

# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 5 (44) 2008



15 lat

*Krajowego Biura  
ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

## Numer Specjalny

## 15 LAT KRAJOWEGO BIURA DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII – KALENDARZ WYDARZEŃ

Data	Wydarzenia
1993	Powołanie Biura ds. Narkomanii – zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Opracowanie pierwszego Krajowego Programu Zapobiegania Narkomanii.
1994	Powołanie Międzyresortowego Zespołu ds. Kontroli Środków Odurzających i Psychotropowych – zarządzenie Prezesa Rady Ministrów.
1995	Rozpoczęcie wydawania „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.
1999	Opracowanie pierwszego kompleksowego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, zawierającego zadania z obszaru ograniczania zarówno popytu, jak i podaży narkotyków. Przejęcie przez Krajowe Biuro współodpowiedzialności za realizację i finansowanie badań ESPAD w Polsce.
2000	Pierwsza ogólnopolska kampania Krajowego Biura pod hasłem „Znajdź czas dla swojego dziecka”. Kolejne kampanie o ogólnokrajowym zasięgu obejmowały następujące tematy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Narkotyki – najlepsze wyjście nie wchodzić”, 2002–2003,</li> <li>• „Uczelnie wolne od narkotyków”, 2004,</li> <li>• „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, 2005–2006,</li> <li>• „Wsparcie społeczności lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii”, 2006–2007,</li> <li>• „Pilnuj drinka”, 2007,</li> <li>• „Czy wiesz, co przewozisz?”, 2008.</li> </ul> Wydanie przez Krajowe Biuro w formie książkowej i internetowej informatora na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym (kolejne edycje: 2002, 2004, 2007 rok).
2001	Powołanie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, współpracującego z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Przystąpienie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii do Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach.
2002	Powołanie sieci 16 Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii przez urzędy marszałkowskie. Uruchomienie systemu specjalistycznych szkoleń w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków. Powołanie Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Pierwsze ogólnopolskie badanie ankietowe ( <i>general population survey</i> wg standardów EMCDDA) dotyczące używania narkotyków wśród osób dorosłych.
2002–2003	Realizacja pierwszej umowy o współpracy międzynarodowej ukierunkowanej na wsparcie struktur administracyjnych oraz dostosowanie przepisów prawnych do wymogów UE w związku z akcesją Polski do UE. Partnerem Krajowego Biura była Francja (Phare 2000).
2004–2005	Realizacja kolejnej umowy o współpracy międzynarodowej ukierunkowanej na wspieranie struktur administracji rządowej oraz społeczności lokalnych „Walka z narkotykami – kontynuacja”. Partnerem Krajowego Biura było niemieckie Ministerstwo Zdrowia i Zabezpieczenia Socjalnego (Phare 2003). Rozpoczęcie prac dotyczących standardów w terapii uzależnień (powołanie zespołu ds. tworzenia akredytacji). Pierwsze ogólnopolskie badanie wśród studentów dotyczące rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych.
2005	Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wprowadzenie obowiązku uchwalania gminnych programów oraz wskazanie źródeł ich finansowania,</li> <li>• umożliwienie niepublicznym ZOZ-om prowadzenia terapii substytucyjnej,</li> <li>• wprowadzenie alternatywnych do karania sposobów postępowania z osobami używającymi narkotyków w sposób szkodliwy.</li> </ul>
2006	Objęcie przez polskiego Ministra Zdrowia czteroletniego przewodnictwa w Grupie Pompidou.
2006–2007	Realizacja kolejnej umowy o współpracy międzynarodowej ukierunkowanej na wspieranie struktur administracji rządowej oraz społeczności lokalnych „Wspieranie samorządów lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii na szczeblu lokalnym”. Partnerem Krajowego Biura było niemieckie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (Transition Facility 2004).
2007	Zakończenie prac i rozpoczęcie wdrażania Kodeksu Etycznego Terapeuty Uzależnień. Zainicjowanie wdrażania pilotażowego projektu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków zgodnego ze standardami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Przystąpienie Polski do międzynarodowego projektu „Fred goes net”.
2008	Realizacja umowy międzynarodowej ukierunkowanej na „Wsparcie samorządów lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii na szczeblu lokalnym – kontynuacja”. Partnerem Krajowego Biura była Hiszpania (Transition Facility 2006).

# SPIS TREŚCI

## Gość serwisu

### NAJWAŻNIEJSZA JEST KOMUNIKACJA ZE SPOŁECZEŃSTWEM

Wywiad z Piotrem Jabłońskim..... 2

## Prawo

### POLSKIE USTAWODAWSTWO DOTYCZĄCE NARKOTYKÓW I NARKOMANII: POMIĘDZY REPRESJĄ A TERAPIĄ

Krzysztof Krajewski..... 7

## Profilaktyka

### WYBRANE STRATEGIE PROFILAKTYCZNE

Katarzyna Okulicz-Kozaryn..... 12

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

### ZARYS HISTORII TERAPII UZALEŻNIEŃ W POLSCE A WSPÓŁCZESNY SYSTEM POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

Jerzy T. Marcinkowski, Piotr Jabłoński..... 18

### TYPOLOGIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z INSTYTUCJONALNEJ POMOCY W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW

Czesław Czabala..... 25

### CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA. POLSKI SYSTEM REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI

Robert Sobiech..... 30

### FORMY POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD NARKOTYKÓW

Robert Rejniak..... 36

### MONAROWSKI MODEL PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Jolanta Koczurowska..... 39

### LECZENIE METADONOWE W POLSCE

Marek Beniowski, Grzegorz Wodowski, Marta Gaszyńska, Marek Zygałło..... 45

## Współpraca międzynarodowa

### WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W OBSZARZE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Lukasz Jędruszek, Artur Malczewski..... 53

## Badania, raporty

### PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. ROZMIARY I TRENDY ZJAWISKA

Janusz Sierosławski..... 58

## Szkolenia

### REFLEKSJE NA TEMAT SYSTEMU SZKOLEŃ W DZIEDZINIE UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Bogusława Bukowska..... 67

## Internet

### DO INTERNETU PO POMOC

Tomasz Kowalewicz..... 73

## Kampanie społeczne

OGÓLNOPOLSKIE KAMPANIE EDUKACYJNE..... III i IV okładka

# NAJWAŻNIEJSZA JEST KOMUNIKACJA ZE SPOŁECZEŃSTWEM



*Z Piotrem Jabłońskim, dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przewodniczącym Komitetu Stałych Korespondentów Grupy Pompidou, rozmawia Tomasz Kowalewicz*

