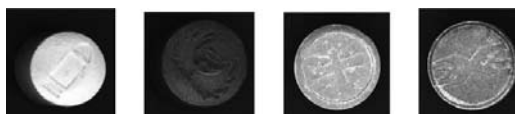
Bauman M, Clark RD, Budzynski AG, et al. N-substituted piperazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA or “Ecstasy”). *Neuropsychopharmacology*.2005; 30: 550-560.

## Fotografie

Fot.1. Tabletki skonfiskowane:

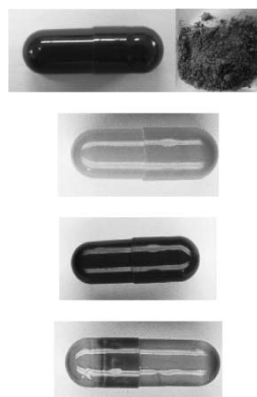


a. w Danii zawierające mieszaninę BZP, MeOPP i TFMPP;

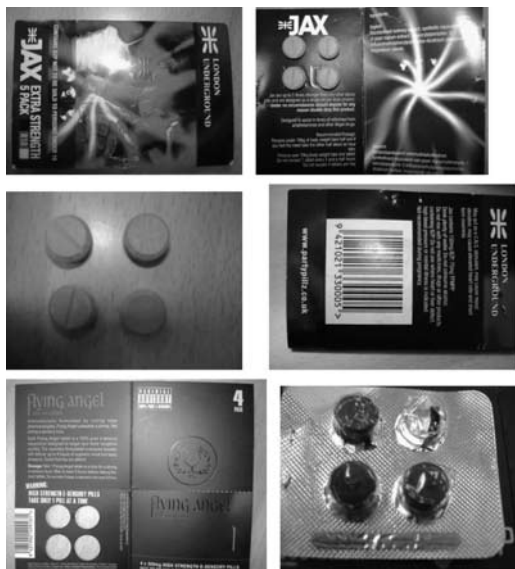


b. w Oceanii zawierające BZP

Fot.2. Kapsułki zawierające BZP.



Fot.3. Tabletki zawierające BZP dostępne przez Internet.



*„Potrzebę ograniczenia przestępstw związanych z narkotykami uznaje się obecnie za ważny cel polityczny w Europie. Przyjęcie jednoznacznej definicji przestępstwa związanego z narkotykami jest pierwszym niezbędnym warunkiem opracowania metodologii koniecznej do oceny nie tylko prawdziwej skali tego problemu, lecz również wpływu naszych polityk i działań” – stwierdza Marcel Reimen, przewodniczący Zarządu EMCDDA.*

# PRZESTĘPSTWA ZWIĄZANE Z NARKOTYKAMI. PRÓBA ZDEFINIOWANIA ZJAWISKA

*Marta Struzik*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Problematyka przestępczości związanej z narkotykami zajmuje istotne miejsce w programie polityki europejskiej. Zgodnie z obecną strategią antynarkotykową Unii Europejskiej jest to kluczowy obszar działań na rzecz bezpieczeństwa społecznego. Aktywność nr 25.1 Antynarkotykowego Planu Działania UE 2005–2008 przewiduje przyjęcie przez Radę w 2007 roku wspólnej definicji „przestępstwa związanego z narkotykami” na podstawie projektu Komisji, wykorzystującego dostępne wyniki badań, które przedstawi Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA 2006). Ustalenie ram pojęciowych zjawiska oraz opracowanie wspólnej, jasnej definicji jest konieczne do oszacowania skali problemu oraz skuteczności podejmowanych działań interwencyjnych. Dokonując próby zdefiniowania tak złożonego zjawiska, jakim jest zależność między narkotykami i przestępczością, należy brać pod uwagę, iż każda z definicji będzie stanowić swoiste uproszczenie. Definiowana zależność nie jest ani prosta, ani liniowa, lecz może mieć charakter dynamiczny, zmienny w czasie, nawet w przypadku tej samej osoby. Proponuje się jednak pewne modele teoretyczne objaśniające związek narkotyki–przestępczość: przestępstwo prowadzi do narkotyków; narkotyki prowadzą do przestępstwa; narkotyki i przestępstwo są skorelowane poprzez współwystępowanie; wiele innych zmiennych wpływa na narkotyki i przestępstwa, które wywodzą się z tego samego źródła. Chociaż dotychczas w UE nie przyjęto wspólnej definicji zjawiska, uważa się, że pojęcie to obejmuje przestępstwa popełnione pod wpływem narkotyków, przestępstwa popełnione w celu zdobycia środków finansowych na zakup narkotyków,

przestępstwa popełnione w kontekście funkcjonowania nielegalnych rynków narkotykowych oraz przypadki naruszenia prawa antynarkotykowego (EMCDDA 2006). Rutynowe dane dostępne są w UE jedynie w odniesieniu do przypadków naruszenia prawa antynarkotykowego. Prowadzone badania naukowe odwołują się coraz częściej do koncepcji trójstronnych ram pojęciowych Goldsteina.

Termin „przestępstwo związane z narkotykami” uwzględnia cztery rodzaje przestępstw (Carpentier 2007 w druku):

- **przestępstwa psychofarmakologiczne**, popełniane pod wpływem substancji psychoaktywnej, w wyniku przyjęcia dużej dawki substancji lub długotrwałego jej zażywania;
- **kompulsywne przestępstwa o charakterze ekonomicznym**, popełniane w celu zdobycia pieniędzy (lub narkotyków) dla zaspokojenia głodu narkotykowego;
- **przestępstwa o charakterze ogólnym**, popełniane w ramach funkcjonowania rynku narkotyków nielegalnych jako część interesów związanych z zaopatrzeniem w narkotyki, ich dystrybucją oraz zażywaniem;
- **przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu**, popełniane przeciwko przepisom antynarkotykowym (oraz innym przepisom powiązanym).

## Przestępstwa psychofarmakologiczne

Model psychofarmakologiczny zakłada, iż zażycie dużej dawki substancji psychoaktywnej lub długo-



trwale używanie narkotyku może powodować agresję i przemoc. Ponadto skutki użycia narkotyków mogą objawiać się m.in. pobudliwością, drażliwością, lękami, rozhamowaniem, silnymi zmianami nastrojów, zaburzeniami kognytywnymi i ograniczoną zdolnością oceny sytuacji. Wszystkie powyższe okoliczności mogą prowadzić do zachowań przestępczych. Jednocześnie do tej kategorii trzeba również zaliczyć przestępstwa będące wynikiem zażywania narkotyków przez ofiary przestępstwa, takie jak napaść seksualna, popełniona, gdy ofiara jest pod wpływem substancji psychoaktywnej oraz kradzieże czy rozboje, które stają się możliwe, gdy ofiara traci sprawność z powodu zażycia narkotyków. Nie można jednoznacznie stwierdzić, które substancje psychoaktywne mają uniwersalne właściwości kryminogenne, ponieważ zachowanie człowieka pod wpływem narkotyków jest uwarunkowane zarówno indywidualnie, jak i środowiskowo. Badania wykazują jednak istotny wpływ narkotyków (począwszy od środków stymulujących po opiaty i środki uspokajające) na nasilenie zachowań gwałtownych, często prowadzących do czynów przestępczych.

### **Kompulsywne przestępstwa o charakterze ekonomicznym**

Czyny przestępcze popełniane są często w celu uzyskania środków finansowych potrzebnych na zaspokojenie głodu narkotykowego. W ramach tych działań mogą występować takie przestępstwa jak: sprzedaż narkotyków lub prostytutka (w przypadku gdy są niezgodne z prawem), przestępstwa związane z kradzieżą (np. kradzież sklepową, rozbój, kradzież z włamaniem), a także fałszowanie recept i włamania do aptek przez osoby uzależnione od narkotyków. Podczas gdy określenie „kompulsywny” wskazuje, że konieczny jest pewien stan uzależnienia, to sprawcami w tej kategorii są wszyscy, którzy muszą finansować zażywanie narkotyków za pomocą nielegalnych dochodów. Obraz tych przestępstw jest jednak w dużej mierze uwarunkowany wzorem używania substancji, sytuacją społeczno-ekonomiczną oraz stylem życia osoby.

### **Przestępstwa o charakterze ogólnym**

Przypadki przestępstw o charakterze ogólnym dotyczą głównie czynów z użyciem przemocy (np. napady,

zabójstwa), występujących w ramach funkcjonowania rynku nielegalnych narkotyków i związanych ze sprzedażą, dystrybucją oraz zażywaniem tych substancji. Przemoc jest bowiem stosowanym narzędziem kontroli, szczególnie w sytuacjach takich jak: spory o terytorium, kary za oszustwo, inkasowanie należności i starcia z policją. Przestępstwa o charakterze ogólnym mogą obejmować także korupcję w przedsiębiorstwach, administracji rządowej, systemach bankowych. Warto zauważyć, iż może zaistnieć efekt wzajemnego wzmocnienia między działalnością przestępczą a zażywaniem narkotyków: osoby związane z subkulturą przestępczą są w większym stopniu zagrożone problemami narkotykowymi, natomiast osoby problemowo zażywające narkotyki są bardziej zagrożone zaangażowaniem się w działalność przestępczą.

### **Przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu**

Przestępstwa przeciwko prawu antynarkotykowemu obejmują przypadki naruszenia przepisów dotyczących narkotyków, jak zażywanie, posiadanie, uprawa, produkcja, handel narkotykami i ich prekursorami oraz przestępstwa związane z kierowaniem pojazdami pod wpływem narkotyków. Związek między narkotykami i przestępczością w tym przypadku wynika z definicji przyjętej w przepisach prawnych, a nie z wpływu jednego zachowania na drugie. Podstawą warunkującą zaistnienie tego typu przestępstw jest bowiem zakaz dotyczący grupy nielegalnych substancji psychoaktywnych. Do tej pory badania nad związkiem pomiędzy zażywaniem narkotyków/handlem narkotykami i przestępczością przeprowadzono głównie w Stanach Zjednoczonych, a próbą badawczą były najczęściej populacje osób przebywających w odosobnieniu (leczenie odwykowe, areszt). Stąd też dokonane analizy schematów łamania prawa ukazują ograniczony obraz złożonych zależności między narkotykami a przestępczością w całej populacji. Podejmowano próby oszacowania liczby przestępstw związanych z narkotykami, co okazało się bardzo trudne z uwagi na fakt, iż wiele z nich nie zostaje zarejestrowanych, a oficjalne dane statystyczne w sposób niepełny oddają skalę problemu. Podsumowując, należy zaznaczyć, że wprowadzone kategorie i modele teoretyczne przestępstw związanych z narkotykami mogą wzajemnie się pokrywać. Podział ten jednak



umożliwia dokonanie konceptualizacji przestępstw związanych z narkotykami i ułatwia przeprowadzenie porównań.

## Wnioski

Aby skutecznie zwalczać przestępstwa związane z narkotykami, należy dobrać metody złożone, zróżnicowane i właściwie ukierunkowane. Wynika to z tego, że okoliczności, w jakich osoby używają narkotyków i naruszają prawo, charakteryzują się dużą różnorodnością. Jednakże znajomość powiązań między narkotykami i przestępczością umożliwi stosowną reakcję społeczeństwa. Konieczne zatem wydaje się wspieranie badań nad związkiem narkotyków i przestępczości oraz jego różnych przejawów w Europie. Stajemy bowiem w obliczu konieczności opracowania rzetelnej metodologii, która umożliwi ocenę skali, schematy i tendencje występujące w przestępstwach związanych z narkotykami. Powyższe badania należy przeprowadzać na poziomie krajowym, aby oszacować społeczne koszty narkotyków.

Ponadto metodologia szacowania przestępstw związanych z narkotykami pomoże w doskonaleniu oceny skutków działań nastawionych na ograniczenie tego rodzaju przestępstw zarówno w zakresie zmniejszania popytu na narkotyki (profilaktyka, leczenie, ograniczanie szkód zdrowotnych), jak i zapobiegania/zwalczania przestępczości (Carpentier 2007 w druku).

## Polska rzeczywistość

W Polsce przestępstwa związane z narkotykami dzieli się na dwie zasadnicze grupy (Komenda Główna Policji 2002):

- pospolite przestępstwa kryminalne przewidziane w kodeksie karnym i innych ustawach karnych

(np. rozboje, kradzieże, w tym także z włamaniem, fałszerstwa);

- przestępstwa określone w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, polegające np. na nielegalnej produkcji, przemycie, wprowadzaniu do obrotu i posiadaniu środków odurzających i psychotropowych, a także prowadzeniu niedozwolonych upraw roślin, które służą do produkcji narkotyków.

Policyjne dane dotyczące przestępstw narkotykowych pochodzą przede

wszystkim z systemu TEMIDA. Podstawowymi jednostkami statystycznymi, jakimi posługuje się policja, są podejrzani, postępowania wszczęte i przestępstwa stwierdzone (Malczewski 2006). Zwalczaniem przestępczości związanej z narkotykami, zwłaszcza zaś podejmowaniem działań operacyjno-rozpoznawczych, zajmuje się oprócz policji jeszcze kilka służb państwowych: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Straż Graniczna, Generalny Inspektorat Celny, Żandarmeria Wojskowa (Malczewski 2006). W tym miejscu należy podkreślić, że ujawnialność przestępstw narkotykowych wymaga pod-

*Problematyka przestępczości związanej z narkotykami zajmuje istotne miejsce w programie polityki europejskiej. Zgodnie z obecną strategią antynarkotykową Unii Europejskiej jest to kluczowy obszar działań na rzecz bezpieczeństwa społecznego. Przestępstwa związane z narkotykami dzielimy na: przestępstwa psychofarmakologiczne, kompulsywne przestępstwa o charakterze ekonomicznym, przestępstwa o charakterze ogólnym oraz przeciwko prawu antynarkotykowemu.*

jęcia systemowych działań. Bardzo rzadko mamy bowiem do czynienia z zawiadomieniem o popełnieniu tego rodzaju przestępstwa. Obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. Nr 179, poz. 1485) zawiera uregulowania dotyczące przestępstw związanych z narkotykami. Zapisy ustawowe odnoszą się do poszczególnych kategorii przestępczości i obejmują przestępstwa przeciwko postanowieniom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Jedną z powracających, kluczowych kwestii w historii wprowadzania tej ustawy, był problem karalności za posiadanie narkotyków w niewielkiej ilości na własny użytek. Problem ten poddawany był publicznej dyskusji i stanowi nadal przedmiot społecznej debaty. Zapisy prawne dotyczące okoliczności posiadania niewielkiej ilości narkotyków na własny

użytek ulegały zmianie na przestrzeni ostatnich lat. W związku z narastającym w latach 80. problemem nadużywania narkotyków, w roku 1985 przyjęto pierwszą ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii. W latach 90., w okresie transformacji, obserwowano dalszy dynamiczny wzrost problemu narkomanii. Uchwalona zatem została ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 roku (Dz.U. Nr 24, poz. 198), w której jeden z istotnych zapisów głosił, że posiadanie nieznacznych ilości wszelkich narkotyków na własny użytek stanowi okoliczność wyłączającą karalność. Ustawa ta wprowadziła jednak przepis o dopuszczalności stosowania leczenia, umożliwiając zawieszenie przez prokuratora postępowania przygotowawczego toczącego się wobec osoby uzależnionej, jeśli ta podda się leczeniu odwykowemu. Po zakończeniu leczenia prokurator, uwzględniając jego wyniki, albo prowadził postępowanie dalej, albo występował do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie. Po trzech latach obowiązywania ustawy, dokonano jej nowelizacji (por. ustawa z dnia 26 października 2000 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) (Bielecki 2004). Zmiany w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w 2000 i 2001 roku dotyczyły kryminalizacji posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek. 4 października 2005 roku weszła w życie nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, uchwalona 29 lipca 2005 roku, która została ogłoszona w Dzienniku Ustaw Nr 179 z dnia 19.09.2005 roku. Ustawa utrzymuje zapis o karalności za posiadanie narkotyków, jednocześnie umożliwiając zawieszenie postępowania prokuratury w przypadku osób, które poddadzą się leczeniu. Jeśli osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie przestępstwa, podda się leczeniu odwykowemu w zakładzie opieki zdrowotnej, prokurator będzie mógł zawiesić postępowanie na czas leczenia, a po jego zakończeniu podjąć decyzję o dalszym prowadzeniu postępowania lub jego warunkowym umorzeniu (psychologia.net.pl z dn. 28.06.2007). Z uwagi na obowiązek dostosowania do wymogów Unii Europejskiej przepisów prawa karnego dotyczących zwalczania nielegalnego handlu narkotykami, w roku 2006 dokonano zmian w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie karalności za przestępstwa związane z narkotykami (por. ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary – Dz.U. Nr 120, poz. 826).

Ustawa zmierza do implementacji postanowień ustanawiających minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego obrotu narkotykami (senat.gov.pl z dn. 31.07.2007 roku). Nowelizacja podwyższa odpowiedzialność karną za niektóre typy przestępstw dotyczących obrotu znaczną ilością środków odurzających lub substancji psychotropowych do 8 lat pozbawienia wolności. Utrzymany został zapis o podleganiu karze pozbawienia wolności do lat 3 za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych. Posiadanie znacznej ilości powyższych substancji wcześniej podlegało grzywnie i karze pozbawienia wolności do lat 5. Obecnie czyn ten podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Zmiany dotyczą również karalności za udzielanie lub nakłanianie osoby małoletniej do użycia środka odurzającego bądź substancji psychotropowej oraz udzielanie substancji innej osobie w znacznych ilościach. Ponadto nowe uregulowanie prawne penalizuje uprawę krzewu koki, określa także działanie przestępcze polegające na „wprowadzaniu do obrotu” prekursorów narkotyków.

## Bibliografia

- Bielecki Z., „Zwalczanie czy legalizacja?”, *Gazeta Policyjna* Rok XV/ Nr 39/17 X, 2004.
- Carpentier Ch., „Narkotyki a przestępczość – złożona zależność”, *Narkotyki w zbliżeniu* nr 2/2007, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnoty Europejskiej EMCDDA (w druku).
- EMCDDA, „EU Drugs Action Plan 2005–2008 – EMCDDA Thematic Paper 2007 – Objective 25.
- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2006. Stan problemu narkotykowego w Europie, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2006.
- Malczewski A., „Przestępczość narkotykowa oraz działania instytucji zaangażowanych w redukcję podaży”, *Serwis Informacyjny Narkomania* nr 3 (34) 2006.
- Opinia do ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary, <http://www.senat.gov.pl/k6/dok/opinia/2006/011/142.pdf> z dn. 31.07.2007 r.
- Psychologia.net.pl z dn. 28.06.2007 <http://psychologia.net.pl/serwis.php?level=2,145>
- Stochmal S., Borkowski M., Sabatowski S., Krawczyk W., Woć L., „Przestępczość narkotykowa w Polsce w roku 2001”, Komenda Główna Policji, Warszawa 2002.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 179, poz. 1485), [http://www.narkomania.gov.pl/ustawa\\_new.html](http://www.narkomania.gov.pl/ustawa_new.html).
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 120, poz. 826), <http://www.narkomania.gov.pl/poz826.htm>.

*Aby strategie przeciwdziałania narkomanii były skuteczne, powinny być przede wszystkim adekwatne: opierać się na diagnozie sytuacji i aktualnych wynikach badań, a także wykorzystywać narzędzia odpowiednie dla konkretnej grupy odbiorców. Kierując ofertę profilaktyczną oraz terapeutyczną do ludzi młodych, warto posłużyć się Internetem.*

## NOWE MEDIA W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ

Agnieszka Kolbowska, Agata Kręt  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wspieranie inicjatyw w zakresie profilaktyki, w szczególności mających charakter nowatorski, adresowanych do różnych grup docelowych, przede wszystkim do dzieci i młodzieży zagrożonej narkomanią jest, zgodnie z Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, jednym ze sposobów realizacji głównego celu profilaktyki: zahamowania tempa wzrostu popytu na narkotyki. Ustanowienie, rozwój i ulepszanie selektywnej profilaktyki i nowych sposobów docierania do grup docelowych, np. poprzez wykorzystanie nowych mediów i technik informacyjnych, jest ponadto elementem strategii ograniczania popytu na narkotyki zgodnie z Planem Działania UE w zakresie narkotyków (2005–2008).

Aby wykorzystywane strategie przeciwdziałania narkomanii były skuteczne, muszą być przede wszystkim adekwatne: opierać się na lokalnej diagnozie, aktualnych wynikach badań, wykorzystywać dostępne metody oraz być dostosowane do grupy odbiorców. Nowatorstwo zakłada elastyczność i twórcze podejście wobec zmieniających się potrzeb odbiorców programów i możliwości reagowania.

Współcześnie ważnym źródłem informacji o narkotykach i narkomanii, z którego czerpią dzieci i młodzież, jest Internet. Odpowiednie serwisy internetowe nie tylko podnoszą poziom wiedzy, ale również zapewniają ofertę pomocową.

Głównym atutem poradni internetowych jest ich łatwy dostęp. Większość młodzieży swobodnie posługuje się komputerem i bez trudu może korzystać z takiej oferty. Ponadto Internet jest medium, które wspaniale trafia do młodych odbiorców – jest przyjaznym, znajomym narzędziem. Poza tym, należy docenić fakt, że z poradnictwa internetowego młodzież może korzystać samodzielnie, bez wsparcia lub kontroli dorosłych.

Zaprezentujemy Czytelnikom trzy programy wykorzystujące Internet. Program „Quit the shit” jest częścią niemieckiego serwisu Drugcom. Jest to konkretna oferta pomocowa – pięćdziesięciodniowy program, opierający się na prowadzonym przez uczestników dzienniczku, otrzymywanej na jego podstawie informacji zwrotnej od terapeuty oraz rozmowach z terapeutą na czacie<sup>1</sup>. Drugą propozycją jest brytyjski serwis internetowy „Talk to Frank”. Strona, wykorzystując techniki interaktywne, oferuje informacje, pomoc i wsparcie. Na koniec zaprezentujemy stronę Instytutu Jellinka

z Holandii, na której można zrobić test diagnozujący stopień uzależnienia od wybranych substancji psychoaktywnych.

*Głównym atutem poradni internetowych jest ich łatwy dostęp. Większość młodzieży swobodnie posługuje się komputerem i bez trudu może korzystać z takiej oferty. Ponadto Internet jest medium, które wspaniale trafia do młodych odbiorców – jest przyjaznym, znajomym narzędziem. Poza tym, należy docenić fakt, że z poradnictwa internetowego młodzież może korzystać samodzielnie, bez wsparcia lub kontroli dorosłych.*

<sup>1</sup> Czat, czatowanie – rodzaj internetowej pogawędki; jedna ze stron rozmowy pisze swoją kwestię lub zadaje pytanie, a druga na bieżąco odpowiada.



## „Quit the shit”

Program „Quit the shit” (tłum. „Rzuć to g...”) znajduje się w serwisie internetowym Drugcom (<http://www.drugcom.de>) i jest dostępny w języku niemieckim (rys.1). Jest przeznaczony dla problemowych użytkowników konopi indyjskich oraz uzależnionej od marihuany młodzieży i młodych dorosłych. Celem programu jest ograniczenie używania lub abstynencja od narkotyków. Program opiera się na prowadzonym w sieci dzienniczku. Rejestrowane są w nim wszelkie aspekty życia związane z używaniem narkotyku, takie jak częstotliwość, ilość, okoliczności towarzyszące czy motyw. Drugim elementem programu jest otrzymywana cotygodniowo przez Internet informacja zwrotna od specjalistów terapii dotycząca wyników

**Rysunek 1. Serwis dla młodzieży i młodych dorosłych uzależnionych od przetworów konopi.**



Źródło: <http://www.drugcom.de>

automonitoringu prowadzonego przez uczestnika. Mocną stroną takiej krótkiej interwencji jest, oprócz ograniczonego wymiaru czasowego, również zorientowanie uczestnika na cel.

Metodę, na której opiera się program, można określić jako wywiad motywacyjny. Terapeuta jest reagującym z empatią pośrednikiem. Program podnosi poczucie własnej skuteczności uczestników i zachęca ich do wzięcia odpowiedzialności za samego siebie. Jest alternatywą dla aktualnej sytuacji w postaci strategii radzenia sobie lub wprowadzania zmian, daje informacje zwrotne i jest źródłem przydatnych wskazówek i rekomendacji.

Osoby, które chcą skorzystać z programu, mogą się zapoznać z podstawowymi informacjami na temat uzależnienia i sposobów ograniczenia palenia lub zerwania z nałogiem. Ponieważ różne są cele uczestników

programu, ta część serwisu nie jest elementem indywidualnego poradnictwa, lecz ogólnym przewodnikiem dla osób zainteresowanych. Podstrona „Uzależnienie od konopi” opisuje krótko czynniki ryzyka powstania psychicznego uzależnienia. Wymienia się psychospołeczne uwarunkowania (z możliwością skorzystania z linku na ten temat), wiek konsumenta oraz wzorzec użytkownika (z odsyłaczem do odpowiedniej strony). Na podstronie zatytułowanej „Zmiana zachowań konsumenckich” dowiadujemy się, że używanie, tak jak wszystkie nabyte przyzwyczajenia, można zmienić lub nauczyć się je kontrolować. Proces nabywania takich umiejętności podzielony jest na stadia: przygotowanie – podjęcie decyzji, zbieranie informacji na temat możliwości walki z uzależnieniem, działanie – wprowadzenie zamiaru w czyn, podtrzymanie – gdzie nie wystarczy sama siła woli, ale konieczne jest opanowanie strategii kontroli i w końcu dostrajanie – wypracowanie strategii zapobiegających powrotom do starych przyzwyczajęń.

Część „Początek” przedstawia kroki, które należy podjąć, gdy ma się poczucie utraty kontroli nad nałogiem. Wyznaczenie celu jest wymienione na pierwszym miejscu, z zastrzeżeniem, że cele powinny być precyzyjne. Chęć *ograniczenia nałogu* brzmi zbyt ogólnie, dlatego rekomendowane jest doprecyzowanie, np. będę brał tylko w trakcie weekendów. Kolejny krok to, dla osób chcących całkowicie zerwać z nałogiem, pozbycie się wszystkich instrumentów i zapasów narkotyku. Im mniej pokus i mniej w otoczeniu rzeczy przywołujących na myśl branie, tym większe szanse powodzenia. Trzecia rada to trzymać się z daleka od innych narkotyków, lekarstw, alkoholu, którymi można kompensować ograniczenie spożywania przetworów konopi. Stosowanie środków zastępczych, mimo że ogranicza używanie konopi, nie zmienia zachowań konsumenckich. Po czwarte, wiele osób cierpi po odstawieniu konopi na problemy z zasypianiem. Należy wtedy ograniczyć spożycie stymulantów – kawy, herbaty, papierosów. Konsumenci mający długą i intensywną historię zażywania, muszą się liczyć z symptomami odstawiennymi. Kolejny, piąty krok, to właśnie gotowość na nieprzyjemne doznania związane z odstawieniem narkotyku. Ostatni krok stanowi poznanie strategii i sposobów utrzymania wprowadzonych zmian, gdyż wyznaczenie celów i silna wola nie gwarantują jeszcze sukcesu.