**– W 2008 roku mija 15 lat od daty powołania przez ministra zdrowia i opieki społecznej Biura ds. Narkomanii, które w 2000 roku zostało przekształcone w Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jak w tym czasie zmieniła się scena narkotykowa w Polsce?**

– W latach 90. ubiegłego wieku na rynku przeważały opiaty, przede wszystkim domowego wytworu, tzw. polska heroina. Dzisiaj podstawowym narkotykiem jest marihuana. Badania CBOS z 2008 roku<sup>1</sup>, diagnozujące używanie narkotyków przez młodzież z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, pokazują zupełne wyeliminowanie heroiny z obszaru zainteresowań młodzieży. W ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej dla tej grupy wiekowej nie ma ani jednego wskazania używania heroiny – zarówno „kompotu”, brown sugar, jak i heroiny krystalicznej. To jest wielka zmiana. Jeśli chodzi o dynamikę zjawiska, to jeszcze do niedawna w każdym kolejnym pomiarze obserwowaliśmy wzrost wskaźników – i to czasami dramatyczny – sięgania po substancje psychoaktywne zarówno nielegalne, jak i legalne. Natomiast od 2005 roku obserwujemy tendencję malejącą w tej dziedzinie w grupie gimnazjalistów w wieku 15-16 lat i tendencję stabilizacyjną, w przypadku niektórych substancji malejącą, w grupie starszej – licealistów w wieku 17-18 lat. Prawidłowości te ujawniły się także w innych badaniach, m.in. ESPAD z 2007 roku<sup>2</sup>, w badaniach mokotowskich<sup>3</sup>, Diagnozie Społecznej<sup>4</sup>, i tych ostatnich, które dla Krajowego Biura przeprowadził CBOS. Podobne wyniki znajdują się również w opublikowanym w II połowie 2008 roku raporcie NIK dotyczącym stanu bezpieczeństwa i problemów społecznych na terenie szkół<sup>5</sup>. Wskazano w nim, że rozpowszechnienie narkotyków jest mniejsze, niż

było dotychczas, i ma tendencję spadkową. Obecnie na scenie narkotykowej dominują dwa zjawiska: spadek używania narkotyków oraz politoksykomania, czyli łączenie konsumpcji wielu substancji, w tym szczególnie marihuany, amfetaminy, ecstasy, a także leków, z alkoholem. Jednakże należy podkreślić, że badania szacujące liczbę osób uzależnionych w Polsce wskazują na wyraźny wzrost tego wskaźnika (do poziomu 100–130 tys. osób), co może być efektem wzrostu konsumpcji substancji narkotykowych w latach 90. XX wieku i w początkowych latach wieku bieżącego.

Nowym wyzwaniem stały się tzw. dopalacze, czyli grupa substancji o działaniu psychoaktywnym, która jest dystrybuowana legalnie w sieci sklepów internetowych oraz w sklepach „tradycyjnych”.

**– Jak zmieniały się instytucjonalne działania antynarkotykowe i prawo dotyczące narkomanii w ciągu ostatniej dekady?**

– W tych obszarach zaszły wręcz rewolucyjne zmiany legislacyjne i organizacyjne. Może nie na miarę wybuchu aktywności i działań organizacji pozarządowych na początku lat 80., które zainicjowały zajmowanie się problemem narkotyków w Polsce. Wcześniej ten problem praktycznie nie istniał ani w świadomości społecznej, ani w instytucjonalnych działaniach państwa. To organizacje pozarządowe sprowokowały reakcję na problem zarówno społeczeństwa, jak i państwa. Dużo zmieniło się w ciągu ostatnich lat w dziedzinie wzrostu roli i odpowiedzialności instytucji reprezentujących społeczeństwo obywatelskie. Przełomem był rok 1999 i włączenie się samorządów w rozwiązywanie problemów społecznych – dzięki decentralizacji państwa i przesunięciu części kompetencji z poziomu władz



centralnych na poziom władz lokalnych. Z roku na rok obserwowaliśmy coraz większe zaangażowanie samorządów, przede wszystkim szczebla podstawowego, gminnego, ale także szczebla wojewódzkiego. Istotna stała się ich aktywność finansowa, dzięki której realizowane są praktyczne przedsięwzięcia. Widzę, że samorządy postrzegają zajmowanie się problemem narkotyków jako inwestowanie w zdrowie publiczne i bezpieczeństwo na terenie własnej gminy i regionu.

– ***Czy samorządy zajmują się profilaktyką, czy opieką na bardziej zaawansowanym poziomie uzależnienia?***

– Przede wszystkim trzeba stwierdzić, że wreszcie wzrasta zainteresowanie profesjonalną diagnozą sytuacji lokalnej. Decydenci i władze samorządowe uświadamiają sobie, że brak dobrej diagnozy naraża ich na ryzyko podjęcia nieefektywnych działań.

Krajowe Biuro wspomaga proces kształtowania przez samorządy świadomej polityki antynarkotykowej. Robi to w dwojaki sposób: po pierwsze zmianami legislacyjnymi, w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, po drugie przez szkolenie i dostarczanie samorządom dobrych wzorów prowadzenia efektywnych działań.

Odpowiadając wprost na pytanie, myślę, że władze samorządowe koncentrują się przede wszystkim na profilaktyce, co nie znaczy, że nie dofinansowują również terapii i rehabilitacji, ale robią to w znacznie mniejszym stopniu, co zresztą jest logiczne, dlatego że leczenie i rehabilitacja to głównie domena Narodowego Funduszu Zdrowia.