Na następnej stronie możemy poznać szczegóły dotyczące symptomów odstawiennych, na kolejnej rady, jak walczyć z głodem narkotykowym.

W dalszej kolejności odwiedzamy część serwisu zatytułowaną „Droga”. Pierwsza strona zapoznaje internautę z sytuacjami zagrażającymi, które mogą przyczynić się do powrotu do nałogu. Podzielono je na trzy kategorie: negatywne emocje, presja otoczenia i konflikty. Inna strona podpowiada, jak sobie radzić z tymi sytuacjami – kluczem jest właściwe rozpoznanie sytuacji. W pierwszych tygodniach zaleca się unikanie sytuacji ryzykownych, ale nie jest to długoterminowa strategia i należy przygotować się na zmierzenie się z głodem narkotykowym. Gdy nie możemy uniknąć sytuacji, w których pojawi się pokusa, należy mieć przygotowany plan postępowania w danych okolicznościach. W walce ze starymi przyzwyczajeniami przydają się czynniki rozpraszające i odciągające naszą uwagę od nałogu.

Na kolejnej stronie poznajemy pomocne strategie. Osobom, które chcą ograniczyć nałóg, proponowana jest jedno-, dwutygodniowa abstynencja. Odzwyczajają ona organizm od narkotyku i pozwala nabrać dystansu do nałogu. Ograniczanie konsumpcji można planować wskazując konkretne dni tygodnia, kiedy palenie jest dozwolone, ustalając liczbę dozwolonych jointów lub godziny, przed którą nie można brać. Kolejną strategią jest niekupowanie zbyt dużej ilości narkotyku. Następny pomysł to prowadzenie regularnych zapisków. Internauci mają dostęp do przykładowego dzienniczka prowadzonego w pięćdziesięciodniowym programie „Quit the shit”. Poza tym, zaleca się zewnętrzne wsparcie, najlepiej przyjaciół, którzy nie mają problemu z narkotykami. Oprócz tego, należy siebie nagradzać za osiągnięte sukcesy. Za tydzień bez brania można z zaoszczędzonych w ten sposób pieniędzy coś sobie kupić (byle nie jointa).

Na następnej stronie dostaniemy parę prostych wskazówek, jak w stanowczy sposób mówić „nie.” Gdy pada propozycja, duże znaczenie ma nasz ton głosu i kontakt wzrokowy. Gdy odmawiamy, możemy zmienić temat lub zaproponować inną rozrywkę w celu zduszenia w zarodku dyskusji dotyczącej naszej decyzji. Przy kolejnej propozycji trzeba stanowczo powiedzieć, że naleganie jest bezcelowe, bo właśnie nie bierzemy lub zdecydowanie ograniczamy branie. Nie należy mieć poczucia winy, tłumaczyć się lub przepraszać, przecież mamy prawo nie brać.

Kolejna strona zawiera propozycje wypełnienia sobie wolnego czasu – znalezienia alternatyw dla palenia, które odciągną nasze myśli od narkotyku i wypełnią lukę, jaką pozostawił po sobie nałóg. Zalecane jest towarzystwo przyjaciół i relaks, np. hobby, urlop i sport. Ostatnia strona omawia przypadek, gdy mimo starań powrócimy do starych nawyków. Można taką sytuację wykorzystać do analizy własnego nałogu i polepszenia strategii w walce z nim. Jaka sytuacja przyczyniła się do powrotu do brania? Jakie towarzyszyły temu emocje? Jaka była główna przyczyna? Odpowiadając na te pytania, można precyzyjniej określić indywidualne sytuacje zagrażające, najlepiej sprawdzające się strategie, lepiej dopasować cel i metody do indywidualnych potrzeb i możliwości.

Ten przewodnik dotyczący zmagania z nałogiem przygotowuje internautę do uczestnictwa w programie, który opiera się na transteoretycznym modelu pięciu etapów. Decyzję o uczestnictwie w programie poprzedza okres „przedkontemplacyjny”. Następną fazą jest przygotowanie, potem działanie, aż w końcu podtrzymanie.

Pierwszym krokiem udziału w programie jest rejestracja i pierwsza rozmowa o motywacji. Następnie uczestnik otrzymuje i akceptuje warunki udziału (między innymi o ochronie danych osobowych) w przedsięwzięciu. Po wyborze pseudonimu następuje wywiad dotyczący nałogu: częstotliwości, ilości, powodów konsumpcji, wieku w momencie pierwszego kontaktu z narkotykami, szkód zdrowotnych oraz samooceny nałogu. Zbierane są także ogólne informacje na temat wieku, płci, wykształcenia, statusu zawodowego czy sytuacji mieszkaniowej. Po wywiadzie uczestnik umawia się z internetowym terapeutą na „rozmowę w cztery oczy”. W trakcie 30–40-minutowej rozmowy na czacie ustalany jest osobisty cel uczestnika programu.

Podstawą programu jest prowadzenie dzienniczka. Powinny się w nim znaleźć codzienne raporty z używania, jeśli możliwe z krótkim opisem: czas, ilość i rodzaj, okoliczności (w pojedynkę czy w towarzystwie) oraz powód konsumpcji. Oprócz raportu z kontaktu z narkotykiem, opisywany jest krótko przebieg dnia. Zapiski są materiałem, na podstawie którego terapeuta co tydzień udziela uczestnikowi informacji zwrotnych.

Program wieńczy zamykająca „rozmowa w cztery oczy,” podczas której powinny paść odpowiedzi na następujące pytania: Jak w świetle wyznaczonego celu zmienił się wzorec używania? Jakie strategie rozwiązywania problemów okazały się skuteczne?

Jak można zapewnić podtrzymanie efektów? Czy konieczna jest dalsza terapia?

Absolwenci programu mają możliwość dalszych konsultacji za pośrednictwem poczty elektronicznej. Na sam koniec uczestnicy biorą udział w wywiadzie podsumowującym.

## „Talk to Frank”

Inną propozycją jest brytyjski program „Talk to Frank” (tłum. „Porozmawiaj z Frankiem”) (<http://www.talktofrank.com>). W nazwie występuje semantyczna gra słów, *frank* po angielsku znaczy *szczerzy*, co wskazuje filozofię działania przyjętą przez autorów serwisu. Główna strona przyciąga uwagę internauty różnorodnością form i kolorów (rys.2). Znajdziemy na niej 5 zakładek i od-

Rysunek 2. Narkotyki od A do Z



Źródło: <http://www.talktofrank.com>

nośniki do najnowszych artykułów. Na stronie głównej znajduje się także pole, po którego kliknięciu możemy przesłać e-maila z nurtującym nas pytaniem oraz numer bezpłatnego telefonu zaufania dla osób, które dotknął problem związany z narkotykami.

Pierwsza zakładka nazywa się „Narkotyki od A do Z”. Klikając na kolejne rozproszone w kolorowym patchworku litery alfabetu, można poszerzyć swoją wiedzę na temat poszczególnych środków psychoaktywnych. Wśród substancji znajdują się typowe narkotyki, takie jak: marihuana, kokaina, LSD, ekstazy, ale także sterydy anaboliczne, poppers<sup>2</sup>, czy leki uspokajające

i nasenne. Każda substancja opisana jest według schematu: efekty wywoływane przez narkotyk, ryzyko uzależnienia, kwestie prawne, wygląd substancji i sposób przyjmowania, cena, czystość narkotyku oraz konsekwencje używania.

Zakładka druga „Przyłącz się” obejmuje 3 obszary. Pierwszy z nich to „Artykuły”. Znajdują się tu zarówno doniesienia na temat wyników najnowszych badań nad poszczególnymi narkotykami, jak i teksty dotyczące ograniczania ryzyka związanego z przyjmowaniem narkotyków, np. podczas festiwalu muzycznego. Drugi obszar – „Historie” – wypełniają opisy autentycznych przeżyć osób, które brały narkotyki lub które doświadczyły konsekwencji brania narkotyków przez swoich najbliższych. Takie dzielenie się doświadczeniami ma pomóc internaucie obiektywnie spojrzeć na własną sytuację. Ostatni obszar („Twoja przestrzeń”) prezentuje nadesłane przez odwiedzających stronę własnoręcznie wykonane pocztówki. „Od kiedy pokochałem narkotyki, nikt mnie nie kocha”; „Była najpiękniejszą istotą, jaką znałem, teraz już nie jest”; „Narkotyki zabrały mojego najlepszego przyjaciela”; „Zacząło się tak zabawnie i nie pamiętam kiedy przestało tak być” – to tylko niektóre przykłady zdań z kart pocztowych.

Trzecia zakładka na stronie „Porozmawiaj z Frankiem” daje możliwość anonimowej konsultacji. Program zakłada 4 drogi kontaktu. Porady można zasięgnąć, wysyłając e-maila, wystarczy podać swój nick<sup>3</sup>, adres e-mailowy i zadać pytanie. Autorzy programu zapewniają, że odpowiedź będzie zawierać tylko jasno przedstawione fakty i nie znajdą się w niej żadne osobiste przekonania doradcy, a tym bardziej krytyka autora listu. Można też poczatować z robotem Frankiem – wystarczy zainstalować w komputerze bezpłatny komunikator MSN Microsoftu i dodać Franka do swoich kontaktów. Frank to dobry znajomy, dostępny każdego dnia przez całą dobę. Program „Talk to Frank” współpracuje ponadto z angielskim serwisem internetowym dla młodzieży „Hotel Habbo” (<http://www.habbo.co.uk>). Tytułowy hotel to wirtualna przestrzeń, w której młodzi ludzie mogą spotykać się, bawić i rozwijać swoje zainteresowania. Do hotelowego ogrodu w poniedziałki, środy i piątki przyjeżdża Infobus Franka (rys.3). To doskonale miejsce, żeby dowiedzieć się czegoś nowego o narkotykach, ale także wymienić uwagi na ich

<sup>2</sup> Poppers – slangowe określenie substancji chemicznej o nazwie azotan amylu. W medycynie używany jest jako środek przeciwbólowy u osób z chorobami serca. Azotan amylu powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych, tym samym ułatwia przepływ krwi

i podnosi częstotliwość skurczów serca. Wywołuje oszołomienie i rozluźnienie, efekty uboczne to zawroty i ból głowy, niekiedy omdlenia.

<sup>3</sup> Nick – pseudonim używany przez internautę.

### Rysunek 3. Infobus Franka



Źródło: <http://www.habbo.co.uk>

temat z pozostałymi gośćmi hotelu Habbo. Istnieje jeszcze jedna, bardziej tradycyjna droga uzyskania porady. Osobom, które preferują żywy kontakt, serwis „Talk to Frank” oferuje bezpłatną linię telefoniczną, działającą 24 godziny na dobę, przez cały rok. Dyżurni telefonu zachęcają: „Nie musisz czuć się zakłopotany, słyszeliśmy to wszystko już wiele razy. Jesteśmy tu, żeby wysłuchać cię i pomóc w każdej sprawie, o której chcesz porozmawiać”.

Czwarta zakładka „Jeśli się o kogoś martwisz” obejmuje 3 obszary i adresowana jest do osób, których bliscy mają problem z narkotykami – do rodziców, opiekunów, przyjaciół. Autorzy przekonują, że jeśli mamy podejrzenia, że problemem są narkotyki, warto o tym porozmawiać, a serwis „Talk to Frank” to dobre miejsce, żeby zacząć. Pierwszy obszar stanowi wyszukiwarka placówek pomocowych. Wpisując kod pocztowy lub nazwę miasta, możemy uzyskać adresy pobliskich punktów konsultacyjnych, poradni i ośrodków leczenia uzależnień. Mamy tu sposobność znalezienia specjalistycznych placówek dla młodzieży, kobiet, mniejszości etnicznych oraz osób bezdomnych. Wyszukiwarka obejmuje ponadto informacje o programach wymiany igieł i strzykawek oraz placówkach prowadzących testy na obecność narkotyków w organizmie, przeciwciał HIV i żółtaczkę. Drugi obszar zakładki to „Historie”, czyli podobnie jak w zakładce „Przyłącz się”, autentyczne opisy przeżyć osób borykających się z problemem narkotykowym swoim lub najbliższych. Autorzy historii podzielili się swoimi problemami, aby pomóc innym lub uchronić ich przed popełnieniem podobnych błędów. Ostatni obszar zakładki stanowią „Często zadawane

pytania”<sup>4</sup>. Znajdziemy tu odpowiedzi m.in. na pytania: Dlaczego moje dziecko próbuje narkotyków?, Co zrobić, żeby mój przyjaciel przestał brać?, Który narkotyk jest najgorszy?, Czy marihuana jest szkodliwa?, Co dzieje się w ośrodku leczenia uzależnień? itp.

Ostatnia, piąta zakładka, „Jeśli szukasz pomocy”, skierowana jest bezpośrednio do osób sięgających po narkotyki. Znajdują się tu omawiane już elementy: wyszukiwarka placówek pomocowych i „Historie”, a także obszary „Pomóż sobie” i „Materiały informacyjne”. „Pomóż sobie” zachęca do zrobienia następnego kroku, tzn. skorzystania z pomocy, chociażby lekarza pierwszego kontaktu, który skieruje do odpowiedniej placówki specjalistycznej. Autorzy wyjaśniają, na czym polega terapia, uzasadniają celowość „wałkowania” trudnych sytuacji z przeszłości, uspokajają, że terapia jest dla ludzi i przy dobrych chęciach, można z niej wynieść wiele profitów. Aby rozwiać obawy i rozstrzygnąć pojawiające się wątpliwości, zachęcają do dowolnej formy kontaktu z doradcą programu „Talk to Frank”. Klikając ostatni obszar, „Materiały informacyjne, można zamówić darmowe opracowania, broszury i ulotki dotyczące narkotyków – wystarczy podać adres pocztowy, na który mają zostać wysłane. „Czasem warto mieć fakty w ręce” – zachęcają autorzy serwisu.

Program „Talk to Frank” pomyślano tak, aby był atrakcyjny dla młodzieży. W wielu miejscach przewija się temat poufności, dyskrecji i zapewnienia pełnej anonimowości osobom korzystającym z serwisu. Poruszając się po zakładkach i obszarach strony, internauta nie odnosi wrażenia, że ktoś koniecznie chce go przed czymś ustrzec. Treści zawarte w serwisie są obiektywne, przez co chwilami kontrowersyjne. Nie każdy profilaktyk uznałby za słuszne przekazywanie wprost informacji, że marihuana nie uzależnia fizycznie, a problemy przez nią wywołane dotyczą zwykle około 10% eksperymentujących.

### Instytut Jellinka

Instytut Jellinka w Amsterdamie jest najstarszą w Holandii placówką naukową zajmującą się badaniami nad uzależnieniami i równocześnie jedną z największych tego typu instytucji w Europie.

<sup>4</sup> Często zadawane pytania, czyli FAQ (ang. *Frequently Asked Questions*), element zwykle pojawiający się w serwisach internetowych.



Serwis internetowy Instytutu (<http://www.jellinek.nl>) obejmuje 3 zakładki. Wchodząc do pierwszej z nich, zatytułowanej „Testy”, internauta może zbadać stopień swojego uzależnienia od 4 substancji: marihuany, ekstazy, kokainy i amfetaminy. Po zaznaczeniu odpowiedzi na 16–18 kolejnych pytań (liczba pytań jest różna dla poszczególnych środków), poznaje liczbę uzyskanych punktów i wyniki, jak ryzykowny jest jego styl brania. W przypadku uzależnienia od marihuany obowiązuje trzystopniowa skala. Wynik 0–5 punktów oznacza używanie niepowodujące znaczącego ryzyka, choć – dodają autorzy testu – branie narkotyków zawsze niesie ze sobą ryzyko. Wynik 6–15 punktów to widoczne ryzyko: palisz w sposób ryzykowny – spróbuj ograniczyć; 16–36 punktów oznacza poważne ryzyko, wynikające z utraty kontroli nad braniem.

Kolejna zakładka dotyczy słynnej holenderskiej polityki w zakresie konopi indyjskich. Dowiadujemy się z niej, że od 1976 roku prawo różnicuje narkotyki („twarde”) powodujące niedopuszczalne ryzyko dla zdrowia publicznego od pochodnych konopi (nazywanych narkotykami „miękkimi”). Działające w Holandii Coffee

Shops<sup>5</sup> są zobowiązane do przestrzegania 5 podstawowych zasad. Zakazana jest reklama tego typu lokali; nie wolno w nich sprzedawać „twardych” narkotyków; Coffee Shops nie mogą powodować niedogodności w najbliższym otoczeniu, m.in. nie wolno parkować przed lokalem; nie mają do nich wstępu osoby, które nie ukończyły 18 lat; zakazana jest także sprzedaż narkotyku łącznie z alkoholem, a także w ilości większej niż 5 gram. Odnośnie upraw marihuany w Holandii, serwis informuje, że w konopiach indyjskich stopniowo wzrasta stężenie substancji aktywnej THC. Podczas gdy w roku 2000 średnio wynosiło ono 8,6%, a w roku 2001 11,3%, to już w roku 2002 stężenie THC osiągnęło wartość 15,2%. Autorzy strony podają także statystyki medyczne na temat liczby turystów, którzy przebywając w Holandii, trafili na pogotowie po zapaleniu marihuany lub zjedzeniu haszyszowych ciastek. W zakładce znajduje się także wyjaśnienie

*Współcześnie ważnym źródłem informacji o narkotykach i narkomanii, z którego czerpią dzieci i młodzież, jest Internet. Odpowiednie serwisy internetowe, nie tylko podnoszą poziom wiedzy, ale również zapewniają ofertę pomocową.*

hipotezy mówiącej, że palenie marihuany prowadzi do sięgnięcia po narkotyki „twarde”. Słuszności założenia nie potwierdzają farmakologiczne właściwości marihuany, ani psychologiczne badania skłonności ludzi. Czynniki, które mogą wpłynąć na sięgnięcie po na przykład heroinę w konsekwencji palenia konopi indyjskich, są natomiast zmienne społeczne i środowiskowe. Jeśli w najbliższym otoczeniu heroina jest równie dostępna jak marihuana, zwiększa się ryzyko zamiany palenia konopi na przyjmowanie heroiny. Stąd wynika przyjęta w Holandii polityka antynarkotykowa, która dzieli narkotyki na „miękkie” i „twarde”.

Trzecia zakładka dotyczy redukcji ryzyka związanej z przyjmowaniem narkotyków. Znajdziemy tu 11 praktycznych rad na temat palenia marihuany oraz po 8 wytycznych dotyczących alkoholu i grzybów

halucynogennych. Jedna ze wskazówek mówi: „Czasami po haszyszu człowiekowi robi się niedobrze i dopada go silny niepokój. Mimo że czujesz się naprawdę źle, twój stan nie jest niebezpieczny dla zdrowia. Najlepiej znajdź jakieś spokojne, przyjemne miejsce i zjedz coś słodkiego. Zwykle takie samopoczucie mija po

godzinie”. Kolejna rada brzmi: „Nie bierz grzybów halucynogennych, jeśli psychicznie nie czujesz się dobrze. Grzyby mogą wzmacniać negatywne emocje. Zanim weźmiesz, upewnij się, że jesteś odprężony i otaczają cię przyjaciele”. Jest także wytyczna dotycząca łączenia ze sobą substancji psychoaktywnych: „Nigdy nie przyjmuj równocześnie grzybów halucynogennych i haszyszu. Takie połączenie może wywołać poczucie przytłoczenia i obezwładnienia”.

Strona Instytutu Jellinka, mimo że uboga graficznie, zawiera treści szczególnie interesujące z punktu widzenia mieszkańców krajów, takich jak Polska, które prowadzą politykę narkotykową zdecydowanie mniej liberalną niż Holandia.

Zachęcamy Czytelników do odwiedzenia przedstawionych powyżej serwisów internetowych. Na zakończenie warto dodać, że Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii również może pochwalić się działającym od kilku lat internetowym serwisem edukacyjno-pomocowym (<http://www.narkomania.org.pl>) dla osób stykających się z problemem narkomanii.

<sup>5</sup> Coffee Shop – lokal serwujący marihuanę i jej pochodne, ewentualnie inne „miękkie” narkotyki.



*Pożądaną zmianę postaw ukierunkowaną z jednej strony na redukcję zachowań patologicznych, z drugiej na wzmacnianie przekonań prozdrowotnych można osiągać także poprzez działania medialne wykorzystujące wiedzę z zakresu reklamy i komunikacji społecznej.*

# PERSWAZJA W REKLAMIE SPOŁECZNEJ – CZYLI CO POZWALA ZMIENIĆ MYŚLENIE I ZACHOWANIE LUDZI

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

**Ludzie bardziej cenią swoje mniemania niż rzeczywistość.**  
*Monteskiusz*

Pierwszym krokiem efektywnych działań perswazyjnych jest odpowiedź na trzy podstawowe pytania: Do kogo mówimy? Co i jak mówimy? Kto mówi? Perswazja zarówno w życiu jednostki, jak i w życiu społeczności często przyjmuje konotację pejoratywną. Kojarzy się z formą ukrytego przymusu, manipulacji, działania wbrew woli. W rzeczywistości ocena działań perswazyjnych jest uwarunkowana celem. Jeśli zaś celem jest propagowanie ogólnie przyjętych wartości – propaganda staje się niezbędna w procesie przeciwdziałania negatywnym zjawiskom. „Systemy dyktatorskie zmuszają do konformizmu groźbą i terrorem; kraje demokratyczne – perswazją i propagandą” – to zdanie Ericha Fromma przyświeca idei tego artykułu.

Warto zatem zacząć od definicji: „Perswazją w reklamie społecznej nazywamy przyjęty przez nadawcę sposób oddziaływania za pomocą środków reklamowych na daną grupę odbiorców wyłonioną w procesie segmentacji w celu zmiany ich sposobu myślenia, postaw, zachowań”.

## Do kogo mówimy?

Proces wyboru mechanizmu perswazji musi być ściśle związany z opisem, pełnym i szczegółowym,

kryteriów segmentu grupy docelowej. Istotne jest, by opisać hierarchię potrzeb związanych z danym tematem poruszonym przez przekaz o charakterze społecznym<sup>1</sup>. Ważne jest, by poznać psychologiczne koszty zmiany myślenia bądź przejawiania danego zachowania. Pozwoli to obiektywnie sformułować

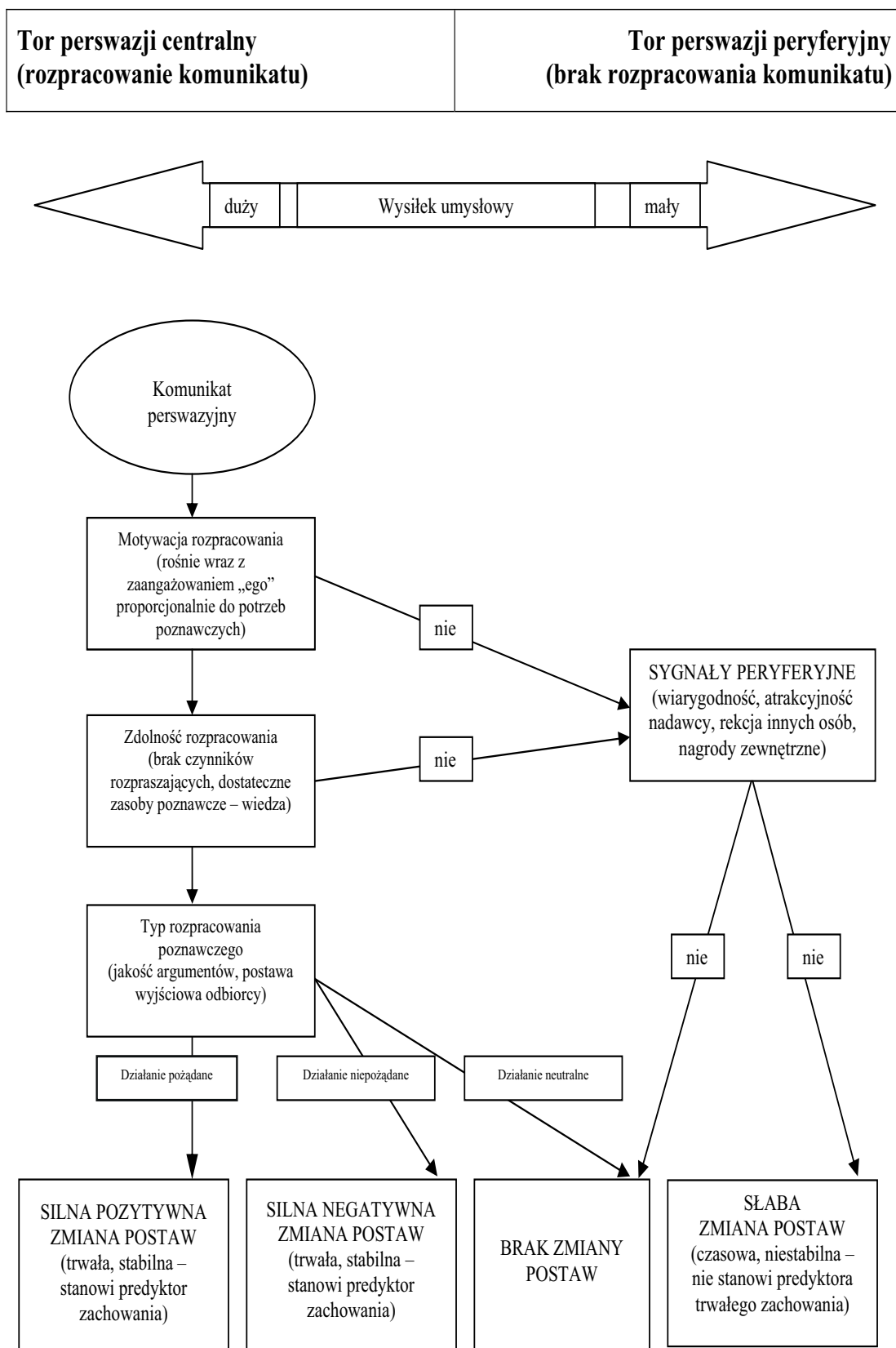
*Najprościej podzielić przekaz reklamowy na: informacyjno-racjonalny, emocjonalny (pozytywny, negatywny) oraz behawioralny. W rzeczywistości jednak w wielu komunikatach mamy do czynienia z dowolnym mieszaniem sposobu przekazu, tak aby wywołać odpowiednią reakcję u odbiorcy.*

możliwe do zrealizowania cele oddziaływań oraz poznać mechanizmy dotychczasowych zachowań i dopasować do nich środki. Animator działań perswazyjnych powinien określić również typ myślenia, jaki prezentują odbiorcy. Jeśli odbiorca jest nastawiony do rzeczywistości analitycznie (Mayers 2003), nadawca powinien stosować typ perswazji centralny (występuje,

gdy zainteresowani problemem ludzie skupiają się na argumentacji), jeśli zaś odbiorca ulega okazjonalnym bodźcom, należy przenieść akcent działań perswazyjnych na inne, dodatkowe i ważne z punktu widzenia odbiorcy bodźce (np. atrakcyjność nadawcy, długość komunikatu etc) – tzw. typ perswazji peryferyjny według Richarda Pettego (Griffin 2002). Istotne jest także opisanie grupy docelowej poprzez wyszczególnienie typowych zachowań związanych ze stylem

<sup>1</sup> Patrz artykuł: „Wykorzystanie podstawowych technik marketingu komercyjnego w reklamie społecznej”, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, nr 1/07.