– ***Kiedy powstawała polska scena narkotykowa, dominującą substancją była na niej „polska heroina”, którą wytwarzano w sposób chałupniczy, w dużej mierze na własny użytek, niewiele trafiało jej na sprzedaż. Początek lat 90. wiąże się z procesami urynkowania gospodarki. Czy proces ten dotknął też obszaru narkomanii?***

– Zdecydowanie tak. W czasach „kompotowych” producent, konsument a także handlarz, to była zwykle ta sama osoba czy grupa osób, a dokonane naruszenia prawa narkotykowego były często tzw. przestępstwami bez ofiary. Niewątpliwie lata 90. przyniosły absolutną zmianę tego wzorca. Uzależniony biegający z butelką

„kompotu” po „bajzlu” odszedł do lamusa. Dominować zaczął dobrze rozwinięty rynek świata przestępczego, zasilany heroiną do palenia, brown sugar, i szczególnie amfetaminą, która jeszcze w latach 80. była mało dostępna i droga, a nagle stała się, zaraz po marihuanie, jednym z najpopularniejszych środków psychostymulujących w Polsce. Ceny narkotyków systematycznie spadały. Było to spowodowane bardzo dużą ich podażą i brakiem barier w dostępności. Narkotyki stały się elementem ekonomii, ekonomii z szarej strefy, poddały się tym samym prawom co inne produkty. Duża podaż, szeroki dostęp, niskie ceny. Dopiero w ostatnich latach respondenci badań zaczęli wskazywać, że pojawiają się trudności w zdobywaniu narkotyków. Po raz pierwszy od wielu lat obserwujemy też, że ceny narkotyków na rynku nielegalnym zaczęły rosnąć.

– ***Czy wejście Polski do Unii Europejskiej zmieniło coś w podejściu do problemu narkomanii w naszym kraju?***

– Oczekiwaliśmy, jak wszyscy, że wejście do Unii dużo zmieni w wielu wymiarach życia społecznego. I jeszcze przed akcesem rozpoczęliśmy, zarówno jako Biuro, jak i środowisko, szereg przygotowań. Myślę tu przede wszystkim o stworzeniu systemu monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii i powołaniu – w strukturach Krajowego Biura – Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Tak więc, jeszcze nie będąc pełnoprawnym członkiem Unii, już przygotowaliśmy mechanizmy, które umożliwiły nam wejście w obieg informacji europejskiej w dziedzinie monitorowania narkotyków. Mam tu na myśli przede wszystkim tzw. pięć kluczowych wskaźników, opracowanych przez EMCDDA<sup>6</sup>, a także system wczesnego ostrzegania o nowych substancjach. Również przy opracowaniu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii staraliśmy się uwzględnić główne zasady, priorytety i strategie zapisane w europejskiej Strategii Antynarkotykowej i Planie Działania. Równocześnie budowaliśmy takie elementy krajowego systemu, które nie mają wzorca czy odpowiednika w Unii, a które uznaliśmy za niezbędne dla jego efektywnego działania, głównie w obszarze leczenia i rehabilitacji oraz szkoleń kadry terapeutycznej. Cechą unikalną naszego systemu leczenia jest mocne oparcie go na organizacjach pozarządowych i koncepcji leczenia długoterminowego.

To, co jest jeszcze charakterystyczne dla Polski, a czego nie ma w większości krajów Unii, to model wczesnego zajmowania się młodzieżą sięgającą po narkotyki. Zbudowaliśmy system szkolenia kadry, certyfikowania specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. Są to nasze mocne strony. Nie ukrywam, że mamy też braki, np. zbyt mały dostęp do leczenia substytucyjnego. Pomimo tego, że liczba osób uzależnionych od heroiny spada (a więc i grupa docelowa do terapii zastępczej także się zmniejsza), potrzeby nadal są większe od możliwości. I wejście do Unii niewiele tu zmieniło. Wynika to także z tego, że generalnie medycyna, ochrona zdrowia, w tym również przeciwdziałanie narkomanii, stanowi domenę polityk wewnętrznych poszczególnych państw. Unia nie ma w tych obszarach specjalnych prerogatyw. Jest oczywiście europejska strategia, są pewne dyrektywy (np. ostatnia rekomendacja na temat włączenia nowych substancji na listę substancji kontrolowanych), ale generalnie system leczenia, rehabilitacji pozostaje domeną prawa i organizacji krajowej. Wielką korzyścią wejścia do Unii jest natomiast możliwość korzystania z unijnych funduszy i dostępu do wiedzy. Beneficjentem jest zarówno Krajowe Biuro (już w okresie przygotowawczym korzystaliśmy z programu PHARE, potem z programu Transition Facility), jak również inne instytucje, przede wszystkim organizacje pozarządowe, które w szerokim zakresie zaczęły korzystać z pieniędzy albo unijnych, albo dostępnych dzięki temu, że weszliśmy do Unii (np. Norweski Mechanizm Finansowy lub Szwajcarsko-Polski Program Współpracy – przyp. red.).

– ***Wspomniał Pan o systemie szkolenia kadry. Proszę powiedzieć coś więcej na ten temat.***

– Przez długi czas leczeniem narkomanii zajmowali się przede wszystkim ludzie, którzy sami mieli kiedyś problem z substancjami psychoaktywnymi. Nie umiem powiedzieć, jaki odsetek kadr stanowili, ale chcę zwrócić uwagę, że koncepcja, iż najlepszym terapeutą jest były uzależniony, obowiązywała nie tylko w leczeniu narkomanów, ale również osób uzależnionych od alkoholu. Powszechna była opinia, że osobę uzależnioną najlepiej rozpozna ten, kto sam kiedyś był uzależniony. Krajowe Biuro dawno odeszło od tej koncepcji. Skuteczności takich rozwiązań nie potwierdza zresztą również literatura naukowa. Odwrotnie, wiele badań wskazuje na to, że szkolenia i certyfikowanie kadr leczniczych i rehabilita-