Rys.1. Model szans rozpracowania przekazu



Źródło: "The Elaboration Likelihood Model: Current Status and Controversies" (Petty, Cacioppo)

życia. Pozwoli to na dopasowanie miejsca ekspozycji treści reklamowych do grupy odbiorców, najlepsze go z ich punktu widzenia, dobór języka do sloganu i treści perswazyjnych. Powyższe działania pozwolą na stworzenie profilu potencjalnego odbiorcy.

Reasumując: im lepiej poznamy odbiorcę, tym lepszy skonstruujemy przekaz reklamowy i nasza argumentacja będzie efektywniejsza.

## Co i jak mówić?

Najprościej podzielić przekaz reklamowy na: informacyjno-racjonalny, emocjonalny (pozytywny, negatywny) oraz behawioralny (Maison, Maliszewski 2002). W rzeczywistości w wielu komunikatach mamy do czynienia z dowolnym mieszaniem sposobu przekazu, tak aby wywołać odpowiednią reakcję u odbiorcy.

- **Informacyjno-racjonalny przekaz** opiera się najczęściej na faktach wynikających z badań statystycznych bądź naukowych. Jeśli będziesz dalej „robił to, co robisz”, czekają cię „takie, a takie” obiektywne konsekwencje, np. zdrowotne, społeczne etc. Główny nacisk nadawca kładzie na element racjonalny, wierząc, że w przekazie będzie on mocny pod względem perswazyjnym. Podobnie podając często szokujące dane z badań, nadawca pragnie wzbudzić w odbiorcy refleksję (np. „Dziennie przeciętny ojciec poświęca na rozmowę z dzieckiem 15 minut czasu”). Ten typ przekazu nadaje się także do szerokiego informowania o narzędziach pomocy społecznej, np. strony internetowe, sieć poradni, telefon zaufania. W rzeczywistości każdy przekaz informacyjny zawiera w sobie komponent emocji pozytywnych bądź negatywnych. W kampanii informacyjnej niezwykle ważny element to źródło faktów. Musi być ono godne zaufania, profesjonalne, a przez to niepodważalne dla odbiorcy.
- **Emocjonalny pozytywny przekaz** akcentuje pozytywne wymiary danego działania, modeluje pozytywne zachowania i postawy, tworzy pozytywny klimat wobec danego zachowania. Może opierać się na asocjacji ze stylem życia na poziomie aspiracyjnym, odwoływać się do pozytywnych mód, trendów w danej kulturze czy środowisku. Pozytywny przekaz ma za zadanie najczęściej wzmacniać społeczno-psychologiczne czynniki chroniące przed konsekwencjami danego zachowania, np. palenia papierosów czy brania narkotyków. Nadawca posługuje

się wieloma technikami (najczęściej wizualnymi i podprogowymi), aby wywołać odpowiedni stan emocjonalny u odbiorcy i skłonić go do działania. Często pokazuje pozytywne alternatywy podejścia do stylu życia, żeby poprzez szerszą zmianę nawyków pośrednio wpłynąć na istotę problemu. Bardzo często przekaz emocjonalny akcentuje wartość bądź nawet przerysowuje wartość benefitu<sup>2</sup> w oczach odbiorcy.

- **Emocjonalny negatywny przekaz** jest bardzo często używanym w reklamach społecznych sposobem komunikowania się z grupą docelową. Pokusa wzbudzenia silnych negatywnych emocji wśród twórców reklamy i branży medialnej koreluje z przekonaniem, że przekazy reklamowe wzbudzające strach, obrzydzenie, smutek czy gniew będą bardziej widoczne i przebiją się przez szum informacyjno-reklamowy w mediach. Ponieważ większość reklam komercyjnych kojarzy produkt z pozytywnymi emocjami lub wartościami w procesie kreowania marki, na ich tle – w bloku reklamowym – reklama społeczna oparta na przekazie negatywnym wyróżnia się i zwraca uwagę. Dodatkowo jest to najprostszy sposób opisywania negatywnych zjawisk społecznych, takich jak alkoholizm, narkomania czy nikotynizm.
- **Behawioralny przekaz** w reklamie społecznej także jest użyteczny, jeśli promujemy coś bardzo namacalnego i konkretnego. Przekaz ten odwołuje się bezpośrednio do zachowania, jakie ma przejawiać odbiorca. *Wyślij SMS-a, Zadzwoń pod numer..., Wejdź na stronę..., Wyślij, aby otrzymać...*, to komunikaty pomijające argumentację racjonalną i emocjonalną, ponieważ bardzo często dyspozycja jest oczywista lub według nadawcy wzbudzenie zachowania może przynieść pewne korzyści. Komunikat typu „zrób coś...” obiecuje dodatkowo nagrodę. Mechanizm nagrody szybkiej i łatwo dostępnej skłania, często bezrefleksyjnie, do działania. Nadawcy przekazu wykorzystują go do „przemycenia” dodatkowych treści o charakterze perswazyjnym w materiałach rozszerzających bądź towarzyszących pewnemu ukierunkowanemu zachowaniu (np. treści w regulaminie konkursu, merytoryczna zawartość książki, finansowy wkład poprzez wysłanie SMS-a). Zachowanie ma także

<sup>2</sup> Patrz artykuł: „Wykorzystanie podstawowych technik marketingu komercyjnego w reklamie społecznej”, *Serwis Informacyjny NARKOMANIA*, nr 1/07.

cel symboliczny – będzie bardziej zapamiętane niż odebrany tekst reklamy bądź jej część wizualna. Dodatkowo ten rodzaj przekazu może skłonić osoby niezaangażowane w problem do zmiany postaw (Mayers 2003). Jeśli już coś zrobiłem, nawet najmniejszego dla problemu, jestem już po stronie nadawcy. Można mówić tu o swoistym zjawisku „stopy w drzwiach”, gdzie uleganie danemu zachowaniu wynikające z różnych przesłanek, rodzi otwartość i akceptację na przyjmowanie dodatkowych informacji o charakterze perswazyjnym. Nawet jeśli odbiorca zrobi coś wbrew swoim przekonaniom, istnieje duże prawdopodobieństwo, że „dozna” dysonansu poznawczego (Aronson 2000) i aby zredukować stan napięcia, będzie dążył do uargumentowania, a często autoperswazji dedykowanej logice uprzedniego czynu.

## Kto mówi?

Niezwykle istotnym czynnikiem efektywnej reklamy społecznej jest wizerunek nadawcy. Fakt, kto do nas mówi, jest często istotniejszy niż sama treść i forma wypowiedzi. Odbiorca reklamy ocenia, często nieświadomie, wiarygodność nadawcy oraz jego atrakcyjność. Jeśli mówi do nas „ekspert”, odbieramy go jako wiarygodnego (jeśli w przekazie reklamowym w jakikolwiek sposób nadawca nie będzie wiarygodny, jego wpływ na odbiór przekazu wyraźnie zmaleje). Inną techniką perswazji jest używanie jako nadawcy komunikatu osoby „atrakcyjnej” dla odbiorcy. Stąd wykorzystywanie w reklamach społecznych ludzi znanych ze świata sztuki i rozrywki. Z badań (1973) Georga Goethalsa i Ericka Nelskona (Mayers 2003) wynika, że rodzaj poruszanego zagadnienia w reklamie decyduje o tym, czy jako nadawcy użyjemy osoby „wiarygodnej” czy osoby „atrakcyjnej”. Jeśli zagadnienie wiąże się z osobistymi upodobaniami, np. dotyczącymi stylu życia, warto jest słuchać osoby „atrakcyjnej”. Jeśli przekaz ma być informacyjny i dotyczyć ogólnie udowodnionych prawd i faktów, lepiej użyć osoby różnej od odbiorcy, ale wzbudzającej zaufanie – eksperta. Oprócz tego istnieją inne zjawiska, opisane przez Bogdanę Wojciszke (Wojciszke 2002), ważne z punktu widzenia perswazji także w reklamie społecznej, takie jak posłuszeństwo autorytetom, naśladownictwo i konformizm/nonkonformizm, które warto wziąć pod uwagę, tworząc reklamę.

## Ocena rodzajów argumentacji i zagrożenia

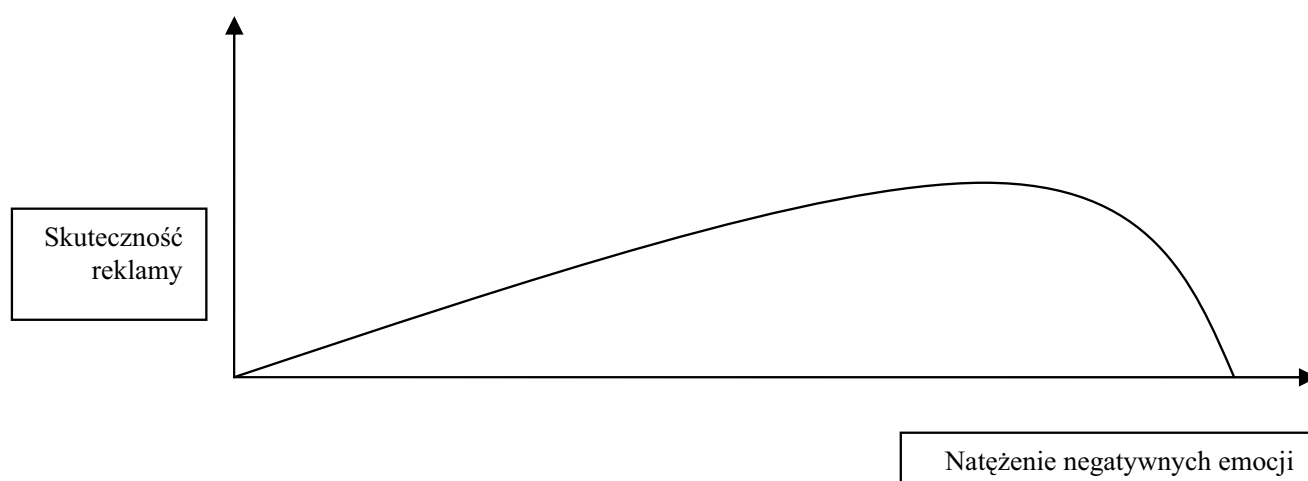
Wyszczególnione typy przekazu reklamowego bardzo często występują obok siebie i dopełniają się. Jedynie zabarwienie emocjonalne przekazu powinno być jednoznaczne, jeśli nadawca nie chce wprowadzać dysonansu. Wybór zabarwienia emocjonalnego działań perswazyjnych to problem skuteczności.

Badania dowodzą (Maison, Maliszewski 2002), że reklamy bazujące na estetyce szoku w korelacji z wywoływaniem negatywnych emocji, są skuteczne jako reklamy wzmacniające postawy osób nie będących w grupach ryzyka lub jedynie sporadycznie podejmujących ryzykowne zachowania. Osoby w ścisłej grupie ryzyka, np. palące papierosy, odbierając przekaz negatywny, uruchamiają liczne podświadome mechanizmy obronne. Można zaobserwować, że przekaz o silnym zabarwieniu negatywnym jest bagatelizowany, zaprzeczają mu lub wywołuje on śmiech, zdarza się, że powoduje także reakcje bezsilności wobec własnego problemu i ma (jeśli w ogóle ma), ograniczoną skuteczność. W przypadku przekazu negatywnego, który bazuje na antycypacji kary, może pojawić się dodatkowe zjawisko tzw. reaktancji i przynieść skutek odwrotny do zamierzonego. Dodatkowo skuteczność przekazu opierającego się na karaniu zmniejsza fakt, że często kara nie jest bezpośrednia i subiektywnie uznawana za mocną i nieuchronną. Silne negatywne emocje są wypierane i choć zauważalność reklamy przy pomiarze zasięgu akcji jest większa, jej skuteczność jest niska i krótkotrwała. Mimo badań należy jednak podkreślić fakt, że dla pewnej grupy odbiorców zagrożenie karą wywołuje skuteczny mechanizm odstraszenia i być może ma wartość stabilizującą dla trendów negatywnych zjawisk społecznych.

Rysunek 2. pokazuje, że intensywność wzbudzanych przez reklamę negatywnych emocji (strachu) musi być dostatecznie duża, nie powinna jednak przekraczać pewnego poziomu, ponad którym wzrost emocji gwałtownie zmniejsza skuteczność przekazu. Zdaniem Pratkina i Aronsona (2003) powinny być spełnione jednocześnie cztery warunki przekazu: po pierwsze, musi on rzeczywiście przerażać odbiorcę, po drugie, powinien podawać szczegółowe zalecenia, jak uporać się z niechcianą emocją, po trzecie, zalecane działanie musi być postrzegane jako skutecznie redukujące zagrożenie, a po czwarte, odbiorca komunikatu musi



Rys.2. Zależność między natężeniem negatywnych emocji w reklamie a jej skutecznością



Źródło: „Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej” (Maison, Maliszewski 2002)

być przekonany, że jest w stanie wykonać zalecane działanie.

Jeśli przekaz reklamowy opiera się na mechanizmie nagradzania (ale niekoniecznie w rozumieniu uniknięcia kary) może być – przy zachowaniu szeregu innych uwarunkowań – bardziej efektywny. Trzeba zauważyć, że natychmiastowość uzyskania nagrody oraz jej znaczenie dla odbiorcy znacznie zwiększa skuteczność przekazu. Zaś pozytywne emocje lub ich antycypacja w przyszłości – jako wynik pewnych starań i zachowań – silnie wpływają na ugruntowanie istoty przekazu, który powtarzany często może przyczynić się do zmiany postaw. Stąd częste odwoływanie się w reklamach społecznych do mody lub wręcz próba stworzenia mody w danym obszarze życia bezpośrednio czy pośrednio wpływającym na rozwiązanie problemu społecznego.

## Inne techniki

Reklama społeczna bazuje także na technikach sprzedaży bezpośredniej, przenosząc jej narzędzia i dostosowując do kompleksowych działań „otaczających” kampanie społeczne.

Do wielu technik wzmacniających przekaz perswazyjny należą:

- **filtr przekonań** – przekaz perswazyjny musi być dostosowany do wcześniej rozpoznanych przekonań odbiorcy. W czasie, w którym ludzie tworzą jakieś przekonanie, natychmiast zaczynają filtrować do-

cierające informacje, tak interpretując fakty (często niezgodnie z obiektywną wiedzą czy rzeczywistością), by pasowały do ich przekonań. Dlatego, jeśli animator działań perswazyjnych chce zmienić przekonania odbiorców, powinien posłużyć się takim przekazem, który wywoła u nich wyobrażenie siebie w pożądaną (z punktu widzenia celu przekazu) sytuacji bądź roli życiowej czy społecznej. Ta wizualizacja powinna kojarzyć się odbiorcom z pozytywnymi odczuciami. Nie da się skutecznie walczyć z poglądami odbiorców jedynie poprzez wykazywanie fałszu pierwotnych ocen, nastawień lub przekonań. Walka ta, poprzez swoją jednostronność, skończy się fiaskiem – odrzuceniem nadawcy, odrzuceniem lub mylnym zinterpretowaniem argumentacji;

- **strach przed utratą** – często lęk przed utratą tego, co się już posiada, jest silniejszy niż chęć zdobycia czegoś więcej o podobnej wartości. Ten mechanizm jest wykorzystywany w przekazach nastawionych na zmianę postaw, poprzez łączenie sugestii zmiany z zachowaniem posiadanej wartości (jeśli zmienisz x, zachowasz y). Przy czym podstawą jest odwołanie się do powszechnego doświadczenia utraty (każdy doznał tego przykrego stanu psychicznego i zrobi wiele, by nie doznać go w przyszłości). Dlatego na przykład odpowiedni przekaz reklamowy odwołujący się w sposób empatyczny do stanu potencjalnej utraty tego, co posiada odbiorca, jest w wielu przypadkach

skuteczniejszy niż slogan afirmujący potencjalne zyski z nowego zachowania/postawy;

- **potwierdzenie decyzji** – często w przekazach reklamowych pojawia się dodatkowy mechanizm natychmiastowego potwierdzania pozytywnej decyzji, czy zgody na istotę przekazu perswazyjnego. Technika ta jest także wykorzystywana w działalności profilaktycznej czy reklamie społecznej. Nawet symboliczne, ale zawsze namacalne potwierdzenie decyzji czy zgody na przekaz perswazyjny, w znaczącym stopniu zwiększa siłę jego oddziaływania (np. sprowokowanie odbiorcy do dokonania – poprzez SMS – choćby minimalnej wpłaty na konto akcji, albo do wpisania się na stronie internetowej na listę poparcia, albo do zamówienia bezpłatnego „znaczka-symbolu” akcji, ewentualnie do wzięcia udziału w sondzie za pośrednictwem sieci);
- **jedna korzyść** – w procesie perswazji przy ograniczonym czasie oddziaływania należy skupić się na jednym konkretnym i różnicującym beneficie. Jedna korzyść ma większą siłę oddziaływania niż niezliczona ich ilość. Korzyść ta musi być tak dobrana, aby była wysoko w hierarchii potrzeb odbiorcy i jednocześnie koszt jej uzyskania powinien być odbierany jako optymalny.

## Podsumowanie

Sztuka przekonywania obecna w reklamie społecznej podlega ciągłej ewolucji. Przy ograniczonych budżetach na kampanie reklamowe o charakterze społecznym czy na działania z zakresu public relation warto śledzić dokonania innych, tak by skromne środki wykorzystać na efektywne strategie komunikacyjne. Warto podkreślić, że zasada *primum non nocere* odnosi się także do działalności o charakterze społecznym. Źle przygotowana reklama społeczna naraża na straty nie tylko finansowe, ale przede wszystkim może paradoksalnie wzmocnić siłę patologicznych zjawisk. Jedynie wieloletnie programy komunikacji i marketingu społecznego, powiązane z szeregiem innych, pozareklamowych metod przeciwdziałania patologiom, mają szansę odnieść wymierny sukces.

## Bibliografia

- Aronson E., „Człowiek istota społeczna”, Warszawa 2000.  
 Griffin E., „Podstawy komunikacji społecznej”, Gdańsk 2002.  
 Maison D., Maliszewski R., „Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej”, Warszawa 2002.  
 Mayers D. G., „Psychologia społeczna”, Poznań 2003.  
 Pratkins A., Aronson E., „Wiek propagandy”, Warszawa 2003.  
 Wojciszke B., „Człowiek wśród ludzi – zarys psychologii społecznej”, Warszawa 2002.

## KALENDARIUM

### Spotkania krajowe

Wydarzenie	Data	miejsce
Konferencja „Policyjna kontrola narkotyków na ulicach Europy”, IWR Associates	12–14 września	Warszawa
Historia i perspektywy pomocy psychologiczno - pedagogicznej, CMPPP	20 września	Warszawa
Konferencja „Dialog w wychowaniu podstawą profilaktyki”, Stowarzyszenie Promocji Zdrowia i Trzeźwego Stylu Życia „Szansa”	25 września	Gliwice
II Ogólnopolska Konferencja Promocji Zdrowia Psychicznego, IPIŃ	27–29 września	Gierłoż
Konferencja dla przedstawicieli organizacji pozarządowych poświęcona tematyce profilaktyki selektywnej, KBPN	8–9 listopad	Warszawa
Grupa Pompidou, spotkanie „Interagency Cooperation”, w którym udział wezmą przedstawiciele Komisji Europejskiej, państw członkowskich EMCDDA, UNDCP	14–15 listopada	Warszawa
II Spotkanie EDDRA, KBPN	listopad	Warszawa
III Spotkanie Programów Redukcji Szkód, CINN KBPN	grudzień	Warszawa

## KALENDARIUM

### Współpraca międzynarodowa

Wydarzenie	Data	miejsce
Spotkanie Komitetu Technicznego EU-LAC	6 września	Bruksela, Belgia
Spotkanie EMCDDA ekspertów na temat standardów jakości w programach profilaktycznych	6–7 września	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA dotycząca najlepszych praktyk	12–13 września	Oslo, Norwegia
Spotkanie Paktu Paryskiego ds. regionu Morza Kaspijskiego i Kaukazu	17–19 września	Turkmenistan
Konferencja poświęcona ewaluacji publicznych polityk i programów dotyczących narkotyków	19–20 września	Lizbona, Portugalia
Wizyta studyjna gmin przygotowujących programy przeciwdziałania narkomanii	23–28 września	Barcelona, Hiszpania
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgłaszalności do leczenia i spotkanie z organizacjami międzynarodowymi	24–25 września	Lizbona, Portugalia
Konferencja „Wzmocnienie Chorwacji w walce z obrotem narkotykami i ich nadużywaniem”	24–25 września	Zagrzeb, Chorwacja
Europejska Konferencja Correlation „Społeczne włączanie i zdrowie – przekraczanie barier”	27–29 września	Sofia, Bułgaria
Spotkanie EMCDDA dotyczące przeglądu narzędzi do zbierania danych z obszaru leczenia i redukcji szkód	3–4 października	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika choroby zakaźne związane z narkotykami	9–10 października	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	10 października	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika problemowych użytkowników narkotyków	11–12 października	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Trójki i zainteresowanych Państw Członkowskich z delegacją Federacji Rosyjskiej	11 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie Trójki i zainteresowanych Państw Członkowskich z delegacją Iranu	11 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie EMCDDA ekspertów na temat zbierania danych o cenach narkotyków	15–16 października	Lizbona, Portugalia
Konferencja „Nowe aspekty w używaniu narkotyków w trakcie imprez”	19 października	Wiedeń, Austria
Konferencja „Rodzina, style życia i narkotyki – działania profilaktyczne skierowane do rodzin”	19–20 października	Porto, Portugalia
Komitet Budżetowy EMCDDA	23 października	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	24 października	Lizbona, Portugalia
Komitet Wykonawczy EMCDDA	5 listopada	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA, Spotkanie Head of National Focal Point	8–9 listopada	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	13 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Trójki z delegacją USA	14 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego	14 listopada	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgony z powodu narkotyków	29–30 listopada	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	11 grudnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Trójki i zainteresowanych Państw Członkowskich z delegacją Iranu	12 grudnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Trójki i zainteresowanych Państw Członkowskich z delegacją Turcji	12 grudnia	Bruksela, Belgia

*W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wsparciem zostaną objęte m.in. następujące obszary: zatrudnienie, edukacja, integracja społeczna. Program ten będzie realizowany równolegle na poziomie centralnym i regionalnym. W ramach komponentu regionalnego środki zostaną przeznaczone na wsparcie dla osób i grup społecznych, natomiast w ramach komponentu centralnego przede wszystkim na wsparcie dla struktur i systemów, aby podnieść efektywność ich funkcjonowania.*

## MOŻLIWOŚCI FINANSOWANIA ZADAŃ Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI

*Michał Bonin*

*Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości*

Program Operacyjny Kapitał Ludzki (PO KL) jest największym w historii Unii Europejskiej programem współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego. Kwota, jaką przewidziano na jego realizację w latach 2007-2013, to 11,420,207 tys. euro, w tym z funduszy Unii Europejskiej (całość środków Europejskiego Funduszu Społecznego w Polsce) – 9,707,176 tys. euro, a ze środków krajowych – 1,713,031 tys. euro. Na realizację komponentu regionalnego przeznaczono ok. 62% wszystkich środków alokowanych na Program, tj. kwotę 7,101,740 tys. euro (kwoty przewidziane dla poszczególnych regionów prezentuje tabela 1). Kwota na komponent centralny wynosi 3,861,658 tys. euro i obejmuje ok. 34% całości środków na PO KL. Pozostałe 4%, tj. 456,808 tys. euro to środki przeznaczone na pomoc techniczną.

Celem PO KL jest realizacja działań, które przyczynią się do wzrostu zatrudnienia i spójności społecznej, podniesienia poziomu wykształcenia w społeczeństwie, a także zwiększenia konkurencyjności przedsiębiorstw oraz poprawy jakości i dostępności usług szkoleniowo-doradczych. Program ten stanowi odpowiedź na

wyzwania, jakie przed państwami członkowskimi stawia odnowiona Strategia Lizbońska. Wyzwania te to: uczynienie z Europy bardziej atrakcyjnego miejsca do lokowania inwestycji i podejmowania pracy, rozwijanie wiedzy i innowacji dla wzrostu oraz tworzenie większej liczby trwałych miejsc pracy.

W ramach Programu wsparciem zostaną objęte m.in. następujące obszary: zatrudnienie, edukacja, integracja społeczna. PO KL będzie realizowany równolegle na poziomie centralnym i regionalnym. W ramach komponentu regionalnego środki zostaną przeznaczone na wsparcie dla osób i grup społecznych, natomiast w ramach komponentu centralnego przede wszystkim na wsparcie dla struktur i systemów, aby podnieść efektywność ich funkcjonowania.

W dniu 11 czerwca 2007 roku zakończyły się negocjacje dotyczące programu operacyjnego na lata 2007–2013. Tym samym PO KL jest pierwszym zatwierdzonym przez Komisję Europejską programem spośród programów operacyjnych na lata 2007–2013.

Program Operacyjny Kapitał Ludzki składa się z 9 Priorytetów, realizowanych równolegle na poziomie centralnym i regionalnym.

*Program Operacyjny Kapitał Ludzki jest pierwszym zatwierdzonym przez Komisję Europejską programem spośród programów operacyjnych na lata 2007–2013. Składa się z 9 Priorytetów, realizowanych równolegle na poziomie centralnym i regionalnym.*



**Tabela 1. Podział środków w latach 2007-2013 na regiony w ramach Priorytetów VI–IX PO Kapitał Ludzki**

Województwo	Ogółem/Region (tys. euro)	Priorytet VI	Priorytet VII	Priorytet VIII	Priorytet IX
Dolnośląskie	485,370,00	154,250,00	106,134,00	108,565,00	116,421,00
Kujawsko-Pomorskie	400,458,00	127,266,00	87,566,00	89,572,00	96,054,00
Lubelskie	511,956,00	162,699,00	111,947,00	114,512,00	122,798,00
Lubuskie	178,833,00	56,833,00	39,105,00	40,000,00	42,895,00
Łódzkie	504,102,00	160,203,00	110,230,00	112,755,00	120,914,00
Małopolskie	590,599,00	187,692,00	129,144,00	132,102,00	141,661,00
Mazowieckie	907,076,00	288,268,00	198,346,00	202,891,00	217,571,00
Opolskie	174,336,00	55,404,00	38,121,00	38,995,00	41,816,00
Podkarpackie	432,313,00	137,389,00	94,532,00	96,697,00	103,695,00
Podlaskie	260,402,00	82,756,00	56,941,00	58,245,00	62,460,00
Pomorskie	375,503,00	119,335,00	82,110,00	83,990,00	90,068,00
Śląskie	738,062,00	234,556,00	161,389,00	165,085,00	177,032,00
Świętokrzyskie	317,491,00	100,898,00	69,424,0	71,016,00	76,153,00
Warmińsko-Mazurskie	312,793,00	99,405,00	68,397,00	69,964,00	75,027,00
Wielkopolskie	605,931,00	192,565,00	132,496,00	135,531,00	145,339,00
Zachodniopomorskie	306,515,00	97,410,00	67,024,00	68,560,00	73,521,00
<b>P O L S K A</b>	<b>7,101,740,00</b>	<b>2,256,929,00</b>	<b>1,552,906,00</b>	<b>1,588,480,00</b>	<b>1,703,425,00</b>

**Priorytety realizowane centralnie to:**

Priorytet I. Zatrudnienie i integracja społeczna – 506,2 mln euro (w tym 430,3 mln euro z EFS);

Priorytet II. Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących – 778,0 mln euro (w tym 661,3 mln euro z EFS);

Priorytet III. Wysoka jakość systemu oświaty – 1,006,2 mln euro (w tym 855,3 mln euro z EFS);

Priorytet IV. Szkolnictwo wyższe i nauka – 960,4 mln euro (w tym 816,3 mln euro z EFS);

Priorytet V. Dobre rządzenie – 610,9 mln euro (w tym 519,2 mln euro z EFS);

Priorytety realizowane na szczeblu regionalnym to:

Priorytet VI. Rynek pracy otwarty dla wszystkich – 2,256,9 mln euro (w tym 1,918,4 mln euro z EFS);

Priorytet VII. Promocja integracji społecznej – 1,552,9 mln euro (w tym 1,320,0 mln euro z EFS);

Priorytet VIII. Regionalne kadry gospodarki – 1,588,5 mln euro (w tym 1,350,2 mln euro z EFS);

Priorytet IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach – 1,703,4 mln euro (w tym 1,447,9 mln euro z EFS);

Priorytet X. Pomoc techniczna – 456,8 mln euro (w tym 388,3 mln euro z EFS).

Zgodnie z oczekiwaniami, dzięki realizacji PO KL, wsparcie ma otrzymać ok. 950 tys. osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym 250 tys. osób do 24 roku życia oraz 150 tys. osób w wieku 50-64 lata. Środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej ma otrzymać ok. 100 tys. osób, dzięki czemu ma powstać ok. 110 tys. nowych miejsc pracy. Dodatkowo ok. 355 publicznych instytucji rynku pracy i ok. 1900 instytucji pomocy społecznej ma otrzymać różnego rodzaju wsparcie; szkoleniami zostanie objętych ok. 610 tys. pracowników przedsiębiorstw, ok. 24 tys. pielęgniarek i położnych, a także ok. 1200 lekarzy deficytowych specjalności (onkologia, kardiologia i medycyna pracy).

Podstawową funkcję w systemie zarządzania poszczególnymi programami operacyjnymi pełnią Instytucje Zarządzające. Dla wszystkich programów krajowych są one umiejscowione w Ministerstwie Rozwoju Regio-

nalnego, a dla programów regionalnych – w urzędach marszałkowskich.

Warto w tym miejscu zauważyć, że w dniu 22 czerwca 2007 roku zostały podpisane porozumienia w sprawie realizacji komponentu regionalnego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013 pomiędzy Grażyną Gęsicką, ministrem rozwoju regionalnego, pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej, oraz samorządami województw, którym powierzone zostaną zadania Instytucji Pośredniczących. Na podstawie zawartych porozumień oraz zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2006 roku o zasadach prowadzenia polityki rozwoju Instytucja Zarządzająca przekazuje Instytucjom Pośredniczącym realizację zadań w zakresie wdrażania komponentu regionalnego PO KL, obejmującego 4 osie priorytetowe (od VI do IX).

Instytucje Pośredniczące to te, do których Instytucja Zarządzająca deleguje część funkcji związanych z realizacją programu operacyjnego. Co ważne, dokonując takiej delegacji, Instytucja Zarządzająca zachowuje całkowitą odpowiedzialność za całość realizacji programu. Delegacja odbywa się na drodze odpowiedniego porozumienia, które określa szczegółowo zakres zadań Instytucji Pośredniczącej oraz wynikające z niego prawa i obowiązki obu stron porozumienia. W przypadku komponentu regionalnego PO KL funkcje Instytucji Pośredniczących pełnić będą samorządy województw.

Warto wiedzieć, iż zgodnie z ustawą o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz na podstawie porozumień, Instytucje Pośredniczące mają możliwość przekazywania części zadań do Instytucji Pośredniczących II stopnia (czyli instytucji bezpośrednio odpowiedzialnych za wdrożenia).

Dla beneficjentów realizujących programy leczenia narkomanii i profilaktyki antynarkotykowej kierowanej do ogółu społeczeństwa lub młodzieży szkolnej, do grup zagrożonych uzależnieniem oraz zamierzających podnieść kwalifikacje osób działających w tym obszarze (resocjalizacja i profilaktyka antynarkotykowa) istotniejsze jest jednak, z jakiego rodzaju dofinansowania oraz w ramach których priorytetów będą mogli z niego skorzystać (jako projektodawcy bądź też grupy docelowe).

W ramach PO KL przewidziano realizację projektów systemowych oraz konkursowych. Pierwsze z nich będą mogły być realizowane przez wskazanego w PO KL beneficjenta, Instytucję Pośredniczącą (IP) lub Instytucję

Pośredniczącą II stopnia (Instytucja Wdrażająca – IW). W przypadku drugiego trybu Instytucja Pośrednicząca (albo Instytucja Wdrażająca, jeżeli została wyznaczona) dokonuje wyboru projektów w procedurze konkursowej, na podstawie właściwych kryteriów.

## Projekty systemowe

Przypatrzmy się zatem w pierwszej kolejności projektom systemowym, w ramach których organizacje pozarządowe będą mogły podnieść kwalifikacje swoich pracowników.

Pierwszym z nich będzie Działanie 1.2 – Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej w ramach Priorytetu I. – Zatrudnienie i integracja społeczna. W działaniu tym istotna jest (dla organizacji pozarządowych) realizacja Celu 3. – Wzmocnienie instytucji pomocy społecznej i budowa partnerstwa na rzecz integracji społecznej.

Realizacja tego celu ma przyczynić się do wdrożenia standardów usług w 90% instytucji pomocy społecznej, objęcia ok. 70% kluczowych pracowników instytucji pomocy społecznej (bezpośrednio zajmujących się aktywną integracją) szkoleniami i innymi formami podnoszenia kwalifikacji. Około 50% projektów kierowanych do osób wykluczonych społecznie ma być realizowanych w partnerstwie.

Cel ten ma zostać w szczególności zrealizowany poprzez:

- podnoszenie kwalifikacji kadry instytucji pomocy i integracji społecznej poprzez kształcenie zmierzające do podniesienia potencjału w zakresie realizacji działań aktywizacyjnych (np. studia I i II stopnia, studia podyplomowe, doktoranckie, kursy zawodowe, w tym I i II stopień specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny),
- poprawę współpracy pomiędzy instytucjami pomocy i integracji społecznej a instytucjami rynku pracy na rzecz wspierania osób wykluczonych społecznie i ich integracji z rynkiem pracy,
- rozwijanie współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej na różnych poziomach administracyjnych (wojewódzkim, powiatowym i gminnym) – zwłaszcza w zakresie monitorowania i oceny efektywności działań, a także prognozowania sytuacji w obszarze polityki społecznej,
- upowszechnianie form aktywnej integracji i pracy socjalnej,

- łączenie i rozwijanie systemów informatycznych dla instytucji pomocy i integracji społecznej,
- rozwój i wdrożenie krajowego systemu szkoleń tematycznych i specjalistycznych,
- rozwijanie i wdrażanie w instytucjach pomocy społecznej instrumentów i narzędzi aktywnej integracji (np. kontrakty socjalne, programy aktywności lokalnej, instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych), skierowanych do osób doświadczających wykluczenia społecznego,
- poszerzanie oferty instytucji pomocy i integracji społecznej w zakresie usług aktywizacyjnych,
- opracowanie, wdrożenie i upowszechnianie standardów usług w pomocy społecznej,
- identyfikację i promocję najlepszych praktyk i rozwiązań z zakresu pomocy i integracji społecznej,
- wspieranie tworzenia i rozwoju partnerstwa publiczno-społecznego, działającego na rzecz osób wykluczonych.

Samo działanie ma na celu podniesienie jakości i efektywności funkcjonowania instytucji pracujących w obszarze pomocy i integracji społecznej poprzez rozszerzanie realizowanych przez nie usług, poprawę systemu monitorowania i oceny efektywności podejmowanych działań oraz inwestycje w rozwój kwalifikacji i kompetencji kadr.

W opisie działania możemy znaleźć przykładowe typy realizowanych projektów systemowych:

- tworzenie i rozwijanie standardów jakości usług instytucji pomocy i integracji społecznej,
- rozwój krajowego systemu szkoleń tematycznych i specjalistycznych (szkolenia dotyczące kwestii o zasięgu krajowym) oraz doskonalenia kadr instytucji pomocy i integracji społecznej (m.in. poprzez szkolenia/kursy, doradztwo, studia, studia podyplomowe, wizyty studyjne, specjalizacje, coaching, superwizję),
- poszerzanie oferty instytucji pomocy i integracji społecznej w zakresie usług na rzecz aktywizacji zawodowej i społecznej,
- budowa i ulepszanie systemu koordynacji oraz przekazywania informacji i danych między instytucjami działającymi w obszarze polityki społecznej i rynku pracy,
- identyfikacja i promocja najlepszych praktyk i rozwiązań z zakresu pomocy i integracji społecznej.

Grupy docelowe, czyli osoby, instytucje, grupy społeczne, które będą bezpośrednio korzystały ze wsparcia, to między innymi:

- jednostki organizacyjne pomocy społecznej i ich pracownicy,
- instytucje pomocy i integracji społecznej i ich pracownicy,
- organizacje pozarządowe zajmujące się statutowo problematyką pomocy i integracji społecznej i ich pracownicy,
- pracownicy administracji publicznej działający bezpośrednio w obszarze pomocy i integracji społecznej.

Udział ww. grup będzie się odbywał na zasadzie zgłoszenia do realizowanego projektu. Należy więc na bieżąco śledzić strony internetowe beneficjentów (w tym IP oraz IW), aby zgłosić swój udział do interesującego nas projektu.

Na realizację projektów w ramach tego działania przewidziano łączną kwotę 169,573 tys. euro.

Kolejnym Priorytetem (już regionalnym), gdzie przewidziano realizację działań systemowych dla m.in. organizacji pozarządowych, jest Działanie 7.3 – Równość szans dla wszystkich oraz promocja integracji społecznej w ramach Priorytetu VII. W obszarze tego Priorytetu interesujący jest Cel 1. – Poprawa dostępu do rynku pracy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, który ma zostać osiągnięty poprzez:

- rozwój form zatrudnienia, aktywizacji zawodowej i miejsc pracy dla osób z dysfunkcjami utrudniającymi integrację (w tym alternatywne formy zatrudnienia),
- zapewnienie dostępu do działań aktywnej integracji poprzez szersze zastosowanie kontraktów socjalnych oraz wdrażanie instrumentów i programów aktywizacji społeczno-zawodowej (w szczególności dla długotrwale bezrobotnych i niepełnosprawnych),
- upowszechnianie form aktywnej integracji i pracy socjalnej,
- wsparcie i promocję wolontariatu jako formy integracji osób z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- wspieranie działań innowacyjnych zorientowanych na poszukiwanie nowych form i metod zapobiegania wykluczeniu społecznemu,
- rozwój i zwiększenie dostępności wysokiej jakości usług społecznych, umożliwiających zwiększenie szans na rynku pracy (w szczególności dla osób

niepełnosprawnych), jak również usług opiekuńczych umożliwiających godzenie życia zawodowego z rodzinnym,

- wsparcie dla rozwoju inicjatyw na rzecz aktywizacji i integracji społeczności lokalnych, przyczyniające się do realizacji strategii rozwoju kapitału ludzkiego na terenach wiejskich,
- wzmacnianie i rozwój instytucji pomocy i integracji społecznej (m.in. poprzez upowszechnianie aktywnej integracji i pracy socjalnej, szkolenia, doradztwo, rozwój współpracy).

Realizacja tego celu ma przyczynić się do objęcia w 100% pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej (bezpośrednio zajmujących się aktywną integracją) szkoleniami i innymi formami podnoszenia kwalifikacji w systemie pozaszkolnym.

Działanie 7.3 – Równość szans dla wszystkich oraz promocja integracji społecznej jest realizowane we wszystkich regionach Polski, a jego celem jest zapewnienie równego dostępu do zatrudnienia osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, wykluczonym oraz dyskryminowanym na rynku pracy oraz podwyższenie ich statusu zawodowego i społecznego poprzez przygotowanie ich do wejścia i integracji na rynku pracy. Celem działania jest również wzmocnienie potencjału instytucji pomocy i integracji społecznej działających na terenie regionu, zmierzające do poprawy skuteczności ich funkcjonowania i jakości realizowanych usług.

W ramach pierwszego typu projektów systemowych przewidzianych w przedmiotowym Działaniu możemy znaleźć m.in. projekty mające na celu:

1. Rozwój form aktywnej integracji (m.in. poprzez kontrakty socjalne, indywidualne programy wychodzenia z bezdomności i programy aktywizacji lokalnej) zdefiniowanych w ustawie o pomocy społecznej, w tym:
  - wspieranie zatrudnienia tymczasowego, prac społecznie użytecznych (w szczególności w ramach podmiotów ekonomii społecznej i w sektorze usług opiekuńczo-wychowawczych),
  - wspieranie zdolności do podjęcia zatrudnienia poprzez zatrudnienie socjalne, szkolenia, staże, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy oraz zajęcia z aktywnego poszukiwania pracy,
  - poradnictwo psychologiczne, psychospołeczne, zawodowe i inne prowadzące do integracji społecznej i zawodowej,

- wsparcie mobilności na rynku pracy oraz rozwój usług pozwalających na przezwyciężenie indywidualnych barier w powrocie na rynek pracy,
- rozwój nowych form wsparcia indywidualnego i środowiskowego umożliwiających integrację zawodową i społeczną osobom ze specyficznymi trudnościami na rynku pracy.

2. Upowszechnianie aktywnej integracji i pracy socjalnej w regionie (wzmocnienie kadrowe służb pomocy społecznej).

Powyższe projekty będą realizowane w ramach projektów systemowych, dla których beneficjentem będą ośrodki pomocy społecznej. Grupą docelową będą natomiast:

- osoby bezrobotne, poszukujące pracy lub nie pozostające w zatrudnieniu, które jednocześnie należą do co najmniej jednej z poniższych grup:
  - osoby długotrwale korzystające ze świadczeń pomocy społecznej (powyżej 12 miesięcy),
  - osoby po zwolnieniu z zakładu karnego lub innej placówki penitencjarnej (do 6 miesięcy od jej opuszczenia),
  - osoby bezdomne,
  - osoby zaburzone psychicznie,
  - osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających, poddające się procesowi leczenia lub w okresie do 1 roku od jego zakończenia,
- ośrodki pomocy społecznej i ich pracownicy,
- inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej i ich pracownicy realizujący działania w zakresie integracji i pomocy społecznej w regionie.

W ramach drugiego typu projektów systemowych przewidzianych w przedmiotowym Działaniu możemy znaleźć m.in. takie, które mają na celu:

- rozwój form aktywnej integracji (m.in. poprzez kontrakty socjalne, programy aktywizacji lokalnej, indywidualne programy integracji uchodźców, osób ubiegających się o status uchodźcy, osób z pobytem tolerowanym, posiadających zezwolenie na osiedlenie się lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony oraz indywidualne programy usamodzielnienia osób opuszczających rodziny zastępcze czy placówki opiekuńczo-wychowawcze) zdefiniowanych w ustawie o pomocy społecznej, w tym:
  - wspieranie zatrudnienia tymczasowego, prac społecznie użytecznych i w ramach podmiotów ekonomii społecznej,



- wspieranie zdolności do podjęcia zatrudnienia poprzez zatrudnienie socjalne, szkolenia, staże, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy oraz zajęcia z aktywnego poszukiwania pracy,
- poradnictwo psychologiczne, psychospołeczne, zawodowe i inne prowadzące do integracji społecznej i zawodowej,
- rozwój nowych form wsparcia indywidualnego i środowiskowego umożliwiających integrację zawodową i społeczną osobom ze specyficznymi trudnościami na rynku pracy,
- rozwój form wsparcia dla osób niepełnosprawnych w zakresie integracji społecznej i zawodowej (w tym warsztatów terapii zajęciowej),
- upowszechnianie aktywnej integracji i pracy socjalnej w regionie (wzmocnienie kadrowe służb pomocy społecznej).

Powyższe projekty będą realizowane w ramach projektów systemowych, dla których beneficjentem będą powiatowe centra pomocy rodzinie. Grupą docelową będą natomiast:

- osoby bezrobotne, poszukujące pracy lub nie pozostające w zatrudnieniu, które jednocześnie należą do przynajmniej jednej z poniższych grup:
  - osoby niepełnosprawne,
  - uchodźcy, cudzoziemcy posiadający zgodę na pobyt tolerowany oraz cudzoziemcy posiadający zezwolenie na osiedlenie się, zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE, mający trudności z integracją zawodową i społeczną,
  - osoby opuszczające rodziny zastępcze oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze i resocjalizacyjne, mające trudności z integracją zawodową lub społeczną,
- powiatowe centra pomocy rodzinie i ich pracownicy,
- inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej i ich pracownicy realizujący działania w zakresie integracji i pomocy społecznej w regionie.

W ramach trzeciego typu projektów systemowych przewidzianych w przedmiotowym Działaniu możemy znaleźć m.in. projekty mające na celu szkolenia oraz specjalistyczne doradztwo dla kadr instytucji pomocy społecznej, działających na terenie regionu, powiązane bezpośrednio z potrzebami oraz ze specyfiką realizowanych zadań. Projekty tego typu będą realizowane w ramach projektów systemowych, dla których bene-

ficjentem będą regionalne ośrodki pomocy społecznej. Grupą docelową będą natomiast:

- pracownicy regionalnych ośrodków polityki społecznej,
- pracownicy ośrodków pomocy społecznej,
- pracownicy powiatowych centrów pomocy rodzinie,
- pracownicy innych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, którzy realizują działania w zakresie integracji i pomocy społecznej w regionie.

Udział ww. grup w ramach Działania 7.3 będzie się odbywał na zasadzie zgłoszenia do realizowanego projektu. Należy więc na bieżąco śledzić strony internetowe beneficjentów, w tym IP oraz IW, aby zgłosić swój udział do interesującego nas projektu. Na realizację projektów w ramach tego Działania przewidziano łączną kwotę 1,290,904 tys. euro.

## Projekty konkursowe

Dla środowisk i organizacji zajmujących się problematyką narkomanii istotne wydaje się Działanie 7.3

- Równość szans dla wszystkich oraz promocja integracji społecznej. W ramach tego Działania będą przyznawane dotacje na następujące typy projektów:
  - wsparcie (m.in. prawne, organizacyjne, szkoleniowe i finansowe) dla tworzenia i działalności jednostek sektora ekonomii społecznej, w tym: zakładów aktywności zawodowej, centrów integracji społecznej, klubów integracji społecznej, podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej,
  - wsparcie projektów tworzenia ośrodków rozwoju sektora ekonomii społecznej,
  - promowanie i wspieranie zatrudnienia w sektorze ekonomii społecznej i w organizacjach pozarządowych,
  - kursy i szkolenia umożliwiające nabycie, podniesienie lub zmianę kwalifikacji zawodowych,
  - poradnictwo psychologiczne, psychospołeczne, zawodowe i inne prowadzące do integracji społecznej i zawodowej, skierowane do osób zagrożonych wykluczeniem i ich otoczenia,
  - rozwój form zatrudnienia i wsparcie tworzenia miejsc pracy dla osób należących do grup szczególnego ryzyka (m.in. alternatywne i elastyczne formy zatrudnienia, telepraca),

- wsparcie mobilności na rynku pracy oraz rozwój usług przewyższających indywidualne bariery w powrocie na rynek pracy,
- rozwijanie umiejętności i kompetencji społecznych niezbędnych w poszukiwaniu i utrzymaniu zatrudnienia,
- wsparcie tworzenia i działalności instytucji aktywizujących osoby zaburzone psychicznie, w tym środowiskowe domy samopomocy,
- promocja i wsparcie wolontariatu, w zakresie integracji osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- wsparcie dla tworzenia i funkcjonowania pozaszkolnych form integracji społecznej młodzieży (świetlice socjoterapeutyczne, kluby środowiskowe),
- wsparcie lokalnych inicjatyw samoorganizacji i samopomocy na rzecz integracji społecznej,
- rozwój form wsparcia indywidualnego i środowiskowego umożliwiających integrację zawodową i społeczną osobom ze specyficznymi trudnościami na rynku pracy (w tym m.in. osobom niepełnosprawnym),
- organizowanie akcji i kampanii promocyjno-informacyjnych m.in. z zakresu równości szans, mobilności i elastyczności zawodowej, promowania postaw aktywnych oraz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu,
- szkolenia oraz specjalistyczne doradztwo dla kadr instytucji pomocy i integracji społecznej działających na terenie regionu, powiązane bezpośrednio z potrzebami oraz specyfiką realizowanych zadań,
- rozwój dialogu, partnerstwa publiczno-społecznego i współpracy na rzecz rozwoju zasobów ludzkich na poziomie regionalnym i lokalnym,
- prowadzenie, publikowanie i upowszechnianie badań i analiz z zakresu integracji i polityki społecznej w regionie.

Grupami docelowymi, do których powinny zostać skierowane działania, będą m.in.:

- osoby długotrwale bezrobotne,
- osoby niepełnosprawne,
- osoby powracające na rynek pracy po urlopach wychowawczych i macierzyńskich,
- osoby po 50 roku życia (50+),
- młodzież w wieku 15-25 lat zagrożona wykluczeniem społecznym (z wyjątkiem osób objętych wsparciem

- na szczeblu ogólnopolskim w ramach projektów systemowych realizowanych przez OHP),
- osoby zaburzone psychicznie,
- osoby bezdomne,
- uchodźcy, osoby z pobytem tolerowanym oraz osoby nie będące obywatelami polskimi posiadające zezwolenie na osiedlenie się lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, mające trudności z integracją zawodową i społeczną,
- członkowie mniejszości etnicznych i narodowych (z wyjątkiem Romów),
- osoby opuszczające rodziny zastępcze oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze, mające trudności z integracją zawodową i społeczną,
- osoby po zwolnieniu z zakładu karnego lub innej placówki penitencjarnej,
- osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających, poddające się procesowi leczenia lub po jego ukończeniu,
- otoczenie osób wykluczonych społecznie (w zakresie poradnictwa i projektów promocyjnych),
- pracownicy instytucji pomocy i integracji społecznej działających w regionie (z wyłączeniem publicznych),
- partnerzy społeczno-gospodarczy.

W ramach projektów konkursowych Działania 7.3 możliwy jest *cross-financing*<sup>1</sup>. Został on ograniczony do zakupu sprzętu i wyposażenia oraz dostosowywania pomieszczeń i miejsc pracy (m.in. do potrzeb osób niepełnosprawnych), a wartość przedmiotowych wydatków nie może przekroczyć 15% (tylko dla Priorytetu I i VII PO KL). *Cross-financing* może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, których poniesienie wynika z potrzeby realizacji danego projektu oraz powinien być powiązany wprost z głównymi zadaniami realizowanymi w ramach danego projektu.

Jak łatwo zauważyć, wśród działań dla organizacji zajmujących się problemem narkomanii i profilaktyką antynarkotykową przewagę mają projekty systemowe. Jednak należy uważnie śledzić zachodzące zmiany w dokumentach programowych (w szczególności w Uszczegółowieniu PO KL), gdzie może dojść do zmian w trybach projektów.

<sup>1</sup> - mechanizm tzw. elastycznego finansowania, polegający na możliwości zaangażowania środków z jednego funduszu (np. EFS) w realizację działań, których zakres merytoryczny zwyczajowo podlega pod obszar interwencji innego funduszu (np. EFRR).

*W historii uzależnień znaczącą rolę jako źródło substancji psychotropowych – halucynogenów odegrały grzyby. Od kilkunastu lat widoczne jest w Polsce duże zainteresowanie grzybami halucynogennymi. Problem ten z roku na rok staje się poważniejszy, a jego skutki mają wymiar społeczny, ekonomiczny, psychologiczny i zdrowotny.*

## PROBLEMATYKA GRZYBÓW HALUCYNOGENNYCH W POLSCE

Jan Szymański

Instytut Warzywnictwa im. Emila Chroboczka w Skierniewicach

Istnieje przekonanie, że reakcje organizmu, a przede wszystkim wizje spowodowane spożyciem grzybów zwanych popularnie i fachowo „grzybkami” są całkowicie bezpieczne i nie powodują uzależnienia, podobnie jak marihuana (Górecki 1993; Kosikowski 1996; Obmiński, Pokrywka 2002). Jest to mit. Pomijając kwestie dotyczące samego uzależnienia, zażywanie jakichkolwiek nieznanych grzybów (o różnym składzie chemicznym, w tym nieznanym składzie substancji psychotropowych), zwłaszcza tych o działaniu halucynogennym, powoduje duże niebezpieczeństwo wystąpienia zatrucia – niekiedy prowadzi nawet do śpiączki. Natomiast zatrucia grzybami mają z reguły bardzo ciężki przebieg.

Grzyby halucynogenne są objęte Ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 1789, poz. 1485, 2005). Postuluje ona:

- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania tych substancji.

Choć narkotyki używane były w wielu społecznościach i środowiskach od czasów zamierzchłych, to narkomania uznawana jest za zjawisko historycznie nowe, za symptom zmian, jakie w społeczne bytowanie wniósł wiek XX. Nielegalny handel narkotykami i związane z nim zjawisko narkomanii urasta obecnie do światowego problemu społecznego (Hołyst 1998).

Badania nad grzybami halucynogennymi zostały rozpoczęte kilka lat temu w Instytucie Warzywnictwa im. Emila Chroboczka w Skierniewicach. Do tej pory przeprowadzono rozmowy i nawiązano współpracę w tym obszarze ze specjalistami z Polski, Ukrainy, Czech, Węgier i Meksyku. Świadczy to o szerokim zainteresowaniu współpracą w zakresie tego problemu.

### Trochę historii

Tradycja przyjmowania grzybów halucynogennych pojawiła się w obrzędach kultowo-religijnych wśród Ariów na terenach północnych i środkowych obecnych Indii około 4000 lat temu. Znany był również kult grzybów w północnej i południowej Ameryce.