cyjnych są podstawowymi czynnikami wpływającymi na skuteczność terapii, a nie własne doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi. Poza tym tylko szkolenie może podnieść jakość oferowanych świadczeń. Dlatego podjęliśmy starania mające na celu opracowanie i wdrożenie koncepcji systemu szkoleń, który obejmowałby instruktorów, a przede wszystkim specjalistów terapii uzależnień, i który byłby odpowiedzią na potrzeby środowiska. Chodziło nam o takie skodyfikowanie systemu szkoleniowego, aby stał się on impulsem do rozwoju zawodowego. Oczekiwaliśmy, że odbycie szkoleń przełoży się na skuteczniejszą, bardziej produktywną pracę z pacjentami. Jednocześnie nie chcieliśmy – jako instytucja centralna – monopolizować działań szkoleniowych w obszarze narkomanii. Postanowiliśmy przygotować zasady szkolenia kadry i jej certyfikowania, opracować minima programowe i następnie „oddać” to szkolenie uczelniom i innym instytucjom, które chcą szkolić kadrę zgodnie z wypracowanymi zasadami. Krajowe Biuro włącza się powtórnie do systemu dopiero na ostatnim jego etapie – weryfikacji efektów szkolenia poprzez przeprowadzenie postępowań egzaminacyjnych. Model ten, jak dotychczas, sprawdza się. Zdecentralizowany system szkoleń zaczął żyć własnym życiem – niektóre instytucje realizując to, co nakazuje im prawo, wzbogacają szkolenia o dodatkowe elementy. Tak np. KUL, który od początku włączył się w system i stworzył zespół szkoleniowy, wzbogaca ofertę o tematykę dotyczącą rodziny. Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych rozszerza natomiast moduł poświęcony metodzie społeczności terapeutycznej. System nadal się rozwija. Niektóre szkoły wyższe zaczęły oferować szkolenie kadry terapeutycznej jako studia podyplomowe. Współpraca z sześcioma zespołami szkoleniowymi umożliwiła nie tylko terytorialną decentralizację systemu szkoleń, ale także ich merytoryczne wzbogacenie.

– ***Szkolenia, o których Pan mówi, dotyczą leczenia, resocjalizacji i rehabilitacji. A jak wyglądają działania w obszarze profilaktyki?***

– Profilaktykę w zasadzie zawężaliśmy z perspektywy Biura, do profilaktyki drugiego rzędu, określanej także jako selektywna – czyli do działań adresowanych do jednostek lub grup osób, które są w stopniu wyższym niż przeciętny narażone na rozwój problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych. Wspieramy, ze szczególnym zainteresowaniem, działania związane

z redukcją szkód. Jeśli natomiast chodzi o szkolenie osób, które zajmują się profilaktyką uniwersalną, kierowaną do ogółu młodzieży, to jest to domena ministra edukacji narodowej, z którym współpracujemy, ale nie jest to nasze główne zadanie.

**– Wspomniał Pan, że Krajowe Biuro stara się rozwijać programy substytucyjne. Czy to jest alternatywa dla programów „drug free”, których celem jest doprowadzenie pacjentów do pełnej abstynencji?**

– Nie ma przeciwstawności celów pomiędzy podejściem abstynenckim a skoncentrowanym na redukcji szkód. Bo nie ma sprzeczności między tymi koncepcjami. Abstynencja jest długoterminowym celem, który osiąga mniejszość spośród osób uzależnionych od narkotyków. Natomiast redukcja szkód rozpisuje się na różne cele szczegółowe, czasami bardzo proste, wręcz mogące się wydawać – szczególnie dla obserwatora z zewnątrz – trywialne, np. zmniejszenie dawki przyjmowanego narkotyku, albo przejście z brania dożylnego substancji na jej palenie. Kiedyś wydawało się, że tego typu zmiany nie mogą być celem w terapii. A przecież osłabiają one siłę trwania w nałogu, wzmacniają motywację pacjenta do osiągnięcia kolejnych celów terapeutycznych poprawiających jego jakość życia. Nie jest powiedziane, że na tym pierwszym, czasami bardzo prostym celu kończy się dynamika zmiany.

**– Moim zdaniem w powszechnym myśleniu substytucja jest kojarzona raczej z przejściem z jednego narkotyku na inny środek, mniej lub bardziej odurzający, ale przyjmowany w sposób stały, właśnie bez możliwości zrobienia kolejnego kroku, to znaczy odstawienia środków psychoaktywnych w ogóle.**

– Absolutnie nie tak! Wydawało mi się, że takie myślenie jest już zupełnie archaiczne. Substytucja czy redukcja szkód ma wiele celów. Programy substytucyjne obejmują też różnych pacjentów. Niektórzy używają metadonu w celu przedłużenia detoksykacji, część będzie brać go przez wiele miesięcy, a nawet lat. Są też takie osoby, które przyjmują, co prawda w sposób stały, ale minimalne dawki metadonu. Są w pełni zintegrowane społecznie, funkcjonują efektywnie w rolach społecznych – mają rodziny, pracują lub uczą się. I mamy w programach substytucyjnych także takich pacjentów, którzy – jak mówimy – „zerują się”, czyli zmniejszają dawki, aż w którymś momencie zupełnie przestają brać metadon

i dochodzą do abstynencji, przynajmniej opiatowej, bo mogą korzystać z innych środków psychoaktywnych – np. nikotyny albo alkoholu.

Musimy pamiętać, że w programy typu „drug free” wchodzi zaledwie 20-30% uzależnionych od narkotyków. 70% osób potrzebujących pozostaje poza instytucjonalną pomocą! To przede wszystkim do tej grupy należy kierować programy redukcji szkód. Konieczne jest przekazanie komunikatu: OK, nie chcemy, żebyście brali narkotyki, ale jeśli bierzecie, to spróbujcie robić to bardziej bezpiecznie. Dajcie sobie szansę na podniesienie jakości życia. Na początku może to być mały krok. Nie musicie w tej chwili deklарować, że będziecie żyć bez narkotyków. Ale może za jakiś czas uznacie ten cel za realny.

**– Myślę, że efektywność tego podejścia powinna być zweryfikowana w systematycznie prowadzonych badaniach.**

– Zgadza się. Badania były prowadzone w wielu krajach, choć nie w Polsce, i pokazują dużą skuteczność w ograniczaniu takich wskaźników, jak zakażenia chorobami, nie tylko HIV, ale przede wszystkim HCV, żółtaczką czy chorobami przenoszonymi drogą płciową. Zmniejsza się liczba przestępstw i wypadków. Badania pokazują też, że programy substytucyjne nie do końca przekładają się na ideał polegający na dojściu do abstynencji, ale w stosunku do wymienionych wskaźników są niezaprzeczalnie skuteczne.