Historia grzybów halucynogennych w tym rejonie jest jeszcze starsza niż w Indiach, sięga ona ponad 9000 lat i wiąże się z kulturą Azteków i Meksykanów. W Meksyku powszechnie znanym halucynogenem była psylocyбина – aktywny składnik grzyba *Psilocybe mexicana* (*Astecorum*). Środek ten używany był w celach medycznych i religijnych przez Indian meksykańskich. Działanie podobne do psylocybiny wykazuje psylocina – teonanacatl. Teonanacatl jest

*Na ryzyko negatywnych skutków eksperymentowania z grzybami szczególnie narażone są osoby niestabilnej psychice, skłonne do reakcji psychotycznych. Mogą wówczas zostać wywołane ukryte psychozy, prowadzące do długotrwałych stanów psychotycznych, paranoidalnych, depresyjnych, które bardzo trudno jest leczyć, a rokowania na pełne wyleczenie są niepewne.*

aztecką nazwą grzyba halucynogennego z rodzaju *Psilocybe*. Pierwotnie grzybami halucynogennymi posługiwali się czarownicy, magowie, szamani, wodzowie plemion, kapłani, którzy pośredniczyli między



siłami nadprzyrodzonymi (bóstwami) a zwyczajnymi ludźmi. Ich zażywanie było kontrolowane i służyło kultowi (Cekiera 2005). Używanie grzybów halucynogennych znane było już w starożytnej Grecji, u plemion syberyjskich, gdzie pito także moczu osób, które spożywały wcześniej grzyby, aby złagodzić wizję u osób będących w transie albo je podtrzymać. Grzyby znane były także Wikingom, którzy używali ich przed walką, aby zwiększać waleczność i agresję. Również wśród Persów rozpowszechniony był zwyczaj zażywania środków narkotycznych przed walką (haszysz). Szamani z terenów Syberii Wschodniej oraz Zachodniej od tysięcy lat używali grzybów o nazwie *Amanita muscaria* – muchomor czerwony. W muchomorze czerwonym wykryto bufoteninę, tzw. jad ropuszy, którą to substancję znaleziono też w podskórku i gruczołach przyusznych ropuchy (*Bufo marinus*). Pomimo tego, że grzyby halucynogenne, obok roślin o podobnym działaniu i znaczeniu, były używane od tysiącleci, to w Europie i Stanach Zjednoczonych dopiero niedawno zdano sobie sprawę ze znaczenia, jakie miały w pierwotnych cywilizacjach, a także później w kulturze wyżej rozwiniętych społeczeństw. Nadal trwają badania dotyczące tego, jak można pomóc osobom chorym i cierpiącym, wykorzystując substancje czynne zawarte w grzybach, i odwrotnie, jak pomóc osobom stosującym grzyby w celu odurzenia. Zbyt mało wiemy o grzybach posiadających właściwości halucynogenne. W Polsce od niedawna prowadzi się szersze badania w tym zakresie. Zagadnienia dotyczące występowania, rozmieszczenia, cech makro- i mikroskopowych, składu chemicznego nadal wymagają opracowania. Mimo że prowadzone są badania od strony farmaceutycznej, medycznej,

*Grzyby halucynogenne, jako typowe narkotyki, łatwo mogą wprowadzić w świat nierealny, iluzji, halucynacji, a także zmienić świadomość. Zaburzenia psychiczne towarzyszące zażywaniu grzybów halucynogennych dotyczą istotnych procesów psychiki ludzkiej – spostrzegania, myślenia i uczuć. Wywoływane są one przez halucynogeny, substancje chemiczne pochodzenia roślinnego lub środki chemiczne, syntetyczne, które mają zdolność wywoływania omamów i złudzeń w odbieraniu wrażeń zmysłowych, często połączonych z objawami depersonalizacji i derealizacji z poczuciem lęku, strachu i zagrożenia.*

prawnej, sposobów zwalczania narkomanii, etnomikologicznej, etnofarmaceutycznej i podobnych praktycznych zagadnień, to wciąż potrzebne jest głębsze zainteresowanie tą tematyką.

Grzyby halucynogenne, jako typowe narkotyki, łatwo mogą wprowadzić w świat nierealny, iluzji, halucynacji, a także zmienić świadomość. Zaburzenia psychiczne towarzyszące zażywaniu grzybów halucynogennych dotyczą istotnych procesów psychiki ludzkiej – spostrzegania, myślenia i uczuć (Stamets

1996; Škubla 1989; Alberts, Mullen 2000; Stamets 2000). Wywoływane są one przez halucynogeny, substancje chemiczne pochodzenia roślinnego lub środki chemiczne, syntetyczne, które mają zdolność wywoływania omamów i złudzeń w odbieraniu wrażeń zmysłowych, często połączonych z objawami depersonalizacji i derealizacji z poczuciem lęku, strachu i zagrożenia. Do najczęściej konsumowanych halucynogenów zaliczane są: LSD 25, psylocybina, meskalina, yopo, harmina, myrystycyna oraz grzyby halucynogenne. W żargonie narkomańskim znane są jako: grzybki, psylocyby, psyliki, psyki, magiczne grzyby, baluny, susz ciemnobrązowy – shrooms (Cekiera 1992, Jędrzejko, Piórkowska 2004).

Spośród pięciu tysięcy znanych i opisanych gatunków grzybów, około 200 to grzyby trujące, a z tych około 80-90 to grzyby halucynogenne. Posiadają one właściwości psychoaktywne, zmieniające psychikę, pobudzające, deformujące procesy spostrzegania, świadomości. Grzyby zaliczano dawniej do roślin zarodnikowych w królestwie wszystkich roślin (*Plantae*), do wyodrębnionego podkrólestwa *Mycota*. Obecnie, po stwierdzeniu widocznych różnic między roślinami i grzybami, są one traktowane jako odrębne królestwo:



*Mycobionta*. Większość grzybów jadalnych należy do podstawczaków, do których zalicza się również grzyby o właściwościach leczniczych, trujących, w tym halucynogennych. Grzyby te pełnią istotną (pozytywną i negatywną) rolę w przyrodzie i gospodarce człowieka (Grzywacz 2003). Współczesna systematyka grzybów (Kirk i in., 2001) w szerokim ujęciu grupuje wszystkie opisane do tej pory na świecie gatunki w 11 typów (gromad). Grzyby halucynogenne należą do podkrólestwa grzybów właściwych (*Fungi*), do gromady grzybów podstawkowych (*Basidiomycota*). Grzyby podstawkowe to obok grzybów workowych najliczniejsza w gatunki gromada grzybów właściwych. Obejmuje 3 klasy, 31 rzędów, 168 rodzin, 1351 rodzajów oraz 29 912 opisanych do tej pory tzw. dobrych gatunków. Do badań nad grzybami halucynogennymi wytypowano 11 gatunków (Sadowska, Wrzosek 2005).

## Skutki zażywania grzybów

Działanie grzybów zaliczanych do halucynogennych oraz grzybów znanych jako trujące, zarówno muchomora czerwonego, jak i tygrysowatego, wywołane jest obecnością halucynogenów – psylocyny, psylocybiny, baeocystyny, norbaeocystyny, także mykoatropiny, muscimolu, muskarydyny i bufoteniny. Właściwości chemiczne muchomora plamistego są jeszcze mało znane (Burda 1998; Cekiera 2005). Przyjmuje się, że te substancje halucynogenne działają na system nerwowy, bezpośrednio na synapsy (miejsca funkcyjnych połączeń między włóknami nerwowymi), gdzie przekazywana jest czynność z jednego neuronu do drugiego, albo w metabolizmie związku nośnego – serotoniny, chemicznie spokrewnionego z halucynogenami. Halucynogeny obniżają selektywność mózgu na bodźce. Neurofizjologiczne i psychologiczne skutki intoksykacji halucynogennej są zjawiskiem o charakterze złożonym, ponieważ wpływają na

funkcję pamięci oraz inne funkcje psychiczne (Cekiera 2005).

Innym niebezpieczeństwem i ryzykiem związanym z zażywaniem halucynogenów są zaburzenia metabolizmu, uszkodzenia organiczne (ryzyko raka, napadów epileptycznych itp.) oraz uszkodzenie funkcji rozrodczych (poronienia lub wady płodu). Zażywanie halucynogenów związane jest również z ryzykiem np. popełnienia samobójstwa. Pojawiające się objawy flash back, czyli nawrotów stanów halucynogennych i depresyjnych, dodatkowo utrudniają proces leczenia (Cekiera 1965).

W sytuacji, gdy coraz częściej policja i leśnicy odnotowują przypadki zakazanego przez prawo zbierania grzybów halucynogennych, należy szczególnie za-

ostrzyżyć nie tylko kontrolę, lecz przede wszystkim zwiększyć ilość akcji uświadamiających, informacyjnych i profilaktycznych, które dotyczyłyby szkodliwych skutków konsumowania grzybów halucynogennych (Cekiera 2005). Duże zainteresowanie tymi grzybami zwiększa ryzyko zatrucia i stanowi istotne niebezpieczeństwo nie tylko dla młodzieży, ale także dla każdego, kto ryzykuje ich spożywanie.

W Polsce halucynogenne właściwości grzybów znane były od ponad 1000 lat. Obecnie grzyby halucynogenne są typowym narkotykiem halucynogennym, znanym

w wielu krajach. Do tej pory wyodrębniono kilka gatunków tych grzybów (Gartz 1999), między innymi: muchomor czerwony – trujący (*Amanita muscaria*), muchomor plamisty (*Amanita pantherina*), łysiczka lancetowata (*Psilocybe semilanceata*), łysiczka łąkowa (*Psilocibe crobulus*), czernidłak pospolity (*Coprinus atramentarius*), czernidłak narkotyczny (*Coprinus narcoticus*), kołpaczek motylkowaty (*Panaeolus papilionaceus*). Zażywanie ich powoduje zatrucie, nudności, wymioty, uszkodzenie nerek i wątroby, utratę pamięci, bóle głowy, żołądka, podwyższenie temperatury ciała, utratę kontaktu z otoczeniem, zachowania agresywne, a nawet śmierć. Grzyby te

*Psilocybe semilanceata to najbardziej popularny polski grzyb halucynogenny i jest najczęściej wykorzystywany do wywołania działań halucynogennych. Zawarte w owocniku grzyba halucynogenne substancje aktywne psylocybina i psylocyna wykazują aktywność farmakologiczną zbliżoną do innych syntetycznych analogów dostępnych na rynku.*

zawierają substancje psychoaktywne (muscimol, muskazin). Odurzenie wywołane po ich spożyciu podobne jest do stanu upojenia alkoholowego, ale mogą one też wywołać stany podrażnienia, wściekłości, agresji. U konsumentów tych grzybów zmieniona zostaje percepcja wzrokowa, słuchowa, czuciowa. Następuje znaczna zmiana w odbiorze wrażeń, które przybierają formę agrawacji – subiektywnego wyolbrzymiania, przejawskrawienia istniejących objawów chorobowych przez pacjenta; drobne przedmioty jawią się jako olbrzymy, pojawiają się intensywne barwy, oślepiającym staje się zwykle oświetlenie (Cekiera 2003). Osoba po zażyciu grzybów staje się gadatliwa, beztrocka, prowadzi dialogi ze sobą lub otaczającymi przedmiotami, albo z urojonymi zjawami. Wesoły nastrój wywołany jest halucynacjami. Konsumowanie grzybów w jakiegokolwiek postaci, chociaż nie stanowi ryzyka uzależnienia fizycznego, to ze względu na szerokie spektrum odbioru wrażeń psychicznych może być niebezpieczne, nie tylko z powodu toksyczności, lecz z przyczyn nieroztropnego zachowania pod wpływem halucynacji, np. poczucia zagrożenia, ucieczki, wypadku na ulicy, autoagresji itp. (Cekiera 2005).

Innym niebezpieczeństwem związanym z zażywaniem grzybów jest rozbicie psychiki, jej jedności i harmonii, dezintegracja procesów psychicznych, sztuczne wprowadzanie się w stany schizofrenopodobne, które mogą ulec utrwaleniu i nawet po długim okresie nieprzyjmowania grzybów stany psychotyczne mogą powracać jako tzw. flash backi, analogicznie jak przy zażywaniu LSD. Na ryzyko negatywnych skutków eksperymentowania z grzybami szczególnie narażone są osoby o niestabilnej psychice, skłonne do reakcji psychotycznych. Mogą wówczas zostać wywołane ukryte psychozy, prowadzące do długotrwałych stanów psychotycznych, paranoidalnych, depresyjnych, które bardzo trudno jest leczyć, a rokowania na pełne wyleczenie są niepewne (Cekiera 2001).

Dotychczasowa wiedza dotycząca występowania grzybów halucynogennych w Polsce wymaga uzupełnienia o systematyczną i szczegółową analizę z całego terenu Polski, uwzględniającą różnice ekologiczne i aplikacyjne grzybów. Analiza taka miałaby cele nie tylko naukowe, ale też społeczno-wychowawcze.

Badania, które przeprowadzono w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszew-

skiego w Lublinie, wykazały różny poziom zawartości alkaloidów halucynogennych w grzybach z rodzaju *Psilocybe*, w zależności od stanowiska, z którego zostały zebrane. Jak się okazuje, zawartość tych związków w badanych próbkach jest zależna od sposobu prowadzenia procesu ekstrakcji. Identyfikacja substancji psychoaktywnych w grzybach halucynogennych występujących w Polsce została przeprowadzona w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Grzyby halucynogenne z rodzaju *Psilocybe*, posiadające właściwości psychodeliczne, określane często mianem *effect of magic mushrooms*, są reprezentowane na terenie Polski przede wszystkim przez *Psilocybe semilanceata*. Jest to najbardziej popularny polski grzyb halucynogeny i jest najczęściej wykorzystywany do wywołania działań halucynogennych. Zawarte w owocniku grzyba halucynogennej substancje aktywne psylocybina i psylocyna wykazują aktywność farmakologiczną zbliżoną do innych syntetycznych analogów dostępnych na rynku. Przy pomocy metody chromatografii gazowej i spektrometrii masowej (GC/MS) potwierdza się występowanie w grzybach rodzaju *Psilocybe* psylocybiny (4-fosforyloksy-N, N-dimetylotryptamina jako główny składnik) i produktu jej hydrolizy – psylocyny (4-hydroksy-N, N-dimetylotryptamina).

## Wnioski

- Stwierdzenie występowania grzybów halucynogennych w Polsce, a następnie ich dokładne opisanie związane było ze szczegółowymi badaniami fizjograficznymi, toksykologicznymi i chemicznymi przeprowadzonymi w ostatnich latach.
- Systematyczne badania kliniczne i mikrobiologiczne grzybów halucynogennych występujących w Polsce wymagają odpowiedniego i aktualnego materiału, pochodzącego z różnych warunków ekologicznych.
- Wyznaczono charakterystyczne tereny występowania grzybów halucynogennych w badanych częściach Polski zwanych „zagłębiami” występowania tych grzybów.
- W sprawie występowania grzybów halucynogennych nawiązany został ścisły kontakt z informatorami. Rozpoczęto współpracę z Wydziałami Kryminalnymi wszystkich Komend Wojewódzkich oraz Sekcji

Kryminalnych wybranych Komend Powiatowych Policji, a następnie z wybranymi oddziałami Straży Granicznej i wybranymi komendami Straży Miejskich.

## Bibliografia

1. Aberts A., Mullen P., „Psychoaktywne rośliny i grzyby“, Muza SA, Warszawa 2000.
2. Auert G.V., Doležal M., Hausner M., „Hallucinogenic effect of 2 mushrooms of the genus *Psilocibe* from Czechoslovakia“, *Z. Artl. Fortbild (Jena) Sep.* 1. 74, Smerdzievo 1980.
3. Brąclik M., Kucharz E.J., Kotulska A., „Zatrucie czernidłakiem pospolitym uprzednio nieznanym grzybem halucynogenym: opis dwóch przypadków“, *Pol. Archiv. Med. Wew.* 100, 1998.
4. Bugajny W., „Woda na młyn narkomanii“, *Problemy Alkoholizmu* 4, 1995.
5. Bujakiewicz A., Lisiewska M., „Mikologia. Przewodnik do ćwiczeń terenowych i laboratoryjnych“, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2003.
6. Burda P.R., „Zatrucie ostre grzybami i roślinami wyższymi“, PWN, Warszawa 1998.
7. Cekiera C., „Toksykomania, narkomania, alkoholizm, nikotynizm“, PWN, Warszawa 1985.
8. Cekiera C., „Halucynogeny“, *Problemy Alkoholizmu* 12, 1992.
9. Cekiera C., „Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych“, TN KUL, Lublin 2001.
10. Cekiera C., „Ryzyko uzależnień“, TN KUL, Lublin 2003.
11. Cekiera C., „Ryzyko konsumowania grzybów halucynogenych“, *Problemy Alkoholizmu* 4-5, 2005.
12. Deveaux M., Coutecuisse M., Gesset D., „Toxicological aspects of European hallucinogenic mushrooms“, *J. Med. Leg. Droit. Med.* 41/3-4, 1998.
13. Furst P.T. (ed.), „Flesh of the gods: the ritual use the hallucinogens“, Praeger Publishers New York 1972.
14. Gaert J., „Veselé houby“, Volvox Globator, Praha 1999.
15. Górecki W., „Marihuana – wróg czy przyjaciel?“, *Problemy Alkoholizmu* 12, 1993.
16. Grzywacz A., „Różnorodność gatunkowa – grzyby“ [w:] *Różnorodność biologiczna Polski*, R. Andrzejewski, A. Weigle (red.), NFOŚ, Warszawa 2003.
17. Hajjcek-Doberstein S., „Soma sidhas and alchemical an-lighentment: psychedelic mushrooms in Buddhist tradicon“, *J. Ethnopharmacol.* 48 (2), 1995.
18. Hołyst B., „Narkomania i lekomania a przestępczość“, *Problemy Alkoholizmu* 3, 1998.
19. Jędrzejko M., Piórkowska K., „Leksykon narkomanii“, WSH, Pułtusk 2004.
20. Kała M., Lechowicz W., Stanaszek R., „Analysis of psilocybin Polish hallucinogenic mushrooms“, *Act Poll. Tox.* 6.2, 1998.
21. Kirk P. M., Cannon P.F., David J.C, Staplers J.A., „Dictionary of the Fungi“, CAB International, Egham 2004.
22. Kosikowski W., „Tajemnice marihuany“, *Problemy Alkoholizmu* 7, 1996.
23. Kruszevska S., Rzepecki J., Szymańska S., „Ostre zatrucia. Narkotyki i środki odurzające“, 1998.
24. Lassen J.F., Lassen N.F., Skov J., „Hallucinogenic mushroom using by Danish students: pattern of consumption“, *J. Intrn. Med. Feb* 233 (2), 1993.
25. Lee J. Ch.-I., Cole M., A Linacre A., „Identification of member of the genera *Panaeolus* and *Psilocybe* by a DNA test. A preliminary test for hallucinogenic fungi“, *Forensic Science International* 112, 2000.
26. Łuszczynski J., „Przewodnik do ćwiczeń z mikologii“. Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2002.
27. Magdalan J., „Ostre zatrucia grzybami halucynogennymi“, *Archiv Clin Exp Med.* 9, 2000.
28. Maisto S.A., Galizzio M., Connors J., „Uzależnienie zażywanie i nadużywanie“, Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom „Karan“, Warszawa 2000.
29. Moser M., „Die Röhrlinge und Blätterpilze (Polyporales, Boletales, Agaricales, Russulales)“, Band II b/2 Basidiomyceten. 2Teil, 1978.
30. Musshoff F., Madea B., Beike J., „Hallucinogenic mushrooms on the Germanic market – simple instruction for exam“, *Forensic Sci. Int. Sep.* 11.113 (1-34), 2000.
31. Obmiński Z., Pokrywka A., „Marihuana zagrożenie dla zdrowia“, *Problemy Alkoholizmu* 1, 2002.
32. Passini, Fasoli., „Podstawy farmakologii substancji najczęściej nadużywanych“ [w:] *Kompedium wiedzy o profilaktyce*, tom II, *Nadużywanie i nielegalny obrót substancjami uzależniającymi*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 1997.
33. Pych M, Gabrysiak J., „Narkotyki ich rodzaje. Działanie, skutki nadużywania“, Wyd. Inf.-Eduk. PW „Kama“, Nowy Dwór Mazowiecki 1999.
34. Sadowska B., Wrzosek M., „Grzyby halucynogenne Polski“, Inst. Warz. im. E. Chroboczka, Warszawa – Skierniewice 2005.
35. Stamets P., „Psilocybin mushrooms of the world“, Ten Speed Press, Berkeley 1996.
36. Stamets P., „Halucinogenní houby sveta“, Volvox Globator, Praha 2000.
37. Szymański J., Świętosławski J., „Hallucinogenic mushrooms in Poland“, *Folia Medica Lodziensia* 32, 2005.
38. Škubla P., „Tajomné huby priroda“, Bratislava 1989.
39. Śledzieniewski J., „Inicjacja uzależnień świętokrzyskiej młodzieży (badania, wyniki, wnioski)“, *Problemy Alkoholizmu* 2, 2001.
40. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii, DZ.U. Rz. P. Nr 179, poz. 1485.
41. Wiernikowski A., „Uzależnienie, rozpoznawanie i leczenie“ [w:] *Problemy wieku dorastania*, Wyd. Ad vocem im. prof. Marka Hieronima Sycha, Kraków 2001.
42. Westberg U., Karison-Stiber C., „Hallucinogenic mushrooms popular again – sale via internet“, *Lakartidningen* 96 (7), 1999.



*Celem projektu E-POD jest wykrywanie, monitorowanie i reagowanie na nowe zjawiska na scenie narkotykowej, a więc zarówno na pojawiające się trendy i wzory związane z używaniem narkotyków, jak i na zmieniający się rynek narkotykowy.*

## ŹRÓDŁA INFORMACJI WYKORZYSTYWANE PRZY WYKRYWANIU, ANALIZOWANIU I MONITOROWANIU NOWYCH TRENDÓW NA EUROPEJSKIEJ SCENIE NARKOTYKOWEJ – PROJEKT E-POD

Jan Dawid Chojecki  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W zjawisku narkomanii, podobnie jak w innych dziedzinach życia, mamy do czynienia z ciągłą dynamiką. Zmiany wynikają z wielu różnych czynników, takich jak np.: zmiany socjo-kulturowe w społeczeństwach, moda na konkretne używki lub typy używek, nowe technologie produkcji narkotyków, zmiany w prawie narkotykowym, działalność instytucji likwidujących przestępczość narkotykową (co wpływa na dostępność narkotyków), wreszcie sama substancja (jej cena, jakość, stopień toksyczności) itd. Niektóre zmiany zachodzą nagle, niektóre stopniowo; niektóre są w miarę trwałe, inne z kolei – raczej tymczasowe; jedne obejmują tylko jakiś fragment społeczeństwa, a inne znaczną część populacji krajowej, europejskiej czy nawet światowej. Aby lepiej zrozumieć te zmiany, przyczyny ich powstawania, zasięg, trwałość i wreszcie ich wpływ na społeczność użytkowników narkotyków (i nie tylko ich), w roku 2005 zainicjowany został przez EMCDDA projekt o nazwie E-POD (*European Perspectives on Drugs*). Jego celem jest wykrywanie, monitorowanie i reagowanie na nowe zjawiska na scenie narkotykowej, a więc zarówno na pojawiające się trendy i wzory związane z używaniem narkotyków, jak i na zmieniający się rynek narkotykowy. Wykorzystanie powyższych informacji ma się przyczynić do lepszego, potwierdzonego rzetelnymi danymi opisu i zrozumienia nowych zjawisk na scenie narkotykowej.

### Zbieranie danych

Narzędziem wybranym przez EMCDDA do oceny sytuacji w Europie jest studium przypadku. Główną metodą badawczą mającą na celu weryfikację rzetelności pozyskiwanych informacji jest triangulacja danych, która polega na zbieraniu różnego rodzaju informacji o zjawisku z następujących źródeł:

- danych z pięciu głównych wskaźników EMCDDA (zgodnie z Planem Działania UE, wskaźniki te to: rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej, oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania narkotyków, występowanie chorób zakaźnych w związku z używaniem narkotyków, zgony związane z używaniem narkotyków, zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków);
- badań jakościowych (przede wszystkim wśród użytkowników);
- pozostałych źródeł (np. doniesienia medialne, Internet, literatura naukowa, ekspertyzy sądowe, informacje o zatruciach itd).

Pierwszymi zagadnieniami rozpatrywanymi w ramach projektu były grzyby halucynogenne (zawierające psylocynę lub/i psylocybinę) oraz GHB, powszechnie nazywane „pigułką gwałtu” (ang. *date-rape drug*). Realizacja projektu miała miejsce w drugiej połowie 2006 roku. Wzięło w nim udział 12 państw Unii Europejskiej (w tym Polska) oraz Norwegia. Z polskiej strony „członkiem” projektu było (i jest)



Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Ze względu jednak na brak rzetelnych informacji na temat sytuacji GHB w naszym kraju, zgłosiliśmy się tylko do opracowania studium przypadku na temat grzybów halucynogennych. W czerwcu 2006 roku EMCDDA opublikowało raport z pierwszej fazy projektu E-POD, który dotyczył właśnie grzybów halucynogennych. Raport na temat GHB ukaże się pod koniec 2007 r.

Przy zbieraniu danych państwa członkowskie wykorzystywały m.in. takie źródła informacji, jak:

- dane otrzymywane od organów ścigania (np. liczba konfiskat, ceny, nielegalna produkcja);
- dane uzyskane z ilościowych badań epidemiologicznych na temat „popularności” grzybów halucynogennych i GHB zarówno wśród populacji ogólnej, jak i wśród młodzieży szkolnej (np. ESPAD);
- wyniki badań jakościowych realizowane wśród samych użytkowników i grup wysokiego ryzyka (klubowicze, homoseksualiści). Były tu brane pod uwagę takie zmienne, jak m.in.: kontekst użycia, dawki, postać narkotyku i drogi przyjmowania, wiek użytkowników, doświadczenie z innymi substancjami psychoaktywnymi itd.;
- dane otrzymywane od osób/institucji zajmujących się fachową pomocą osobom z problemem narkotykowym (telefony zaufania, poradnie leczenia uzależnień, street i party workerzy itp.);
- Internet i media (niestety jest to najmniej wiarygodne źródło danych). Wiarygodność informacji uzyskiwanych z Internetu i prasy/TV była jednym z tematów dyskusji w trakcie spotkania w Lizbonie dotyczącego projektu E-POD, które odbyło się w maju 2007 roku.

Osobnymi obszarami w ramach powyższego badania były zagadnienia prawne, takie jak aktualny statut prawny poszczególnych substancji (a w przypadku GHB także prekursorów służących do jego produkcji)

oraz rys historyczny (tu korzystano przede wszystkim z literatury).

## Napotkane trudności i wskazówki na przyszłość

Źródła informacji zbieranych i wykorzystywanych w projektach E-POD-u można ogólnie podzielić na dwa rodzaje:

- informacje już istniejące (statystyki, raporty z badań, literatura itd.);
- informacje uzyskiwane *ad hoc*, specjalnie na potrzeby projektu. W tym przypadku najważniejsze wydają się badania zorientowane na daną substancję, takie jak np. badania fokusowe wśród użytkowników.

*Źródła informacji zbieranych i wykorzystywanych w projektach E-POD-u można ogólnie podzielić na dwa rodzaje: informacje już istniejące (statystyki, raporty z badań, literatura itd.) oraz informacje uzyskiwane ad hoc, specjalnie na potrzeby projektu. W tym przypadku najważniejsze wydają się badania zorientowane na daną substancję, takie jak np. badania fokusowe wśród użytkowników.*

Pozyskiwanie obu typów informacji (a w szczególności tych bazujących na badaniach *ad hoc*) wiąże się niestety z wieloma ograniczeniami, przede wszystkim: limity czasowe (zaangażowani w E-POD będą mieli od 3 do 6 miesięcy na zebranie i przeanalizowanie informacji od momentu oficjalnego „ogłoszenia tematu” przez EMCDDA), limity związane z brakiem dostępu lub w ogóle z brakiem pewnego rodzaju danych w kraju i oczywiście brak zasobów finansowych i/lub personalnych.

Mimo że potencjał możliwości uzyskania informacji był teoretycznie ogromny, w praktyce jednak poszczególne państwa miały dostęp tylko do niektórych z wyżej wymienionych źródeł danych. Na przykład badanie jakościowe na temat używania GHB przez grupy podwyższonego ryzyka zostały przeprowadzone tylko w Wielkiej Brytanii (badanie adresowane było do klubowiczów, osób odwiedzających strony przeznaczone dla użytkowników narkotyków, środowiska homoseksualnego).

Pierwsze studium przypadku było pilotażowe i w trakcie kompilowania i analizowania danych z poszczególnych państw członkowskich EMCD-

DA napotkało także na pewne słabe strony. Dlatego zgodnie ustalono, że przy planowaniu następujących studiów należy m.in.:

- wystandaryzować i ujednolicić metody przeszukiwania Internetu i oceny informacji uzyskanych za jego pomocą, to samo dotyczy się prasy i innych mediów;
- zwracać większą uwagę na to, by zbierane informacje nie pokrywały się z informacjami już dostępnymi (np. uwzględnionymi w rocznych raportach krajowych wysyłanych do EMCDDA). W praktyce wyglądać ma to w ten sposób, że państwa zaangażowane w projekt E-POD będą wypełniać odpowiednie formularze i przysyłać w określonym terminie do EMCDDA. Z kolei pracownicy EMCDDA będą poddawali opracowania analizie, a przy tworzeniu raportów z *case study* będą wykorzystywać także informacje z już istniejących rocznych raportów krajowych. Chodzi więc o to, aby zaangażowani w projekt całą swoją uwagę, czas i energię wykorzystali wyłącznie na zdobywanie danych i informacji niedostępnych w EMCDDA;
- ustanowić ostateczny dobór kryteriów wyboru zarówno przyszłych tematów na studia przypadków, jak i kluczowych informatorów.

Ten ostatni punkt został już częściowo rozstrzygnięty w trakcie spotkania. Ustalono, że w przyszłości kryteriami wyboru studiów przypadku na temat substancji/zjawiska będą takie okoliczności, gdy:

- istnieje potencjał rozprzestrzeniania się danej substancji (np. niska cena, dobra jakość, moda, wysoka dostępność);
- istniejące informacje są nierzetelne, niewiarygodne lub wprowadzające w błąd;

- jest luka wiedzy na temat danej substancji w UE;
- istnieje wysokie ryzyko związane z używaniem;
- są niepokojące doniesienia medialne;
- występują zmiany w raportach (np. w używaniu, w liczbie/wielkości konfiskat).

## Dylematy

Na ostatnim spotkaniu omówiono także kwestię wpływu publikowanych raportów ze studiów przypadku na media. Jest to kwestia wyjątkowo trudna do rozstrzygnięcia, ponieważ udostępnianie informacji

*W zjawisku narkomanii, podobnie jak w innych dziedzinach życia, mamy do czynienia z ciągłą dynamiką. Zmiany wynikają z wielu różnych czynników, takich jak np.: zmiany socjo-kulturowe w społeczeństwach, moda na konkretne używki lub typy używek, nowe technologie produkcji narkotyków, zmiany w prawie narkotykowym, działalność instytucji likwidujących przestępczość narkotykową, wreszcie sama substancja (jej cena, jakość, stopień toksyczności) itd.*

mediom może mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ, co niestety czasem bardzo trudno przewidzieć. Zgodzono się, że szum medialny, który pojawia się wokół trendu może mieć skutek odwrotny do oczekiwanego. Na przykład po opublikowaniu raportu na temat grzybów halucynogennych już zastrzono przepisy prawne (lub zastrzenie takie jest planowane) w niektórych państwach dotyczące grzybów zawierających psylocynę i/lub psylocybinę. Z monitorowanych przez EMCDDA stron internetowych przeznaczonych dla użytkowników substancji psychoaktywnych napływają niepokojące informacje, że w związku z zastrzeniem

prawa zwolennicy grzybów zawierających psylocybinę/psylocynę wykazują zainteresowanie o wiele bardziej niebezpiecznym i toksycznym muchomorem sromotnikowym jako legalną alternatywą.

Następnymi studiami przypadków opracowywanymi w ramach projektu E-POD będą: metamfetamina, sterydy anaboliczne a także zmiany drogi przyjmowania narkotyków.

*Na terenie Mokotowa działa około 100 państwowych instytucji i organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom i rodzinom dotkniętym problemem uzależnień oraz przemocy, w tym w obszarze samych tylko uzależnień 25 takich instytucji. Placówki te prowadzą m.in. poradnie, punkty informacyjne, świetlice, kluby abstynenta, ogniska wychowawcze itp.*

# LOKALNY PROGRAM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W WARSZAWSKIEJ DZIELNICY MOKOTÓW

*Beata Prasula*

*Dział ds. Uzależnień Ośrodka Pomocy Społecznej dla Dzielnicy Mokotów*

Mokotów to dzielnica o zróżnicowanym charakterze zabudowy i zagospodarowania, zajmująca rozległe tereny górnego i dolnego tarasu malowniczej skarpy wiślanej. Dzielnica ma 3542 ha (35,4 km<sup>2</sup>) powierzchni. Gęstość zaludnienia wynosi 6,5 tys. na 1 km<sup>2</sup> (średnia dla Warszawy to 3,3 tys. na 1 km<sup>2</sup>). Mokotów sąsiaduje z Wilanowem, Ursynowem, Włochami, Ochotą, Śródmieściem, Pragę-Południe i Wawrem.

W południowo-zachodniej części Mokotowa znajduje się Służewiec Przemysłowy. Jest to teren dotknięty dużym bezrobociem, jego mieszkańcy to przede wszystkim pracownicy fabryk, które kiedyś tam działały. Po ich zamknięciu ludzie zostali bez środków do życia. Z drugiej strony Służewiec rozbudowuje się i powstają na tym terenie nowoczesne osiedla mieszkaniowe oraz centrum handlowo-biznesowe. Tego rodzaju kontrasty pojawiają się również w innych częściach dzielnicy.

Na Mokotowie funkcjonuje 120 publicznych placówek oświatowych. Liczba uczniów w poszczególnych rodzajach placówek przedstawia się następująco: w szkołach publicznych uczy się 21,908 uczniów, do szkół podstawowych uczęszcza 7,598 uczniów, do gimnazjów – 4808 uczniów, do szkół ponadgimnazjalnych (zespoły szkół w tym licea ogólnokształcące) – 9,502 uczniów. Na

Mokotowie działają 33 szkoły niepubliczne, 7 domów kultury, dość liczne ośrodki sportowe i rekreacyjne.

Liczba mieszkańców Mokotowa, największej dzielnicy Warszawy, wynosiła na koniec 2003 roku wg danych GUS 230,617 osób. W latach 1999–2003 Mokotów charakteryzował się stopniowym spadkiem ludności, w tym dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat, z 25,884 w 1999 roku do 20,991 w 2003 roku. Prognoza demograficzna przewiduje dalszy stopniowy spadek i starzenie się ludności dzielnicy. Prognozowany spadek ludności (z 230,617 w 2003 roku do 200,315 osób w 2015 roku) będzie skutkiem

*Na Mokotowie funkcjonują dwa punkty informacyjno-konsultacyjne. Rocznie udzielają one ponad 1300 konsultacji, ponad 400 porad, 250 interwencji, prawie 600 konsultacji telefonicznych. Ponad połowa klientów (52%) zwracała się do pracowników punktów z osobistym problemem, 47% z problemem dotyczącym osoby bliskiej, 1% z kłopotami dotyczącymi kogoś innego.*

ujemnego przyrostu naturalnego i ujemnego salda migracji.

Liczba bezrobotnych wynosiła na Mokotowie 7,185 osób w czerwcu 2004 roku. Z pomocy społecznej korzystało w 2004 roku 7,168 rodzin, w skład których wchodziło 11,400 osób.

## **Jaka młodzież?**

Na terenie Mokotowa działa około 100 państwowych instytucji i organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom i rodzinom dotkniętym problemem uzależnień oraz przemocy, w tym w obszarze samych tylko uzależnień 25 takich instytucji. Placówki te pro-



wadzą m.in. poradnie, punkty informacyjne, świetlice, kluby abstynenta, ogniska wychowawcze itp.

Badania, realizowane cyklicznie co 4 lata (począwszy od 1984 roku) wśród 15-latków dzielnicy Mokotów przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a dotyczące używania przez młodzież środków psychoaktywnych, pokazały, iż w 2000 roku blisko 55% badanej młodzieży deklaroowało picie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, a 18% młodzieży upiło się w ciągu ostatnich 30 dni. W ciągu ostatniego roku 36% młodzieży deklaroowało palenie papierosów, 20% próbowało choć raz jakiegoś narkotyku, a 15% zażyło choć raz leki uspakajające lub nasenne. Wśród substancji psychoaktywnych naj-silniejsza dynamika wzrostu dotyczyła narkotyków. Odsetek uczniów, którzy przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku próbowali jakiegoś narkotyku, zwiększył się z ok. 3% w 1988 roku do 20,6% w 2000 roku. Zwiększał się również odsetek młodzieży deklarującej częste używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku przed badaniem.

W drugiej połowie lat 90. nastąpiła pewna stabilizacja w zakresie picia alkoholu, palenia papierosów i używania leków (wyniki łączne). Picie alkoholu, po dużym wzroście spożycia między 1988 a 1992 rokiem (z 32,7% do 51,7%), utrzymuje się od 1992 roku na poziomie ok. 50%. Palenie papierosów wzrosło z ok. 25% w 1988 roku do ok. 36% w 2000 roku. Najmniejsza dynamika wzrostu wystąpiła w przypadku zażywania leków nasennych lub uspakajających – wzrost między 1988 a 2000 rokiem wyniósł 2,5%.

Pod względem płci więcej chłopców deklaroowało picie alkoholu, palenie papierosów i sięganie po narkotyki. Badania na Mokotowie wskazują jednocześnie, iż dynamika wzrostu była silniejsza wśród dziewcząt, które pod względem częstego picia alkoholu i palenia papierosów doganiają chłopców. Badania warszawskie ESPAD 2003 wskazują wzrost liczby młodzieży często pijącej alkohol (w ciągu ostatnich 30 dni) oraz kontynuację niekorzystnych trendów wśród dziewcząt, takich jak np. wzrost odsetka dziewcząt palących papierosy (dziewczęta w codziennym paleniu przegoniły nawet chłopców).

Z drugiej strony dane IPiN dotyczące ilości osób hospitalizowanych z dzielnicy Mokotów wskazują na spadek liczby osób hospitalizowanych w wieku 10-19 lat (od 120 w 2000 roku do 66 w 2003 roku). O ile jednak na początku przeważali chłopcy, to w następnych latach dziewczynki „doganiały” chłopców. Natomiast w ciągu

ostatnich pięciu lat wzrosła liczba konsumentów narkotyków w wieku 10-19 lat odnotowana w mokotowskich poradniach. Co czwarta osoba pochodziła właśnie z tej dzielnicy.

Na terenie Mokotowa funkcjonuje ok. 500 punktów sprzedaży alkoholu, w tym puby, sklepy, bary i dyskoteki (dane z badań „Szybka ocena i reakcja” z 12 listopada 2004 roku). Na podstawie naszych obserwacji duża część młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej wolny czas spędza w centrach handlowych, pubach, na podwórkach lub klatkach schodowych, często pijąc alkohol i biorąc narkotyki. Rodziny na ogół nie zdają sobie sprawy z zagrożeń wynikających dla ich dzieci z takiego zachowania. Dlatego nasza działalność zmierza m.in. do uświadomienia dorosłym zagrożeń wynikających z takiego stylu życia. Staramy się uwrażliwiać, uświadamiać i zaktywizować rodziców w walce z uzależnieniami. Jednocześnie proponujemy młodzieży alternatywę dla narkotyków i alkoholu, pokazując konstruktywne formy spędzania wolnego czasu, promując zdrowy styl życia oraz kształtując postawy prospołeczne, więzi emocjonalne i szerząc wiedzę o skutkach zachowań dysfunkcyjnych.

## Zadania Działu ds. Uzależnień

Podstawowym zadaniem Działu ds. Uzależnień Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Mokotów jest przygotowywanie i wdrażanie założeń Lokalnego Programu Profilaktyki Uzależnień, który jest corocznie uchwalany przez Radę Dzielnicy Mokotów.

Celem ogólnym przyjętym w programie lokalnym jest zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki w środowisku lokalnym przez prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej i terapeutycznej dla dzieci, młodzieży i dorosłych.

Cele szczegółowe to:

1. Prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych skierowanych do mieszkańców dzielnicy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, narkotykowych, przemocy oraz HIV/AIDS.
2. Podniesienie kompetencji osób zajmujących się profilaktyką uzależnień, przeciwdziałaniem przemocy oraz podejmujących działania w zakresie przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS.
3. Zapewnienie kompleksowej pomocy rodzinom, w których występują problemy uzależnień oraz prze-



mocy i HIV/AIDS, polegającej w szczególności na zwiększaniu dostępności pomocy psychospołecznej i prawnej.

4. Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi i osobami fizycznymi służąca rozwiązywaniu problemów uzależnień oraz przemocy i HIV/AIDS.

W 2006 roku i w roku bieżącym realizacja Lokalnego Programu Profilaktyki Uzależnień na terenie dzielnicy Mokotów odbywała się we współpracy z Biurem Polityki Społecznej m.st. Warszawy, dyrektorami mokotowskich placówek oświatowych, pedagogami szkolnymi, kuratorami, Wydziałem Oświaty, Wydziałem Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Dzielnicy Mokotów, podmiotami niepublicznymi, Policją, Strażą Miejską oraz Dzielnicowym Zespołem Realizacji Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Realizacja celów szczegółowych Lokalnego Programu Profilaktyki Uzależnień polega na prowadzeniu działań ujętych w poniższych punktach.

## Punkty Informacyjno-Konsultacyjne

Jednym z podstawowych zadań Działu ds. Uzależnień jest prowadzenie działalności informacyjno-konsultacyjnej zgodnej ze Standardem Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego (opisanym w załączniku nr 3 do Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m.st. Warszawy na rok 2006).

Dwa mokotowskie PIK-i tworzy wykwalifikowany zespół 14 konsultantów, w skład którego wchodzi: psycholog, pedagog, terapeuci uzależnień, prawnicy oraz lekarz psychiatra i pielęgniarka-edukator ds. HIV/AIDS.

Celem PIK jest przede wszystkim zwiększenie dostępu mieszkańców do profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz dostarczanie wiedzy w dziedzinie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innych uzależnień, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.

Do zadań PIK należy w szczególności:

- wstępna diagnoza;
- udzielanie konsultacji i porad psychologicznych, prawnych i socjalnych;
- motywowanie do podjęcia leczenia oraz kierowanie do specjalistycznych placówek;

- udostępnianie materiałów edukacyjnych i informacyjnych;
- prowadzenie informacji telefonicznej.

Z pomocy PIK mogą skorzystać osoby:

- będące w kryzysie;
- uzależnione od środków psychoaktywnych;
- stosujące przemoc;
- doświadczające przemocy;
- współuzależnione.

W jednym z PIK-ów działa Zespół Interwencji Kryzysowej zajmujący się wyłącznie przeciwdziałaniem przemocy. Zespół współpracuje m.in. z policją, sądem i prokuraturą.

Funkcjonuje też grupa wsparcia o charakterze informacyjno-edukacyjnym dla osób doświadczających przemocy w rodzinie. Ma ona charakter rotacyjny. Osoba prowadząca spotkania ma za zadanie udzielać pomocy m.in. poprzez dostarczanie wiedzy dotyczącej problematyki przemocy (m.in. aspekty prawne, psychologiczne).

Rocznie oba mokotowskie punkty udzielają ponad 1300 konsultacji, ponad 400 porad, 250 interwencji, prawie 600 konsultacji telefonicznych. Ponad połowa klientów (52%) zwracała się do pracowników punktów z osobistym problemem, 47% z problemem dotyczącym osoby bliskiej, 1% z kłopotami dotyczącymi kogoś innego. Około 1/10 spraw, którymi zajmują się rocznie PIK-i, związana jest z problemami narkotykowymi, 29% z alkoholem, 17% z przemocą, 25% z innym problemem (bezrobocie, ubóstwo, bezradność, hazard, problemy wychowawcze, zaburzenia odżywiania), problemy prawne stanowią 18% spraw.

## Świetlice socjoterapeutyczne i zajęcia dla dzieci i młodzieży

W ramach realizacji Standardu działań opiekuńczo-wychowawczych skierowanych do dzieci i młodzieży (opis w załączniku nr 4 Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m. st. Warszawy na rok 2006) prowadzone są na Mokotowie dwie świetlice socjoterapeutyczne, funkcjonujące poza terenem placówki oświatowej.

W 2005 roku Dział ds. Uzależnień ogłosił konkurs ofert dla mokotowskich gimnazjów na zajęcia w ramach Standardu zagospodarowania czasu wolnego dzieci i młodzieży i w drodze negocjacji zostały wyłonione oferty 5 gimnazjów (nr 2, 3, 5, 6, 11). W 2006 roku

współpraca z wymienionymi placówkami była kontynuowana – oferta zagospodarowania czasu wolnego została poszerzona o zajęcia na terenie kolejnych dwóch szkół (gimnazjów nr 1 oraz 7). W 2007 roku umowy o współpracy zostały ponownie zawarte.

W ramach Standardu zagospodarowania czasu wolnego dzieci i młodzieży prowadzona jest także pracownia internetowa (przy siedzibie Działu ds. Uzależnień).

Zadania realizowane przez świetlice socjoterapeutyczne to:

- zwiększenie dostępności działań opiekuńczo-wychowawczych podejmowanych na rzecz dzieci i młodzieży;
- szeroka oferta zajęć, odzwierciedlająca rzeczywiste potrzeby i możliwości wychowanków;
- prowadzenie zajęć mających rozwijać zainteresowania i uzdolnienia poprzez wyrównywanie braków w nauce, fakultety, koła zainteresowań, zajęcia ogólnorozwojowe, artystyczne, wycieczki, wyjazdy o charakterze socjoterapeutycznym i rekreacyjnym.

Dzieci i młodzież mogą uczestniczyć w zajęciach organizowanych w świetlicy za zgodą rodziców lub opiekunów. Po sporządzeniu diagnozy dziecka (w szczególności dotyczącej rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego) i jego rodziny, proponuje się dziecku odpowiednie zajęcia. Diagnoza ta jest podstawą do przygotowania programów rozwojowo-terapeutycznych dla każdego dziecka oraz pracy z jego rodziną. Współpraca dotycząca podopiecznych prowadzona jest z rodziną, szkołami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, ośrodkami pomocy społecznej, sądem, instytucjami publicznymi i organizacjami pozarządowymi.

Kadrę świetlic stanowią instruktorzy zajęć tematycznych, psychologodzy, nauczyciele, wychowawcy posiadający przygotowanie pedagogiczne oraz socjoterapeuci i inni specjaliści posiadający odpowiedni certyfikat.

Do udziału w zajęciach, mających na celu zagospodarowanie czasu wolnego, w pierwszej kolejności są kierowane dzieci i młodzież ze środowisk zagrożonych zjawiskami patologicznymi związanymi ze spożyciem napojów alkoholowych. Wszystkie zajęcia realizowane w ramach tego Standardu są nieodpłatne i prowadzone przez nauczycieli, instruktorów lub trenerów.

W ramach Standardu zagospodarowania czasu wolnego w gimnazjach zatrudnionych było na podstawie

umów-zleceń 53 wychowawców, w świetlicach socjoterapeutycznych zatrudnionych było etatowo 2 psychologów i – w ramach umów-zleceń – 17 wychowawców (w tym instruktorzy, pedagodzy).

Do świetlic miesięcznie uczęszcza ok. 1300 dzieci i młodzieży (dane na podstawie list obecności stałych uczestników). Uczestnicy wywodzą się zarówno z rodzin funkcjonujących prawidłowo, jak i dysfunkcyjnych. Najczęstszym powodem korzystania przez dzieci i młodzież z zajęć świetlicowych jest:

- zaniedbanie wynikające z niewydolności wychowawczej rodziców/opiekunów, tj. brak opieki rodziny;
- bogata oferta programowa – możliwość rozwijania zainteresowań przez podopiecznych;
- trudności w nauce (niezwiązane z problemami domowymi), chęć nadrobienia zaległości szkolnych – korzystanie z zajęć językowych i innych pracowni;
- warunek kuratora lub innych placówek sprawujących częściowy lub stały nadzór nad dzieckiem.

Zajęcia są nieodpłatne. Poza realizacją programu w pracowniach, organizowane są wyjazdy śródroczne (nie przekraczające 10 dni), wyjazdy na turnusy profilaktyczne, wyjścia do kina, teatru, na basen, łyżwy itp.

## Programy profilaktyczne, szkolenia

Program profilaktyczny (zgodny ze Standardem jakości programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych) to działania psychoedukacyjne podejmowane według określonego scenariusza, których celem jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym uczniów i szkodom wynikającym z problemów w ich otoczeniu.

Programy adresowane są do uczniów, rodziców, nauczycieli oraz innych osób zajmujących się zawodowo przeciwdziałaniem uzależnieniom (szkolenia dla profesjonalistów). Programy profilaktyczne mogą być prowadzone w formie warsztatów, dyskusji, szkoleń, zajęć zagospodarowujących czas wolny (np. zajęcia sportowe, koncerty). Program profilaktyczny powinien przede wszystkim zapewnić bezpieczeństwo uczestnikom i nie powodować szkód. Twórcy i realizatorzy programów zobowiązani są do stosowania norm etycznych i zasad bezpieczeństwa charakterystycznych dla działań psychologicznych i pedagogicznych.

W programach zrealizowanych na Mokotowie brano pod uwagę:

- zapotrzebowanie poszczególnych placówek oświatowych lub grup zawodowych z terenu Mokotowa na określone zagadnienia;
- założenia Lokalnego Programu Profilaktycznego dla Dzielnicy Mokotów;
- skuteczność;
- dostosowanie do potrzeb i problemów odbiorców;
- diagnozę poszczególnych grup – dynamikę problemów;
- uwzględnienie wrażliwości i poziomu rozwoju uczestników;
- wiek odbiorców, kategorię szkoły;
- ochronę prywatności i zapewnienie dyskrecji;
- koszty zgodne z wytycznymi Biura Polityki Społecznej m.st. Warszawy i PARPA;
- respektowanie podmiotowości uczestników programu poprzez pozyskiwanie ich zgody na udział w zajęciach.

Realizatorzy programów profilaktycznych posiadali przygotowanie pedagogiczne lub inne, adekwatne do przedstawionej oferty. Każdy program zawierał rekomendacje lub inne zaświadczenia, potwierdzające profesjonalizm i doświadczenie jego wykonawców. Płatność za pracę odbywała się wyłącznie po przedstawieniu przez wykonawcę wypełnionych arkuszy ewaluacyjnych i potwierdzeń realizacji (pieczętka szkoły, dyrektora) danego zadania.

W 2006 roku monitorowaliśmy realizację następujących programów:

1. Program „Trudne stany wewnętrzne – jak sobie z nimi radzić”, wykonawca – Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej INTRA, odbiorcy – uczniowie (504 osoby).
2. „Program profilaktyczny Drabina – I szczebel”, wykonawca – Ośrodek Psychoterapii i Psychoedukacji DRABINA, odbiorcy – uczniowie (643 osoby), rodzice (791 osób), nauczyciele (297 osób).
3. Program „Warsztaty dotyczące profilaktyki uzależnień”, wykonawca – PAIDEA Studium Profilaktyki i Edukacji, odbiorcy – uczniowie (468 osób).
4. Programy „Policjant”, „Impreza”, „Obronąć siebie”, wykonawca – Centrum Edukacji i Profilaktyki, odbiorcy – uczniowie (440 osób), rodzice (113 osób), nauczyciele (20 osób).
5. Program „Zasady bezpiecznego funkcjonowania w środowisku miejskim i szkolnym”, wykonaw-

ca – Ochrona Stołeczna, odbiorcy – uczniowie (120 osób), nauczyciele (113 osób).

6. Programy „Zatrzymane obrazy”, „Impreza II”, „Komplementarny program profilaktyki społecznej Epsilon”, „Bez agresji”, „Przemoc w szkole”, „Dedał i Ikar”, „Moje wartości”, wykonawca – Stowarzyszenie EPSILON, odbiorcy – uczniowie (3208 osób), nauczyciele (110 osób).
7. Program „Jak być sobą – jak oprzeć się presji grupy?”, wykonawca – Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej INTRA, odbiorcy – uczniowie (127 osób).
8. „Warsztaty umiejętności komunikowania się i empatii”, odbiorcy – nauczyciele, wychowawcy świetlic (30 osób).
9. Program „Jak w prosty sposób mówić o trudnych sprawach?”, wykonawca – Fundacja Centrum Edukacji Liderkiej, odbiorcy – nauczyciele (13 osób).
10. Programy „Jak być sobą i przetrwać?”, wykonawca – Stowarzyszenie OPTA, odbiorcy – dzieci, uczestnicy świetlicy Obrzeźna (13 osób).
11. Program „Warsztaty umiejętności wychowawczych”, wykonawca – Stowarzyszenie OPTA, odbiorcy – rodzice (10 osób).
12. Program „Zanim spróbujesz”, wykonawca – Stowarzyszenie OPTA, odbiorcy – wychowawcy (4 osoby), dzieci uczęszczające do świetlicy przy ul. Gagarina (15 osób), uczniowie (150 osób).

## Kampanie

Tak jak w latach poprzednich głównym celem kampanii „**Zachowaj Trzeźwy Umysł**” było kształtowanie wśród dzieci i młodzieży postaw stanowiących alternatywę wobec wszelkich zachowań ryzykownych związanych między innymi z sięganiem po alkohol.

W ramach kampanii odbyły się imprezy o charakterze prozdrowotnym w maju i czerwcu 2006 i 2007 roku. Miały one na celu rozwijanie zainteresowań związanych ze sportem, ruchem, aktywnością i twórczym działaniem. Program kampanii przewidywał różnorodne konkurencje i pokazy sportowe oraz konkursy artystyczne. W czasie trwania imprez kolportowane były ulotki oraz materiały edukacyjne związane z kampanią i działalnością Działu ds. Uzależnień.