**– Mam wrażenie, że problem narkomanii w Polsce spowszedniał. Kiedyś stanowił z jednej strony temat tabu, z drugiej – jak już się o narkomanii mówiło czy pisało – element sensacji. Teraz mniej słychać o narkomanii w mediach i z tym wiąże się moje pytanie: czy następują jakieś zmiany w reagowaniu na problem przez opinię publiczną?**

– To jest dla mnie jedna z najważniejszych rzeczy. Moim cichym marzeniem zawsze było to, żeby przestać widzieć w narkomanii źródło sensacji, przestać widzieć w narkotykach wyłącznie coś bulwersującego. Narkotyki i narkomania stanowią element życia społecznego. Zawsze tak było, to nie jest coś, co nam się raptem przydarzyło. Na przestrzeni lat zmieniała się jedynie skala zjawiska. Zawsze przeszkadzały mi dwie postawy. Pierwsza – że narkotyki to nie jest nasz problem, nie mój, nie mojej rodziny, przyjaciół, szkoły,



nie jest to problem mojej jednostki wojskowej, naszej uczelni. To czyj jest ten problem? Jakichś łobuzów, wykolejńców, bananowej młodzieży z dobrych domów? Z tą postawą łączy się druga postawa. Kiedy okazuje się, że to jednak jest mój problem, mojego przyjaciela, dziecka, najczęściej rodziny, to najpowszechniejszą reakcją jest przewartościowanie swojego życia – uznanie, że zostało przegrane, postawienie pod znakiem zapytania sensu bycia rodzicem, bratem, bliską osobą. To oznacza bankructwo i przeżycie totalnej porażki w momencie, w którym powinna nastąpić mobilizacja i działanie mające na celu zaradzenie sytuacji i udzielenie skutecznej pomocy.

Potrzebna jest zmiana postaw. O narkotykach należy myśleć jako o jednym z wielu niekorzystnych elementów, stale obecnym w naszym życiu. Kiedy oswoimy się z tym problemem i jednocześnie przestaniemy go lekceważyć, twierdząc, że może on dotyczyć każdego, tylko nie nas, będziemy mogli – jeśli jednak nas dotknie – zmobilizować się, nie poddając się rozpacz i poczuciu beznadziejności. Takie podejście ułatwi nam skuteczną walkę z problemem. Mam wrażenie, że nasze społeczeństwo zaczęło się zmieniać w tym kierunku.

Większość działań Krajowego Biura skierowana jest tak naprawdę na pogłębienie tej zmiany. Również zmiany legislacyjne miały podobny cel – wzmocnienie samorządu i społeczeństwa obywatelskiego jako najważniejszych elementów reagowania na problem narkotyków.

Zaczęliśmy tworzyć kampanie edukacyjne, które już nie koncentrowały się na przekazie: patrz, jak zmieniają się oczy dziecka pod wpływem narkotyków, patrz na żyły, szukaj wkłuć. Zaczęliśmy mówić: porozmawiaj ze swoim dzieckiem. Nie o narkotykach, tylko w ogóle porozmawiaj. Zaczęliśmy mówić o więzi społecznej: bliżej siebie – dalej od narkotyków. To zresztą zostało przechwycone. Dzisiaj mówi się: bliżej siebie – dalej od przestępczości, bliżej siebie – dalej od bulimii. Staraliśmy się oswoić ludzi z tym tematem. Nie chodziło o to, aby akceptować narkotyki, ale o to, by zauważyć, że to nieodłączny element naszego życia i że nie jesteśmy wobec nich bezradni. Możemy skutecznie działać jako obywatele, rodzice, przyjaciele. I że to jest kluczowa rzecz w całej tej sprawie. Problemu narkotyków nie załatwi za Polaków MONAR czy ksiądz Arkadiusz Nowak. Potrzebna jest zmiana myślenia. Wydaje mi się,

że ta zmiana się dokonuje. Wspomaga ją coraz więcej badań epidemiologicznych, monitorujących, które pokazują, jakie są fakty – że substancje psychoaktywne są obecne w życiu społecznym. Obserwujemy zbliżanie się do siebie świata alkoholu i świata narkotyków. Dziś większość trafiających do leczenia to politoksykomanii, używający alkoholu i mieszejący go z substancjami nielegalnymi. Coraz częściej jesteśmy świadomi tego, że mechanizmy uzależnień są wspólne dla substancji legalnych i nielegalnych. Czasem kwestią przypadku jest, czy młody człowiek zaczyna eksperymentować z alkoholem, czy substancjami nielegalnymi. Wiele badań pokazuje, że najczęściej to alkohol stanowi furtkę do uzależnienia od środków nielegalnych.

**– Na koniec chciałbym zapytać, na czym Krajowe Biuro będzie koncentrować się w ciągu najbliższego roku, co jest najważniejsze do zrobienia?**

– Najbardziej gorący temat to kwestia nowych substancji, przede wszystkim tzw. dopalaczy. Problemem jest również używanie leków innych niż te klasycznie utożsamiane z narkotykami – nasennych, antydepresyjnych, przeciwlękowych. Mam na myśli leki ogólnodostępne, które mogą być nadużywane, wykorzystywane do odurzania się, albo mogą być w łatwy sposób przetwarzane, bo technologie są często ogólnie dostępne, np. w Internecie. Z tym mamy duży kłopot.

Metoda polegająca na poszerzaniu listy substancji kontrolowanych, czyli nielegalnych, doprowadziła nas w pewnym sensie „do ściany”. Trzeba zacząć szukać nowych sposobów – z jednej strony powstrzymywania zjawiska, z drugiej – edukowania społeczeństwa, budowania samoświadomości i szerzenia profilaktyki. Jeśli chodzi o tzw. dopalacze, to są to mieszanki różnych preparatów, najczęściej opatrzone ostrzeżeniem, że nie są przeznaczone do konsumpcji. Sprzedawane są jako np. nawóz do kwiatków albo produkt kolekcjonerski. Takich mieszanek może być setki, jeśli nie tysiące. Nie jesteśmy w stanie wszystkich kontrolować. Musimy wzbudzić w ludziach refleksję, dać im narzędzia do tego, żeby sami uczyli się dbać o swoje bezpieczeństwo. Żeby nie dawali wiary zapewnieniom, że te substancje zostały zbadane przez jakiś instytut i uznane za bezpieczne. Póki co, nie mamy dobrego rozwiązania. Zwiększamy listę substancji kontrolowanych, tych które możemy zdiagnozować jako psychoaktywne i mogące wywoływać negatywne skutki dla zdrowia.



Szukamy też innych rozwiązań, np. takich, żeby zakazać reklamowania jakichkolwiek produktów przez odwoływanie się do psychoaktywnych właściwości substancji zakazanych, co ma miejsce w przypadku dopalaczy: bierz dany produkt, bo on jest legalny, a działa jak amfetamina.

Ale tak naprawdę najważniejsza jest komunikacja ze społeczeństwem. Nie jesteśmy w stanie każdego obronić.