Odbyły się następujące przedsięwzięcia:

- materiały kampanijne zostały rozesłane do wszystkich szkół podstawowych i gimnazjalnych na Mokotowie;

- 10 placówek przekazało prace konkursowe wykonane przez uczniów;
- odbył się II Mokotowski Festyn Wakacyjny (1500 uczestników) organizowany wspólnie z Wydziałem Spraw Społecznych dla Dzielnicy Mokotów;
- przeprowadzono Mistrzostwa Świetlic Socjoterapeutycznych w Piłce Nożnej (140 uczestników). Odbyły się one pod patronatem Burmistrza Dzielnicy Mokotów na terenie klubu sportowego Warszawianka. Wzięły w nich udział dzieci z dwóch świetlic socjoterapeutycznych prowadzonych przez OPS oraz z innych warszawskich placówek, a także drużyny z Nasielska, Dębinek i Serocka;
- zorganizowano piknik rodzinny (w Szkole Podstawowej nr 191). Wzięło w nim udział 900 osób;
- PIK-i rozpowszechniały materiały kampanijne.

W ramach kampanii „**Blżej siebie dalej od narkotyków**” została sfinansowana emisja plakatów w prasie lokalnej („Południe – Głos Mokotowa”). Przesłanie kampanii towarzyszyło organizowanym imprezom plenerowym (jak np. w trakcie ww. Mokotowskiego Festynu Wakacyjnego), podczas których rozdawano materiały informacyjne. Wiele programów profilaktycznych realizowanych w szkołach zawierało treści z zakresu m.in. przeciwdziałania narkomanii.

## Działania informacyjno-edukacyjne

W 2006 roku Ośrodek Pomocy Społecznej sfinansował serię artykułów i ogłoszeń dotyczących profilaktyki uzależnień w środowisku lokalnym, które zostały zamieszczone w prasie lokalnej. Za pośrednictwem prasy mieszkańcy dzielnicy Mokotów byli informowani o działalności punktów informacyjno-konsultacyjnych, świetlic socjoterapeutycznych, organizowanych imprezach, piknikach oraz innych ważnych działaniach skierowanych zarówno do osób potrzebujących, jak i całej społeczności. Realizowane były również spektakle o przesłaniu prozdrowotnym i profilaktycznym adresowane do uczniów z mokotowskich szkół:

1. Teatr profilaktyczny im. Marka Kotańskiego, spektakle: „Przerwany mecz”, odbiorcy – uczniowie (2,733 osoby), nauczyciele (53 osoby); „W krainie Smreka, czyli osioł w opałach”, odbiorcy – uczniowie (2,200 osób); „Krupówki nocą”, odbiorcy – uczniowie (600 osób); „Tak, wiem...”, odbiorcy – uczniowie (2,600 osób).
2. Teatr Narwał, programy „W pułapce AIDS” i „Niebezpieczne zabawy”, odbiorcy – uczniowie (1,500 osób).
3. Zakopiański Teatr Promocji Zdrowia – „Wielka draka górskiego świstaka”, odbiorcy – uczniowie (1,500 osób).
4. Teatr Profilaktyki „Dar Pomorza”, program „Trójkąt Bermudzki”, odbiorcy – uczniowie (1,178 osób), nauczyciele (56 osób).
5. Teatr Edukacji i Profilaktyki „Maska”, program „Kłopoty smoka Kacperka”, odbiorcy – dzieci w wieku przedszkolnym (30 osób).

## Turnus profilaktyczny dla dzieci i młodzieży

W czasie wakacji odbył się dwutygodniowy turnus profilaktyczny w ramach Standardu turnusu profilaktycznego dla dzieci i młodzieży. Z turnusu skorzystało 100 dzieci wytypowanych przez pedagogów i wychowawców z dwóch mokotowskich świetlic socjoterapeutycznych oraz ze świetlic gimnazjalnych (działających przy gimnazjach nr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11) i z pracowni internetowej.

Podczas turnusu realizowano program rekreacyjno-sportowy (dostęp do kąpieliska strzeżonego, sprzęt sportowo-rekreacyjny, boisko, świetlica). Odbywały się konkursy rysunkowe, zajęcia muzyczne, konkursy tańca i śpiewu, dyskoteki, zawody sportowe, wycieczki. Dzieci brały udział w zajęciach edukacyjno-socjoterapeutycznych, w czasie których szczególnie nacisk kładziono na kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, przestrzeganie zasad współżycia w grupie, ćwiczenie umiejętności komunikowania rówieśnikom i osobom starszym własnych problemów, uczenie się akceptowanych społecznie sposobów rozwiązywania konfliktów, ćwiczenie umiejętności rozpoznawania i nazywania własnych uczuć i uczuć innych oraz rozwijanie poczucia własnej wartości.

- Podstawowymi celami organizacji turnusu były:
- kontynuacja całorocznej pracy psychoedukacyjnej (poprzez realizację programu socjoterapeutycznego);
  - nawiązanie kontaktu z psychologami;
  - wzmocnienie działań chroniących przed zachowaniami ryzykownymi;
  - wypoczynek zgodny ze zdrowym stylem życia.



## Wyjazd śródroczny o charakterze profilaktycznym, socjoterapeutycznym i turystyczno-rekreacyjnym

W listopadzie 2006 roku odbył się czterodniowy wyjazd śródroczny do Kościeliska, zorganizowany w ramach Standardu zagospodarowania czasu wolnego dzieci i młodzieży (opisanego w Załączniku nr 6 do Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m.st. Warszawy na rok 2006). Wyjazd zorganizowany został dla 80 dzieci wytypowanych przez pedagogów dwóch świetlic socjoterapeutycznych, pracowni komputerowej oraz gimnazjów (nr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11). Wyjazd miał charakter rekreacyjno-socjoterapeutyczny. Program przewidywał m.in. wycieczki autokarowe oraz piesze po Tatrach, zwiedzanie obiektów zabytkowych położonych w Zakopanym i w okolicy, ognisko, konkursy z wiedzy o Tatrzańskim Parku Narodowym, wizytę w Wadowicach. Program socjoterapeutyczny realizowany był w 13–16-osobowych grupach w dwóch blokach zajęć o tematyce m.in. „poznaję siebie”, „poznaję innych”, „umiem powiedzieć NIE”.

## Lato w mieście

W ramach Standardu zagospodarowania czasu wolnego dzieci i młodzieży przeprowadzono w przerwie wakacyjnej akcję letnią w siedzibie świetlicy socjoterapeutycznej przy ul. Gagarina 27. Dzieci, które nie wyjechały na letni wypoczynek poza miasto, mogły skorzystać z proponowanych zajęć, takich jak:

- wyjścia do kina, na basen, wystawy;
- gry i zabawy sportowe;
- zajęcia plastyczne;
- zajęcia o charakterze prozdrowotnym (zawierające elementy profilaktyki uzależnień);
- dożywanie.

## Współpraca z Dzielnicowym Zespołem Realizacji Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych m.st. Warszawy

Zespół został powołany Zarządzeniem Prezydenta m.st. Warszawy. Ośrodek Pomocy Społecznej dla Dzielnicy Mokotów zapewnia członkom Zespołu siedzibę, w której odbywają się posiedzenia oraz obsługę

administracyjną i zaplecze techniczne. W 2006 roku odbyły się 34 posiedzenia Zespołu, przeprowadzono 767 rozmów motywujących do podjęcia leczenia z osobami uzależnionymi. Członkowie Dzielnicowego Zespołu przeprowadzili wywiady środowiskowe i wzięli udział w 249 sprawach sądowych osób zgłoszonych do Zespołu; przyjęto także 165 nowych spraw.

## Zespół interdyscyplinarny

W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi przedstawiciele różnego rodzaju służb lokalnych działających na rzecz osób i rodzin, w których występują problemy związane z przemocą i/lub nadużywaniem środków psychoaktywnych, tj. kuratorzy, przedstawiciele Działu ds. Uzależnień, pracownicy socjalni, przedstawiciele policji, pedagodzy szkolni. Zespół spotyka się cyklicznie w siedzibie Działu ds. Uzależnień (który jest koordynatorem działań zespołu), ustalając najbardziej odpowiednie formy pomocy dla danej rodziny. Zespół podjął działalność na początku 2007 roku i zajął się – jak dotąd – problemami 26 rodzin.

## Inne działania merytoryczne

Poza opisanymi wyżej działaniami pracownicy Działu ds. Uzależnień biorą udział w:

- pracach szkolnych zespołów ds. profilaktyki (funkcjonujących przy gimnazjach);
- konferencjach (ogólnopolskich i warszawskich);
- ewaluacji jakości zrealizowanych zadań i celów.

Prowadzona jest zarówno ewaluacja wewnętrzna (w formie opracowywania przez Dział ds. Uzależnień arkuszy i ankiet ewaluacyjnych dla wykonawców zadań oraz analizy wyników tych ankiet), jak i ewaluacja zewnętrzna (dzięki współpracy z instytucjami, które opracowują na zlecenie Działu raport ewaluacyjny z realizacji konkretnych zadań).

*Opracowanie na podstawie Lokalnego Programu Profilaktyki Uzależnień dla Dzielnicy Mokotów na rok 2007 oraz Sprawozdania z realizacji Lokalnego Programu Profilaktyki Uzależnień dla Dzielnicy Mokotów w roku 2006.*

*Narkotyki obecne są w świecie dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego kraju. Porównanie wyników uzyskanych w 2006 roku z wynikami z 2002 roku dokonane w odniesieniu do populacji w wieku 16-64 lata wskazuje w zasadzie na stabilizację rozpowszechnienia problemu okazjonalnego używania narkotyków.*

# UŻYWANIE NARKOTYKÓW W POLSCE

## WYNIKI BADAŃ ANKIETOWYCH W POPULACJI GENERALNEJ

Janusz Sierostawski  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Kwestia używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, potocznie zwanych narkotykami, stała się przedmiotem pierwszych ogólnopolskich badań ankietowych w 2002 roku. Ich wyniki pokazały znaczny zasięg eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, zarówno nielegalnymi, jak i legalnymi. Już wcześniejsze badania podjęte w 1997 roku w Warszawie wykazały, że narkotyki wkraczają w świat dorosłych. Brak wcześniejszych badań ogólnopolskich wśród dorosłych wynikał z przeświadczenia o nikłym zainteresowaniu tymi środkami wśród starszego pokolenia. Zarówno dane jakościowe, jak i potoczna obserwacja życia społecznego jednoznacznie wskazywały na brak akceptacji narkotyków wśród dorosłej części społeczeństwa. Pytania o doświadczenia z narkotykami zadawane przy okazji ogólnopolskich badań nad wzorami picia napojów alkoholowych w 1984 roku i 1988 roku potwierdzały brak takich doświadczeń. W kilkutyśnicznym próbach znajdowało się co najwyżej kilka osób, które incydentalnie próbowały narkotyków, zwykle przy okazji pobytu za granicą.

W krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej problem narkotyków dawno przestał być tylko problemem młodzieży. Również europejskie badania ogólnokrajowe potwierdzają istnienie problemu używania narkotyków przez dorosłych. Badania ankietowe wśród dorosłych mieszkańców dużych europejskich metropolii wskazują na znaczny poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, głównie przetworów konopi.

Młodzi ludzie, których proces dojrzewania przypadał już na okres popularności narkotyków, myślą o nich inaczej niż starsza generacja. Niektórzy z nich mają własne doświadczenia wyniesione z tego okresu, inni obserwowali je u swoich kolegów. Narkotyki są dla

nich czymś znacznie bardziej zwyczajnym, zjawisko obcości kulturowej narkotyków wydaje się w ich przypadku być znacznie mniej nasilone. Kluczowym pytaniem jest, czy doświadczenia z narkotykami to coś, z czego się wyrasta, czy też istnieje tendencja do ich powtarzania również wtedy, gdy wejdzie się już w życie dorosłe?

Potrzeba znalezienia odpowiedzi na to pytanie legła u podstaw podjęcia monitorowania kwestii używania narkotyków wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju. Monitorowanie zostało zapoczątkowane badaniem zrealizowanym w lecie 2002 roku z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Obecne badanie zrealizowane także przez Biuro, w lecie 2006 roku, stanowi powtórzenie pierwszego. Podjęto je z intencją monitorowania zmian na scenie narkotykowej oraz śledzenia trendów w postawach wobec zjawiska. Cele badań są ściśle praktyczne, mają dostarczyć danych do ewaluacji strategii zapobiegania narkomanii.

### Metoda

Badania zostały przeprowadzone metodą wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankietatorów. Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych. Przy jego konstruowaniu zadbano o porównywalność wyników z badaniami szkolnymi (ESPAD) w części dotyczącej postaw wobec narkotyków, doświadczeń z ich używaniem oraz z wcześniejszymi badaniami lokalnymi wśród dorosłych w części dotyczącej postaw wobec narkomanii. W kwestionariuszu zastosowano wskaźniki zgodne ze standardem wypracowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkoty-

ków i Narkomanii (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*).

Badanie zostało zrealizowane w lecie (czerwiec–sierpień) 2006 roku na próbie losowej mieszkańców w wieku 15-64 lata. Badanie terenowe przeprowadziła Sopotcka Pracownia Badań Społecznych. W instrukcji dla ankierów zwrócono szczególną uwagę na kwestie anonimowości badań oraz na konieczność nieujawniania respondentom własnego stosunku do używania substancji – niezależnie, czy jest on pozytywny, czy negatywny – ze względu na możliwość skrzywienia wyników.

Zastosowano trzystopniowy schemat doboru próby. W wylosowanych gminach dokonano losowania adresów lokali, gdzie poszukiwano respondentów. W trzecim etapie losowania dobierano losowo jedną osobę spośród mieszkających pod danym adresem.

Badaniami objęto próbę ogólnopolską oraz próbę miasta Warszawy. Doreprezentowano także kategorię wiekową 15-34 lata, ponieważ używanie narkotyków po 34 roku życia zdarza się dużo rzadziej niż w młodszych kategoriach wiekowych.

Wyniki dla Warszawy będą przedmiotem odrębnego raportu. Ankiety z próby miejskiej weszły do próby ogólnopolskiej z odpowiednimi wagami wyrównującymi dysproporcje wynikające z doreprezentowania Warszawy oraz kategorii wiekowej 15-34 lata. Wagami wyrównywano także dysproporcje w rozkładach podstawowych cech (płeć, wiek, województwo, miasto–wieś), które wyniknęły w trakcie realizacji badania.

Realizacja badań przebiegła bez zakłóceń. Ankierzy w większości spotykali się z życzliwym przyjęciem przez respondentów, a tematyka badania budziła żywe

zainteresowanie. Wbrew obawom, pytania ankiety w większości przypadków nie były odbierane jako drażliwe, a odpowiedzi uznać można za szczere. Przeprowadzenia wywiadu trwało od 45 do 60 minut. Problemem, na jaki natrafiali ankierzy, była dostępność respondentów. Przeprowadzenie wywiadu zwykle wymagało wielokrotnych wizyt, znaczny był też odsetek wywiadów niezrealizowanych, bądź to w wyniku trudności w spotkaniu wylosowanej osoby, bądź to w wyniku odmowy zwykle motywowanej brakiem czasu.

Stopień wykonania próby był zróżnicowany, chociaż generalnie nie odbiegał od osiągniętych w innych badaniach ankietowych na próbach losowych mieszkańców.

## Wyniki

W tym artykule zaprezentowane zostaną jedynie wyniki dotyczące kwestii rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń. Wyniki z 2006 roku prezentowane będą na tle wyników z 2002 roku. Będziemy mogli zatem zobaczyć, jakie zmiany zaszły w czasie ostatnich czterech lat. Wyniki obu badań mogą być porównywane, bowiem zastosowano w nich takie same procedury badawcze, tj. narzędzia badawcze i sposób doboru próby, a także przeprowadzono je w tym samym czasie. Jedyną znaczącą różnicą między tymi badaniami sprowadza się do odmiennego zdefiniowania populacji objętych badaniem. W 2002 roku były to osoby w wieku 16 lat i więcej, w 2006 roku tylko osoby w wieku 15-64 lata. Dlatego na potrzeby śledzenia zmian populację trzeba ujednoczyć. Porównania wyników muszą się

**Tabela 1. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (%)**

	Kiedykolwiek w życiu		W czasie ostatnich 12 miesięcy		W czasie ostatnich 30 dni	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Marihuana lub haszysz	7,7	9,1	2,8	2,8	1,3	1,0
LSD	1,2	0,9	0,4	0,1	0,0	0,0
Amfetamina	1,9	2,7	0,7	0,7	0,2	0,2
Grzyby halucynogenne	0,8	1,0	0,3	0,1	0,0	-
Ecstasy	0,7	1,2	0,2	0,3	0,2	0,1
Crack	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	-
Kokaina	0,4	0,8	0,1	0,2	-	0,1
Heroina	0,3	0,1	-	0,1	-	0,0
„Kompot”	0,2	0,2	0,0	-	0,0	-
Sterydy anaboliczne	0,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0
Inne	1,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1

zatem ograniczyć tylko do grupy w wieku 16-64 lata. Z perspektywy oceny problemu narkotyków tak zdefiniowana populacja wydaje się odpowiednia, bowiem zarówno wśród młodszych, jak i wśród starszych problem narkotyków ma śladowe rozmiary.

Rozpowszechnienie używania poszczególnych substancji było badane przy pomocy pytania o doświadczenia z każdą z substancji zebrane na przestrzeni całego życia, ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni. Za każdym razem pytano o liczbę takich doświadczeń, prosząc o wybór jednej spośród skategoryzowanych odpowiedzi. Po skumulowaniu kategorii otrzymano rozkłady odpowiedzi na pytanie o co najmniej jednokrotne używanie poszczególnych środków kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni, które zawarto w tabeli 1. W tabeli obok wyników z 2006 roku znajdujemy także analogiczne wyniki uzyskane w 2002 roku.

W 2006 roku na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana lub haszysz. Chociaż raz w życiu próbowało ich 9,1% badanych. Do aktualnych użytkowników zalicza się 2,8%, a do przyjmowania w ostatnich 30 dniach przyznało się 1%. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia lokuje się amfetamina – 2,7% eksperymentujących, 0,7% użytkowników i 0,2% używających często. Trzecie miejsce należy do ecstasy – odpowiednio 1,2%, 0,3% i 0,1%, a czwarte do grzybów halucynogennych – odpowiednio 1,0%, 0,1% i poniżej 0,05%. Pozostałe środki nie osiągają granicy 1%, gdy chodzi o eksperymentowanie.

Niektóre ze środków („kompot”, crack) pojawiają się tylko w doświadczeniach z całego życia, nie występują natomiast w ogóle w odpowiedziach na pytanie o ostatnie 12 miesięcy lub były używane w czasie ostatnich 12 miesięcy, ale nie wystąpiły w czasie ostatnich 30 dni. Nie oznacza to oczywiście, że w Polsce nie ma w ogóle osób używających aktualnie tych środków, jest ich jednak na pewno tak niewiele, że nawet przy zastosowaniu bardzo dużej próby są oni nie do uchwycenia.

Substancją, której używania nie potwierdził żaden z badanych, nawet w doświadczeniach z całego życia, jest GHB.

Jak wynika z danych zebranych w tabeli 1., wszystkie wskaźniki używania poszczególnych substancji pozostają na tym samym poziomie co w 2002 roku lub różnią w się sposób nieistotny statystycznie. Pewne symptomy wzrostu można obserwować jedynie, gdy chodzi o wskaźnik używania niektórych substancji (np. konopie, amfetamina) w czasie całego życia, lecz nawet te różnice nie osiągają statystycznej istotności.

Brak zmian we wskaźnikach okazjonalnego używania substancji nie przesądza kwestii dynamiki tych wskaźników w różnych segmentach populacji. Na przykład może zdarzyć się, że wskaźnik wzrośnie u mężczyzn i spadnie u kobiet, dając w efekcie brak zmiany na poziomie całej populacji. Dla potrzeb identyfikacji ewentualnych zmian w zróżnicowaniach społeczno-demograficznych okazjonalnego używania narkotyków posłużmy się wskaźnikiem używania jakiegokolwiek

substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem.

Jak przekonują dane z tabeli 2., zarówno w 2002 roku, jak i w 2006 roku niemal identyczne odsetki badanych (ok. 3%) używało jakiegokolwiek substancji nielegalnej w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Dane

z tabeli 2. pokazują zróżnicowania rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków ze względu na cechy społeczno-demograficzne w Polsce w 2002 i 2006 roku.

Dane pokazują również, że mężczyźni w 2002 roku w blisko trzykrotnie wyższej proporcji niż kobiety zaliczali się do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków. W 2006 roku zróżnicowanie ze względu na płeć pozostało prawie nie zmienione. Odsetki okazjonalnych użytkowników narkotyków nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie ani wśród mężczyzn, ani wśród kobiet.

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania wiąże się z wiekiem. Zarówno w 2002 roku, jak i w 2006 roku z najwyższym rozpowszechnieniem mamy do czynienia przed 25 rokiem życia. Między 25 a 34 rokiem życia odsetek używających jest znacznie mniejszy.

*Badania wskazują, że w 2006 roku zwiększył się odsetek osób sięgających po narkotyki w miastach liczących 50 tys. do 200 tys. mieszkańców. W 2002 roku był to 1,6%, cztery lata później – 5,2%.*



Tabela 2. Używanie substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych (%)

	2002	2006
<b>Ogółem</b>	<b>3,0</b>	<b>3,2</b>
<b>Płeć</b>		
Mężczyzna	4,7	4,9
Kobieta	1,4	1,4
<b>Wiek</b>		
16-24	9,6	8,7
25-34	3,4	3,2
34-44	0,4	1,9
45-54	0,4	0,3
55-64	0,0	0,7
<b>Stan cywilny</b>		
kawaler/panna	7,2	7,3
żonaty/zamężna	0,8	0,7
rozwidziony/rozwidziona	2,1	3,4
wdowiec/wdowa	0,2	-
<b>Wielkość miejscowości zamieszkania</b>		
miasto pow.200 tys. mieszkańców	5,7	4,7
miasto pow.50 tys. do 200 tys.	1,6	5,2
miasto do 50 tys. mieszkańców	2,0	2,7
wieś	1,8	1,4
<b>Wykształcenie</b>		
podstawowe lub niższe	3,6	4,3
zasadnicze zawodowe	1,1	1,9
średnie	4,2	3,7
wyższe	2,9	2,6
<b>Status zawodowy</b>		
praca zawodowa	2,2	2,7
rencista, emeryt	0,2	0,6
uczeń, student	10,4	8,0
gospodyni domowa	0,4	-
bezrobotny	2,7	4,1
Dla pracujących – stanowisko		
szeregowy	1,8	2,0
kierownicze	1,5	5,1
samodzielne	3,0	3,1
<b>Przynależność społeczno-zawodowa</b>		
rolnik	0,7	0,6
pracownik fizyczny niewykwalifikowany	3,4	3,2
pracownik fizyczny wykwalifikowany	2,5	3,2
pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	3,3	2,4
pracownik umysłowy z wyższym wykształcenia	4,0	4,4
przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	4,3	1,7
pozostali	6,1	5,5

Po 34 roku życia okazjonalnych użytkowników spotyka się już tylko sporadycznie. W okresie 1992–2006 niewielki wzrost nastąpił w starszych grupach wiekowych, tj. po 25 roku życia, w grupie młodszych nastąpił nieznaczny spadek. Różnice te nie są jednak na tyle duże, by można je było uznać za istotne statystycznie.

Stan cywilny zarówno w 2002 roku, jak i w 2006 roku w podobny sposób różnicował badanych. Okazjonalni użytkownicy narkotyków koncentrowali się wśród kawalerów i panien. Tu także nie obserwujemy zmian. W 2006 roku, podobnie jak cztery lata wcześniej, okazjonalne używanie narkotyków pozostawało problemem miast, i to raczej tych większych. W 2002 roku duże miasta (pow.200 tys. mieszkańców) odznaczały się wyraźnie wyższym rozpowszechnieniem. W 2006 roku zwiększył się odsetek osób sięgających po narkotyki w miastach liczących od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców.

Zróznicowanie wprowadzone przez wykształcenie nie uległo w ostatnim czteroleciu istotnym zmianom.

W podziale według statusu zawodowego warto zwrócić uwagę na jedną kategorię o najwyższym rozpowszechnieniu, tj. uczniów i studentów. W 2006 roku odsetek okazjonalnych użytkowników narkotyków w tej grupie trochę spadł. Nieznaczny wzrost odnotować natomiast trzeba wśród bezrobotnych. Zmiany te nie są jednak na tyle duże, by odznaczały się istotnością statystyczną.

W 2002 roku użytkowników narkotyków spotykano wśród pracujących na stanowiskach kierowniczych w podobnym odsetku jak wśród pracowników szeregowych. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie, bowiem analiza ogranicza się tu do grupy zatrudnionych, która jest zbyt mała, by mogły się ujawnić niewielkie różnice. W 2006 roku stanowisko także nie różnicowało w sposób istotny statystycznie badanych pod względem używania narkotyków.

Przynależność do grupy społeczno-zawodowej określana na podstawie zawodu respondenta, a w przypadku nie pracujących – zawodu głowy rodziny, nie różnicowała badanych pod względem rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków ani w 2002 roku, ani w 2006 roku.

Istotne różnice wprowadza natomiast fakt posiadania dzieci. Z czasem nie uległy one jednak zmianom. Podobnie dzieje się z miejscem wychowania. Wśród

tych, którzy wychowywali się w mieście, spotykamy więcej osób używających narkotyków niż wśród tych, którzy wychowywali się na wsi. Różnica ta nie uległa zmianie w czasie ostatnich czterech lat.

Analiza rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków w 2002 roku i w 2006 roku według poszczególny cech społeczno-demograficznych nie wykazała istotnych zmian. Oznacza to, iż nie tylko rozpowszechnienie pozostało bez zmian, ale także niezmiennie pozostały zróżnicowania.

## Podsumowanie wyników

Badanie ankietowe zrealizowane w 2006 roku na próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 15-64 lat w zestawieniu z wynikami analogicznego badania przeprowadzonego w 2002 roku wykazało, że:

1. Narkotyki obecne są w świecie dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego kraju. Porównanie wyników uzyskanych w 2006 roku z wynikami z 2002 roku dokonane w odniesieniu do populacji w wieku 16-64 lata wskazuje w zasadzie na stabilizację rozpowszechnienia problemu okazjonalnego używania narkotyków.
2. Spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najpowszechniej używane, i to zarówno na poziomie eksperymentowania, jak i używania okazjonalnego.
3. Wśród środków używanych przez mieszkańców naszego kraju względnie często pojawiają się też amfetamina i ecstazy – pozostałe środki są znacznie mniej popularne.
4. Używanie poszczególnych substancji nielegalnych występuje najczęściej w kategorii wiekowej 16-24 lata. Zdarza się bardzo rzadko po 34 roku życia, niemal nie występuje wśród osób w wieku 45 lat i więcej.
5. Używanie substancji nielegalnych jest powszechniejsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet.
6. Okazjonalnemu używaniu narkotyków sprzyjają w sensie statystycznym takie cechy, jak: stan cywilny (kawaler, panna), bezdzietność, zamieszkiwanie w mieście pow.50 tys. mieszkańców oraz status ucznia lub studenta. Nie odnotowuje się istotnych zmian w dystrybucji używania narkotyków według cech społeczno-demograficznych.