## Przypisy

<sup>1</sup> Opinie i diagnozy nr 13. Młodzież 2008, CBOS, Warszawa 2009.

<sup>2</sup> Janusz Sierosławski, Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, IPiN, Warszawa 2007.

<sup>3</sup> Cykliczne badania realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” IPiN, monitorujące trendy używania substancji psychoaktywnych wśród uczniów szkół mokotowskich.

<sup>4</sup> Diagnoza Społeczna 2007, www.diagnoza.com.

<sup>5</sup> Przeciwdziałanie zjawiskom patologii w szkołach i placówkach oświatowych, NIK 2008, bip.nik.gov.pl/pl/bip/wyniki\_kontroli\_wstep/inform2007/p\_07\_081\_200804041127141207301234.

Powinniśmy natomiast dostarczyć maksymalnie dużo wiarygodnych informacji, aby każdy sam dokonał wyboru i żeby wiedział, podejmując decyzję, czym ryzykuje.

– *Bardzo dziękuję za rozmowę.*

<sup>6</sup> Podstawowym elementem systemu informacji EMCDDA (Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii) jest pięć wskaźników epidemiologicznych umożliwiających porównywanie danych o problemie narkotyków w różnych krajach:

- stopień rozpowszechnienia i wzorce używania narkotyków wśród całej populacji;
- stopień rozpowszechnienia i wzorce problemowego używania narkotyków;
- choroby zakaźne związane z narkotykami;
- zgony związane z narkotykami i umieralność wśród narkomanów oraz
- zgłaszalność do leczenia z powodu problemu narkotyków.

*Europejska polityka wobec narkotyków i narkomanii stara się od dłuższego czasu łączyć w umiejętny sposób elementy represji, profilaktyki i terapii. Wynika to z wieloletnich doświadczeń, które pokazują, że wiara w osiągnięcie sukcesu tylko za pomocą zakazów i represji jest całkowicie złudna. Niestety, wiele wskazuje na to, że przesłanie to niekoniecznie w pełni dotarło do Polski.*

# POLSKIE USTAWODAWSTWO DOTYCZĄCE NARKOTYKÓW I NARKOMANII: POMIĘDZY REPRESJĄ A TERAPIĄ

Krzysztof Krajewski

Katedra Kryminologii, Uniwersytet Jagielloński

W latach 1985–1997 problematykę narkotyków oraz narkomanii, w tym kwestie odpowiedzialności karnej za czyny związane z nielegalnym obrotem narkotykami, regulowała w Polsce ustawa z dnia 31 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii. Stanowiła ona pierwszą kompleksową regulację tych zagadnień w ramach jednego aktu prawnego. Ocena tej ustawy, pomimo rozmaitych jej braków czy niedociągnięć, musi wypaść pozytywnie. Jej twórcy starali się zrealizować podejście profilaktyczno-lecznicze do zjawiska narkomanii, a więc takie, w ramach którego prymat przyznawano z jednej strony profilaktyce wobec potencjalnych użytkowników narkotyków, z drugiej zaś leczeniu,

rehabilitacji i resocjalizacji osób uzależnionych. Sankcje karne wobec narkomanów i innych użytkowników miały być stosowane jako rzeczywista *ultima ratio*.

## Krytyka braku represji

W odniesieniu do zakresu kryminalizacji przepisy ustawy z 1985 roku koncentrowały się na represji czynności dotyczących nielegalnej podaży narkotyków. Nie stanowiły natomiast przestępstwa takie czyny, jak nabywanie narkotyków oraz ich posiadanie. Twórcy ustawy wychodzili z założenia, że powyższe czynności stanowią zachowania typowe dla użytkowników nar-

kotyków, a więc są czynami związanymi z popytem na te substancje. W tym sensie nabywanie i posiadanie narkotyków to czynności dla użytkowników „normalne” i powszechnie w tej grupie występujące. Jeśli ustawodawca nie chciał stosować wobec osób uzależnionych masowej represji karnej i realizować wobec nich podejście profilaktyczno-lecznicze, czynności te musiały pozostać zdekriminalizowane.

Przyjęte w ustawie z 1985 roku rozwiązanie polegające właśnie na dekriminalizacji, tj. całkowitej niekaralności za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych, nie oznaczało, iż takowe posiadanie było dozwolone, ani tym bardziej, że narkotyki były w Polsce legalne. Takie poglądy, wyrażane częstokroć w latach 90. ubiegłego wieku w środkach masowego przekazu, polegały na całkowitym nieporozumieniu. Pod rządami ustawy z 1985 roku posiadanie narkotyków wbrew przepisom ustawy było nielegalne w rozumieniu prawa administracyjnego, a posiadane środki podlegały przypadkowi (konfiskacie). Nie było więc prawdą, że w Polsce „wolno było posiadać narkotyki”. Faktem jest natomiast, że ich posiadanie nie było karalne.

Po roku 1990, w związku z procesem kształtowania się w naszym kraju „normalnego” czarnego rynku narkotyków i wzrostem rozmiarów używania tych substancji, a także w związku z tym, że Polska stała się istotnym w Europie producentem środków syntetycznych oraz ważnym krajem tranzytowym przemytu narkotyków, ustawa z 1985 roku stała się przedmiotem narastającej krytyki, jako zbyt liberalna i przywiązująca zbyt wiele wagi do profilaktyki i leczenia, a zbyt mało do represji. Przedmiotem szczególnie ostrej krytyki stał się przede wszystkim fakt braku kryminalizacji posiadania narkotyków. W mediach i wypowiedziach polityków był on jednoznacznie – aczkolwiek całkowicie niesłusznie – utożsamiany z przyzwoleniem na posiadanie i używanie narkotyków. Istota problemu sprowadzała się tymczasem do tego, że zgodnie z ustawą z 1985 roku nie stanowiło przestępstwa wszelkie posiadanie środków odurzających lub psychotropowych, a więc nawet dużych ich ilości. Było to rzeczywiście rozwiązanie raczej niespotykane. W konsekwencji, jeśli takiemu sprawcy nie można było udowodnić przemytu, handlu czy innych podobnych czynności, pozostawał on rzeczywiście bezkarny i posiadane przez niego środki można było jedynie skonfiskować. Prowadziło to do licznych skarg i narzekań przede

wszystkim ze strony policji, która twierdziła, iż brak kryminalizacji posiadania narkotyków utrudnia lub wręcz uniemożliwia efektywną walkę z rozwijającym się tranzytem narkotyków przez terytorium Polski do krajów Europy Zachodniej, z nielegalną produkcją amfetaminy, a przede wszystkim z nielegalnym handlem narkotykami. Prawdą jest, że w praktyce udowodnienie np. handlu narkotykami jest częstokroć wysoce utrudnione. Jedynym właściwie sposobem udowodnienia tej czynności jest ujęcie sprawcy na gorącym uczynku, tj. w momencie przekazywania środka i odbierania zapłaty. To jednak nie zawsze jest łatwe i możliwe. Posiadanie narkotyków jest natomiast stosunkowo łatwe do udowodnienia, wystarczy bowiem znaleźć przy sprawcy środki i nie trzeba mu udowadniać żadnego konkretnego zamiaru. W tym sensie kryminalizacja posiadania narkotyków traktowana jest rzeczywiście w wielu ustawodawstwach jako środek ułatwiający policji walkę z nielegalną podażą narkotyków. Rzecz jednak w tym, aby rozwiązanie takie nie pociągało za sobą nadmiernych negatywnych konsekwencji dla użytkowników narkotyków, przede wszystkim osób uzależnionych.

## Przeklęty dar wolności

Przyjęta przez Sejm 24 kwietnia 1997 roku ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, czyniła pod wieloma względami zadość postulatowi umiaru w posługiwaniu się represją w polityce wobec narkomanii i akcentowania co najmniej na równi profilaktyki i leczenia. Podstawową nowością było wprowadzenie przez art. 48 ustawy kryminalizacji posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Art. 48 ust. 4 stwierdzał jednak, że sprawca, posiadający na własny użytek nieznaczne ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych, nie podlega karze. Oznaczało to, iż ustawa nie przewidywała całkowitej dekriminalizacji „drobnego posiadania”, a jedynie jego depenalizację. Wszelkie formy posiadania narkotyku pozostawały bowiem w ramach tego rozwiązania czynem zabronionym pod groźbą kary, a „drobne posiadanie” stanowiło okoliczność wyłączającą jedynie karalność, a nie przestępczość takiego czynu. W praktyce oznaczało to, że sprawy o takie formy posiadania nie powinny być wszczynane, a wszczęte umarzane.

Rozwiązanie powyższe, aczkolwiek generalnie zasługujące na akceptację, zawierało poważny problem. Inaczej niż wcześniejsze propozycje, ustawa nie zawierała bowiem żadnej definicji pojęcia „nieznaczej ilości”. Wcześniejsze projekty, wzorem wielu innych krajów Europy, przewidywały w tym zakresie specjalny załącznik zawierający konkretne, określone wagowo tzw. ilości graniczne dla poszczególnych środków odurzających. Ostatecznie przeważał jednak argument, iż przyjęte w ustawie rozwiązanie będzie bardziej elastyczne niż sztywno ustalone progi i pozwoli organom ścigania (przede wszystkim prokuraturze) na bardziej elastyczne stosowanie tego przepisu. Niestety, wiele wskazuje na to, iż takie sformułowanie stało się dla organów ścigania – niekoniecznie nawykłych do samodzielności w podejmowaniu decyzji – swoistym „przeklętym darem wolności”. Policja i prokuratura miały zasadnicze problemy z oceną, jakie ilości, jakiego środka mogą być uznane za „nieznaczną ilość”. Spowodowało to liczne trudności praktyczne w jego stosowaniu i stało się jedną z przyczyn późniejszej nowelizacji tego przepisu.

## Leczyć zamiast karać

W zakresie innych postanowień ustawa z 1997 roku zachowała wiele rozwiązań swej poprzedniczki umożliwiających działania profilaktyczne i lecznicze, a w wielu wypadkach rozbudowała je w istotny sposób. Przede wszystkim nie wprowadziła zmian w zakresie dopuszczalności stosowania leczenia przymusowego. Nie wprowadziła również żadnych zmian do wyjątku od zasady dobrowolności leczenia przewidzianego przez art. 17, a dotyczącego dopuszczalności skierowania na przymusowe leczenie i rehabilitację przez sąd rodzinny małoletniej osoby uzależnionej. Równocześnie ustawa wprowadziła nowy przepis, a mianowicie art. 57, stanowiący realizację postulatów włączenia do polskiego ustawodawstwa przepisów wyraźniej realizujących wobec osób uzależnionych zasadę prymatu leczenia przed represją. Przepis ten umożliwiał zawieszenie przez prokuratora postępowania przygotowawczego toczącego się wobec takiej osoby, która dopuściła się przestępstwa, jeśli ta podda się stosownemu leczeniu. Możliwości skorzystania z tego przepisu ujęte zostały dość szeroko i dotyczyły przestępstw zagrożonych karą nie przekraczającą pięciu lat pozbawienia wolności.

Tym samym została nią objęta większość przestępstw typowo popełnianych przez osoby uzależnione, zarówno tych zdefiniowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i w kodeksie karnym. Po zakończeniu leczenia prokurator w razie jego negatywnego wyniku powinien wnieść akt oskarżenia, a w wypadku wyniku pozytywnego – wystąpić do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. W tym ostatnim wypadku zastosowanie warunkowego umorzenia postępowania miało stanowić rodzaj premii za poddanie się leczeniu oraz za jego pomyślny wynik. Tym samym polskie ustawodawstwo uzyskało przepis próbujący wcielać w życie zasadę leczyć zamiast karać, w ramach której sankcje karne są traktowane raczej jako czynnik motywujący użytkowników narkotyków do poddania się terapii, a nie jako instrument czystej represji. Podejście takie może mieć oczywiście także ujemne strony. Nie ulega jednak wątpliwości, że jest ono znane w większości ustawodawstw europejskich i jest próbą odejścia od czystego represjonowania użytkowników narkotyków i włączenia organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości w działania o charakterze profilaktycznym i terapeutycznym. Abstrahując od tego, że sformułowania przepisów ustawy z 1997 roku w tym zakresie dalekie były od ideału, podkreślić należy, iż stosowanie takich przepisów wymaga także zmiany podejścia i nastawienia organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Ich przedstawiciele powinni sobie przede wszystkim uświadomić, że w takich wypadkach mają do czynienia ze specyficzną kategorią sprawców, którzy wymagają specjalnego traktowania. Niestety, w wielu wypadkach okazuje się, że odejście w odniesieniu do takich sprawców od czysto represyjnego nastawienia, sprawa policji, prokuraturze i sądom – nie tylko w Polsce – zasadnicze trudności. Charakteryzując rozwiązania ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku, nie można zapominać o tym, że stworzyła ona po raz pierwszy w Polsce jednoznaczne podstawy prawne realizacji pewnych form strategii redukcji szkód, przede wszystkim substytucji za pomocą metadonu. Art. 15 ust. 1 ustawy stwierdzał bowiem w sposób wyraźny, że osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego. Było to bardzo ważne osiągnięcie, ponieważ wcześniej programy substytucji lekowej, działające w Polsce od początku lat 90. XX wieku, nie miały klarownej podstawy prawnej.