*Zgony spowodowane używaniem narkotyków to jeden z pięciu kluczowych wskaźników, który podlega monitorowaniu przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Ograniczenie występowania zgonów zapisane jest też w celu głównym Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010.*

## ZGONY Z POWODU NARKOTYKÓW

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W poprzednim numerze *Serwisu* przedstawiono informacje o działaniach podejmowanych w obszarze redukcji szkód, które, oprócz zapobiegania rozpowszechnianiu się zakażeń HIV i HCV, mają na celu również zmniejszenie liczby zgonów. W poniższym artykule chciałbym zaprezentować dane dotyczące jednego z najpoważniejszych skutków zażywania narkotyków, tj. śmiertelnych przedawkowań. Przed zapoznaniem się z omawianymi danymi należy wziąć pod uwagę, iż pojęcie zgonów związanych z zażywaniem narkotyków to określenie złożone. Zależnie od przyjętej definicji może oznaczać zgony, których bezpośrednią przyczyną było zażycie substancji psychoaktywnej albo obejmować także zgony, w których zażywanie narkotyków miało pośrednią lub przypadkową rolę, jak np. przemoc, wypadki drogowe. Według protokołu EMCDDA, którym posługuje się Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, zgony z powodu narkotyków odnoszą się do śmiertelnych zatruc spowodowanych zażyciem jednego lub kilku narkotyków, w przypadku gdy zgon następuje niedługo po przyjęciu jednej lub kilku substancji (EMCDDA 2002). W tym znaczeniu termin „zgony” stosowany jest również w tym artykule.

### Śmiertelne zatrucia narkotykami w Europie

Według danych z lat 2000–2003 w Europie spada liczba zgonów spowodowanych narkotykami (EMCDDA 2006). Tendencja ta uległa zahamowaniu i w roku 2004 nastąpił lekki wzrost o 3% w porównaniu do roku 2003. W latach 1990–2004 w krajach Unii Europejskiej odnotowywano od 6500 do 9000 przypadków zgonów. Dane te najprawdopodobniej są zaniżone i należy je przyjąć jako oszacowanie liczby minimalnej. Średnia wartość wskaźnika śmiertelności w grupie zgonów związanych z narkotykami na milion mieszkańców

wynosi 13 w krajach Unii Europejskiej (od 0,2 do 50). W grupie mężczyzn w wieku 15-39 lat wskaźniki śmiertelności są trzy razy wyższe i wynoszą około 40 na milion. W Europie najczęściej przypadków zgonów odnotowywanych jest z powodu opiatów, w tym zdecydowana większość w wyniku zażycia heroiny. W grupie osób, które przedawkowały narkotyki przeważają mężczyźni. Większość ofiar jest w wieku 20-40 lat, a średnia wieku wynosi około 35 lat.

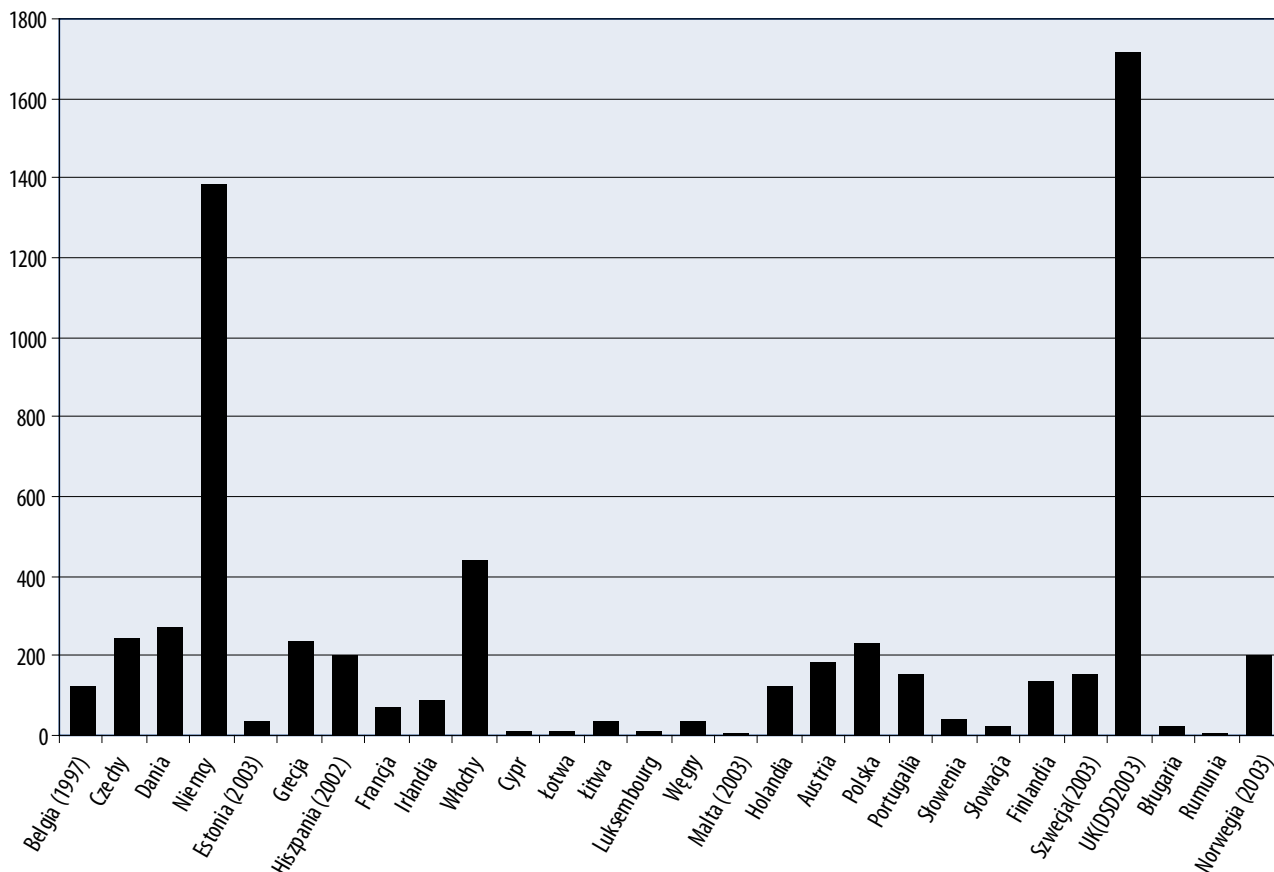
Na wykresie 1. przedstawiono liczbę zgonów spowodowanych narkotykami w krajach Unii Europejskiej i Norwegii. Dane dotyczą roku 2004 lub ostatniego, z którego były dostępne (w nawiasach przy nazwie krajów podano rok). Najwięcej zgonów odnotowano w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Włoszech. Powyżej 200 śmiertelnych zatruc mają na koncie Czechy, Dania, Grecja, Hiszpania i Polska.

### Zgony z powodu narkotyków w Polsce

Podstawowym źródłem informacji o zgonach z powodu narkotyków w Polsce są dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Każdy przypadek śmierci jest ewidencjonowany przez GUS w bazie zgonów. Zawiera ona informacje o miejscu śmiertelnego zatrucia, dane socjodemograficzne o osobie, która przedawkowała narkotyki oraz rodzaj substancji, z powodu której nastąpił zgon (według kodów ICD). Do 1996 roku stosowana była 9 rewizja ICD<sup>1</sup>, od 1997 roku dane są kodyfikowane według 10 rewizji ICD. Podstawowym ograniczeniem w zbieraniu danych o zgonach z powodu narkotyków jest wprowadzanie do bazy tylko jednego kodu, czyli jednej bezpośredniej przyczyny zgonu. W Głównym Urzędzie Statystycznym trwają prace nad rozbudowaniem bazy o drugą i trzecią przyczynę

<sup>1</sup> Klasyfikacja ICD-10 (Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych) to baza danych zawierająca kody chorób.

**Wykres 1. Liczba zgonów w krajach UE i Norwegii w 2004 roku (w przypadku danych wcześniejszych rok podany w nawiasie).**



Źródło: <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/drdrtab03a-en.html>

zgonu, co dostosuje polski rejestr do wymagań Eurostatu. Posługiwanie się jednym kodem może mieć wpływ na niedoszacowanie liczby przypadków<sup>2</sup>. W 2005 roku wybrano kody, które tworzą krajową definicję zgonów z powodu narkotyków. Z ogólnej bazy wyselekcjonowane zostały zgodne z krajową definicją kody ICD: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Polska definicja zgonów opiera się na selekcji B z protokołu EMCDDA (EMCDDA 2002) oraz na wcześniej stosowanej krajowej metodologii.

Dane z tabeli 1. wskazują na stabilny trend zgonów z powodu narkotyków. W 1997 zanotowano wzrost liczby przypadków w porównaniu do roku 1996. W tym czasie weszła w życie 10 rewizja ICD. Zmiany w kodowaniu

<sup>2</sup> W przypadku każdego zgonu określone są trzy przyczyny zgonu: jedna bezpośrednia i dwie pośrednie, ale kod tylko pierwszej znajduje się w bazie GUS. W przypadku np. zgonu spowodowanego zawałem serca pod wpływem narkotyku pierwszą przyczyną będzie zawał, a drugą rodzaj narkotyku, który go wywołał. Przy kodowaniu i wpisywaniu tylko pierwszej przyczyny nie mamy informacji, że zgon jest spowodowany narkotykiem. Informacja o substancji odurzającej w tym przypadku nie jest wprowadzana do bazy, ponieważ jest to przyczyna pośrednia.

mogły mieć wpływ na zwiększenie generowanych z bazy liczb zgonów. W latach 1997–2004 liczby zgonów nie ulegają większym wahaniom i utrzymują się na stałym poziomie. W 2005 roku nastąpił lekki wzrost śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków. Z powodu narkotyków umiera więcej mężczyzn niż kobiet. W 2005 roku spośród osób, które przedawkowały 41% było płci żeńskiej, w 2004 – 38%, 2003 – 32%, a w 2002 – 42%. Jak widać, odsetek kobiet, które zmarły z powodu śmiertelnego zatrucia narkotykami, osiągnął w 2005 roku prawie taką samą wartość, jak w roku 2002. Średnia wieku ofiar jest stosunkowo wysoka – wynosi 42 lata i jest o 7 lat wyższa od średniej europejskiej. Jednak najmłodsza osoba, która przedawkowała w 2005 roku miała 14 lat. Duża część zgonów nastąpiła w wyniku narkotyków, które przy obecnie stosowanej klasyfikacji trudno określić. W 2005 roku najwięcej osób zmarło z powodu opiatów (11 przypadków). Odnotowano także zgony z powodu zażycia substancji halucynogennych (3 przypadki) i jeden po zatruciu kokainą.



**Tabela 1. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w latach 1987–2005.**

Rok	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.
1987	156	0,41
1988	145	0,38
1989	181	0,48
1990	155	0,41
1991	213	0,56
1992	199	0,52
1993	211	0,55
1994	185	0,48
1995	175	0,45
1996	179	0,46
1997	253	0,65
1998	235	0,61
1999	292	0,76
2000	310	0,81
2001	294	0,77
2002	324	0,85
2003	277	0,73
2004	231	0,61
2005	290	0,76

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

## Sytuacja w województwach

Jeżeli przyjrzymy się liczbie zgonów z powodu narkotyków w 2005 roku w podziale na województwa (tabela 2.), to zauważymy, że najwięcej przypadków śmiertelnego przedawkowania narkotyków wystąpiło w województwie mazowieckim, śląskim, zachodniopomorskim i łódzkim. W pozostałych województwach liczba zgonów nie przekroczyła dwudziestu w ciągu roku.

W województwie śląskim, w którym odnotowano najwięcej zgonów w roku 2004, liczba śmiertelnych przedawkowań spadła w 2005 roku, podobnie zresztą, jak w lubuskim i świętokrzyskim. Największą dynamikę zmian odnotować należy w województwie mazowieckim, gdzie nastąpił wzrost o 77%. 45 śmiertelnych zatruc z tego województwa miało miejsce w Warszawie. Oznacza to, iż w samej stolicy w 2005 roku było więcej zgonów niż w większości innych województw.

**Tabela 2. Liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w 2004 i 2005 roku w podziale na województwa.**

Województwa	Liczba zgonów wg krajowej definicji:	
	2004	2005
Dolnośląskie	18	33
Kujawsko-pomorskie	14	19
Lubelskie	9	9
Lubuskie	8	6
Łódzkie	19	23
Małopolskie	3	5
Mazowieckie	47	61
Opolskie	4	5
Podkarpackie	4	4
Podlaskie	4	13
Pomorskie	13	17
Śląskie	48	44
Świętokrzyskie	4	3
Warmińsko-mazurskie	6	9
Wielkopolskie	13	17
Zachodniopomorskie	17	22

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

## Zgony według danych policyjnych

Drugim systemem, który rejestrował zgony z powodu przedawkowania, była ewidencja policyjna (tabela 3.). Dane zbierały komendy miejskie i powiatowe, następnie raportowano je w trybie półrocznym do komend wojewódzkich, skąd trafiały do Komendy Głównej Policji.

Zgodnie z prawem, każdy przypadek nagłego zgonu powinien być zbadany przez policję. W ten sposób można stwierdzić, czy dany przypadek był związany z zażyciem narkotyków. Powyższy system nie zbiera informacji o rodzaju substancji, z powodu której doszło do śmiertelnego zatrucia, jak również danych socjodemograficznych zmarłych osób. Trudno jest na tej podstawie uchwycić stałą tendencję, trend raczej fluktuuje. Warto także zauważyć, że liczby nie przekraczają tych z tabeli 1, gdzie znajdują się dane o zgonach według bazy GUS. W ostatnim roku prowadzenia sprawozdawczości (2000) odnotowano 174 zgony.

**Tabela 3. Zgony z powodu przedawkowania narkotyków w latach 1988–2000.**

Rok	Liczba	Wskaźnik na 100 tys.
1988	106	0,28
1989	110	0,29
1990	98	0,56
1991	130	0,34
1992	167	0,44
1993	150	0,39
1994	151	0,39
1995	177	0,46
1996	157	0,41
1997	143	0,37
1998	179	0,46
1999	120	0,31
2000	174	0,45

Źródło: Komenda Główna Policji

## Bibliografia

EMCDDA, „Raport naukowy EMCDDA 28.08.02, Protokół Standardowy DRD, wersja 3.0, EMCDDA”, Lizbona 2002.

EMCDDA, „Sprawozdanie roczne – stan problemu narkotykowego w Europie 2006”, EMCDDA, Lizbona 2006.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. (Dz.U.2006.143.1033) – dostępne na stronie [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) w dziale akty prawne.

<http://stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/drdrtab03a-en.html> [stan 28.07.07]

**Grupa Pompidou Rady Europy zaprasza kraje członkowskie do zgłaszania projektów z zakresu przeciwdziałania narkomanii na konkurs o Europejską nagrodę w dziedzinie przeciwdziałania narkomanii**

## „2008 EUROPEAN PREVENTION PRIZE”

**Główną ideą nagrody** przyznawanej przez Grupę Pompidou jest podkreślenie istotnej roli młodzieży i podejmowanych przez nią działań w tworzeniu zdrowego środowiska. Inicjatywa ta służy popularyzacji skutecznych i innowacyjnych projektów profilaktyki narkomanii prowadzonych z aktywnym udziałem młodzieży lub wyłącznie przez nią.

**NAGRODA W WYSOKOŚCI 5 TYS. EURO JEST PRYZNAWANA RAZ NA 2 LATA TRZEM NAJLEPSZYM PROJEKTEM.**

### Wymagania konkursowe

Projekt musi być realizowany na terenie kraju będącego członkiem Grupy Pompidou. Jego realizatorem może być organizacja pozarządowa, społeczność lokalna, instytucja prywatna.

Zakres merytoryczny projektu powinien w całości lub części dotyczyć problematyki narkomanii i mieć charakter profilaktyki uniwersalnej lub profilaktyki drugorzędowej. Projekty z zakresu ograniczania podaży narkotyków lub działań leczniczych nie będą rozpatrywane. Wymagane jest uczestnictwo w projekcie osób młodych, poniżej 25. roku życia. Oczekiwane zaangażowanie młodzieży obejmuje jej udział zarówno w planowaniu, jak i realizacji projektu.

### Główne kryteria oceny projektów dotyczą:

- jakości projektu, tzn. jego założeń, celów i ewaluacji;
- stopnia zaangażowania młodzieży na etapach planowania i wyboru strategii, zarządzania, realizacji, monitorowania i ewaluacji projektu.

Możliwe jest załączenie dodatkowych informacji na temat projektu w formie rekomendacji, opinii i raportów z realizacji projektu (wideo).

Bliższe informacje oraz formularz aplikacyjny są dostępne w sekretariacie Grupy Pompidou ([preventionprize2008@coe.int](mailto:preventionprize2008@coe.int)) lub w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii tel. 0 22 641 15 01.

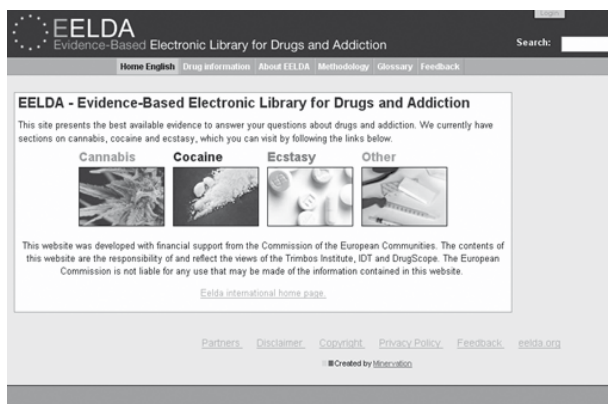
Organizacje i instytucje zainteresowane zgłoszeniem projektu do konkursu powinny w terminie do dnia **1 grudnia 2007 roku** przesłać wypełniony formularz aplikacyjny w formie załącznika tekstowego w języku angielskim lub francuskim na adres mailowy [preventionprize2008@coe.int](mailto:preventionprize2008@coe.int).

Projekty przesłane pocztą lub faksem nie będą uczestniczyć w konkursie.

Projekty będą oceniane przez sześciuosobowe jury młodzieżowe (po 1 osobie z Holandii, Norwegii, Litwy, Turcji, Malty i Rosji), przy wsparciu ekspertów w dziedzinie prewencji, którzy będą pełnić rolę konsultacyjno-doradcą.

CEREMONIA WRĘCZENIA NAGRÓD ODBĘDZIE SIĘ W 2008 ROKU NA KONFERENCJI PLATFORMY PREWENCYJNEJ GRUPY POMPIDOU.

# NARKOMANIA – INTERNETOWE BAZY DANYCH

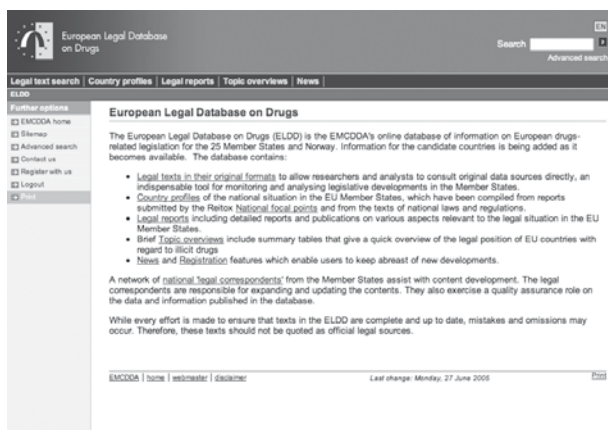


## BAZA DANYCH EELDA

Pod adresem [www.eelda.org](http://www.eelda.org) prezentowana jest elektroniczna biblioteka poświęcona problematyce narkomanii i uzależnień. Projekt jest współfinansowany przez Komisję Europejską (DG Health) i prowadzony przez instytucje z trzech krajów UE – Holandii, Portugalii i Wielkiej Brytanii (w tych też 3 językach portal jest dostępny).

Informacje dotyczące narkotyków są podzielone na następujące kategorie: informacje podstawowe (rodzaje narkotyków, metody przyjmowania, regulacje prawne), skutki brania narkotyków (efekty somatyczne i psychoemocyjonalne, właściwości uzależniające narkotyków), ryzyko związane z używaniem narkotyków (ryzyko somatyczne i psychologiczne, interakcje narkotyków z innymi substancjami, narkotyki a ciąża), identyfikacja i diagnoza (rozpoznanie używania problemowego i uzależnienia), profilaktyka (efektywność profilaktyki w zależności od grupy docelowej), leczenie (efektywność interwencji leczniczych).

Informacje uporządkowane są w sekcjach: marihuana i haszysz, kokaina, ekstazy, inne narkotyki. Każda sekcja zaopatrzona jest w szczegółowe menu. Udostępniane są tylko dane, które przeszły przez ostre sito selekcji niezależnych ekspertów (szczegóły w zakładce „metodologia”). Przydatnym dodatkiem jest przejrzysty słownik pojęć z zakresu problematyki narkomanii (jego zasoby są sukcesywnie wzbogacane). Portal EELDA (*Evidence-based Electronic Library on Drugs & Addiction*) jest bez wątpienia znaczącym źródłem informacji z zakresu narkomanii, wartym polecenia przede wszystkim specjalistom, którzy chcą być na bieżąco w zakresie literatury tematu, co nie jest proste w sytuacji, w której w ciągu ostatnich 5 lat ukazało się tylko na temat marihuany ponad 3800 publikacji w języku angielskim.



## BAZA DANYCH ELDD

Pod adresem [eldd.emcdda.europa.eu](http://eldd.emcdda.europa.eu) działa europejska baza aktów prawnych dotyczących narkomanii (European Legal Database on Drug), która jest prowadzona pod egidą EMCDDA (Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii). Baza zawiera informacje dotyczące legislacji w zakresie problematyki narkomanii obowiązującej w 25 krajach Unii Europejskiej i Norwegii. Planowane jest dołączenie dokumentów krajów kandydujących do UE.

Portal dzieli się na 5 sekcji: 1. teksty prawne w ich oryginalnym brzmieniu umożliwiające badaczom i analitykom bezpośredni wgląd w oryginalne źródła oraz monitorowanie i analizę rozwoju legislacji poświęconej narkomanii w krajach członkowskich (niektóre dokumenty mają wersję angielskojęzyczną, niektóre są publikowane wyłącznie w językach narodowych krajów członkowskich); 2. profile krajowe opisujące narodową sytuację w krajach członkowskich UE, będące wyciągami z raportów opracowywanych przez narodowe focal points oraz tekstów regulacji prawnych obowiązujących w poszczególnych krajach.

Profile stanowią kompendium syntetycznej wiedzy na temat nie tylko legislacji w zakresie narkomanii w poszczególnych krajach członkowskich UE, ale także na temat zagadnień pokrewnych – np. profilaktyki i leczenia. Cennym uzupełnieniem profili są odnośniki do krajowych zasobów internetowych dotyczących legislacji; 3. raporty prawne zawierające szczegółowe dane z publikacji poruszających różne aspekty wiążące się z uregulowaniami prawnymi obowiązującymi w poszczególnych krajach członkowskich UE; 4. przegląd danych kluczowych (topic overviews) prezentujący podsumowujące tabele zestawiające pozycję poszczególnych krajów w odniesieniu do różnych aspektów narkomanii (m.in. klasyfikacja kontrolowanych narkotyków, penalizacja konsumpcji narkotyków, istnienie leczniczej alternatywy do kary więzienia, prawny status cannabis); 5. nowości z zakresu publikacji.

Portal proponuje bardzo wygodny i efektywny mechanizm wyszukiwania, który daje możliwość wyboru kraju (bądź Unii Europejskiej), słów kluczowych (np. współpraca międzynarodowa, handel narkotykami, struktury organizacyjne, prekursorzy, leczenie i profilaktyka) oraz typu dokumentu (np. decyzje krajowe lub unijne, regulacje krajowe, rekomendacje krajowe). Istnieje możliwość zaznaczenia więcej niż jednego kraju, słowa kluczowego, typu dokumentu.

Informacje udostępniane w portalu stanowią nieocenioną pomoc przy wszelkich analizach dotyczących uregulowań prawnych odnoszących się do narkomanii w Unii Europejskiej i poszczególnych krajach członkowskich.

Oprac. red.

## Sprostowanie.

W numerze 1 (36) 2007 Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA w dziale **NGO w sieci – wybór** błędnie określono prezentowany Otwarty Portal Monaru jako portal Stowarzyszenia Monar. Adres oficjalnej strony Monaru to <http://monar.pl>. Wszystkich zainteresowanych serdecznie przepraszamy.

# NARKOMANIA – INTERNETOWE BAZY DANYCH

NOWE ŹRÓDŁO INFORMACJI NA TEMAT UZALEŻNIEŃ DLA PROFESJONALISTÓW



Nowy europejski serwis informacyjny – Portal Elisad (Elisad Gateway<sup>1</sup>), został udostępniony użytkownikom Internetu. Portal, wspierany finansowo przez Komisję Europejską, oferuje darmowy dostęp do prawie 1000 wyselekcjonowanych pod względem jakości stron internetowych dotyczących alkoholu, narkotyków i uzależnień z 35 krajów europejskich<sup>2</sup>. Użytkownicy znajdują tam informacje na temat edukacji i profilaktyki, leczenia, polityki wobec substancji psychoaktywnych i badań naukowych, zidentyfikują zasoby internetowe oraz instytucje działające w Polsce oraz w innych krajach europejskich.

Portal Elisad jest dostępny w 17 językach, w tym także w języku polskim, pod adresem: <http://www.addictionsinfo.eu>. W jego tworzenie, które rozpoczęło się w 2002 roku, zaangażowały się 24 specjalistyczne instytucje, zrzeszone w stowarzyszeniu Elisad. Strony internetowe, które znalazły się w portalu, zostały wyselekcjonowane przez specjalistów od uzależnień oraz ekspertów od spraw informacji<sup>3</sup>. Portal ma za zadanie ułatwić kontakty pomiędzy profesjonalistami zaangażowanymi w działania dotyczące substancji psychoaktywnych i uzależnień w Europie.

Projekt tworzenia portalu zarządzany jest przez Toxibase (Francja), natomiast koordynacja spoczywa na Archido, centrum informacji o substancjach psychoaktywnych, które działa na Uniwersytecie w Bremie (Niemcy).

W Polsce instytucją odpowiedzialną za zbieranie danych, ewaluację stron internetowych oraz polską wersję językową portalu jest Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Więcej informacji na ten temat można uzyskać, kontaktując się z p. Grażyną Herczyńską, e-mail: [hercz@ipin.edu.pl](mailto:hercz@ipin.edu.pl).



- <sup>1</sup> Elisad to europejskie towarzystwo zrzeszające biblioteki i służby informatyczne zajmujące się problematyką alkoholu i innych uzależnień (European Association of Libraries and Information Services on Alcohol and other Drugs: [www.elisad.eu](http://www.elisad.eu)).
- <sup>2</sup> Katalog można przeszukiwać w 14 grupach tematycznych, m.in. według kategorii: polityka wobec substancji psychoaktywnych, badania naukowe, profilaktyka, leczenie. Portal Elisad informuje o działaniach związanych z uzależnieniami, łącząc naukę, praktykę i politykę wobec uzależnień.
- <sup>3</sup> Jakość informacji zawartych w portalu zapewniają przyjęte zasady metodologiczne i kontrola EMCDDA w Lizbonie. Zawartość katalogu jest uaktualniana przez specjalistów z 27 europejskich krajów.



## 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