Ustawa z 1997 roku stworzyła ją, przesądając wszelkie spory prawne w tym zakresie. Zastrzeżenia budziło natomiast od początku rozporządzenie wykonawcze, które określało w bardziej szczegółowy sposób warunki i zasady prowadzenia programów substytucyjnych i nakładało w tym obszarze cały szereg daleko posuniętych restrykcji. Późniejsze nowelizacje owego rozporządzenia wprowadziły szereg postulowanych zmian, zwiększających przede wszystkim uprawnienia prowadzących terapię i odstępujących od rygorystycznej reglamentacji w tym zakresie.

Już w czerwcu 1998 roku, a więc nieco ponad pół roku po wejściu w życie nowej ustawy, kiedy doświadczenia związane z jej funkcjonowaniem były wciąż jeszcze znikome, do łaski marszałkowskiej wpłynął poselski projekt jej nowelizacji. Najistotniejszym elementem projektu była propozycja skreślenia art. 48 ust. 4. W uzasadnieniu tego projektu przeczytać można było m.in., że „z doświadczenia policyjnego wynika, że dealerzy rozprowadzający środki odurzające, często posiadają przy sobie tylko niewielkie ilości. Jednoznacznie stwierdzić należy, że zapis art. 48 ust. 4 nie ułatwia walki z handlarzami i dealerami. W związku z powyższym proponowana zmiana ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zmierza do zaostrenia odpowiedzialności za udział w handlu narkotykami”. Powyższe sformułowanie jest niezwykle charakterystyczne dla sposobu prowadzenia dyskusji na ten temat w Polsce, w której od początku lat 90. XX wieku dominuje niestety zbyt często punkt widzenia organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, które cały problem postrzegają przede wszystkim z punktu widzenia walki z nielegalną podażą narkotyków (co jest dokładnym przeciwieństwem postaw dominujących w latach 80. ubiegłego wieku). Cała reszta, zdrowotny i socjalny aspekt problemu narkomanii pozostaje poza obszarem ich zainteresowania, bo nie mieści się w sposobie postrzegania zagadnienia niemalże wyłącznie przez pryzmat represji. Inaczej mówiąc, w odpowiedzi na pytanie, czy narkomania jest problemem polityki karnej czy polityki zdrowotnej w Polsce, coraz częściej wskazuje się na tę pierwszą odpowiedź, co jest wynikiem – charakterystycznego m.in. także dla Stanów Zjednoczonych – podejścia do problemu narkomanii przede wszystkim przez pryzmat podaży narkotyków. Tymczasem narkotyki i narkomania są tak problemami polityki karnej, jak i polityki zdrowotnej. W związku

z tym w wielu krajach UE podejmuje się wyraźne próby takiego rozkładania akcentów, aby przedmiotem polityki karnej była rzeczywiście podaż narkotyków, zaś popyt na nie pozostał – w miarę możliwości – przede wszystkim w obszarze oddziaływania instrumentów polityki zdrowotnej i socjalnej.

Nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonaną w 2000 roku uznać należy w związku z tym za typowy przypadek wylewania dziecka z kąpielą. Nawet jeśli jej autorzy rzeczywiście kierowali się chęcią ułatwienia zwalczania nielegalnego handlu narkotykami, to można mieć zasadnicze wątpliwości co do tego, czy zdołali w jakikolwiek sposób zrealizować ten cel. Równocześnie najwyższą cenę nowego rozwiązania zapłaciły niewątpliwie osoby uzależnione oraz inni użytkownicy narkotyków: w postępowaniu wobec nich elementy represji zaczęły bowiem brać górę nad działaniami ze sfery polityki zdrowotnej i socjalnej, i to pomimo zarzekania się, że nie jest to celem proponowanych rozwiązań. Jest prawdą, że problem traktowania przez prawo karne „drobnego” posiadania narkotyków stanowi w gruncie rzeczy swoistą kwadraturę koła, a każda próba jej rozwiązania oznacza, że przyznaje się pierwszeństwo którejś z przeciwstawnych opcji w polityce wobec narkotyków. Kryminalizacja „drobnego” posiadania może w pewnych sytuacjach nieco ułatwiać walkę z handlem (aczkolwiek nie stanowi bynajmniej żadnej cudownej broni, ani tym bardziej „maczugi” – jak określali to niektórzy politycy – na handlarzy). Cenę takiego podejścia płacą jednak najczęściej narkomani i inni użytkownicy. Brak takiej kryminalizacji czy jej ograniczenie daje zasadnicze korzyści w polityce wobec użytkowników, aczkolwiek ceną mogą być pewne utrudnienia dla policji, których jednak nie należy wyolbrzymiać. Ułatwianie pracy policji nie powinno być jednak traktowane jako niezależny cel przepisów regulujących kwestie związane z narkomanią (jak i wszelkich innych przepisów prawa karnego).

Mówiąc o negatywnych konsekwencjach nowelizacji ustawy z 1997 roku, wskazać należy przede wszystkim na to, że kryminalizacja „drobnego” posiadania zepchnęła użytkowników narkotyków głębiej do podziemia i utrudniła prowadzenie wobec nich rozsądnej polityki redukcji szkód, odwołującej się do działań w sferze zdrowotnej i socjalnej. Najbardziej skrajnym przykładem takich konsekwencji był niewątpliwie – na



szczęście krótki – okres kwestionowania (po wejściu w życie ustawy) legalności programów wymiany igieł i strzykawek dla narkomanów. Równocześnie wszystko wskazuje na to, że celem działań policyjnych stali się nie tyle poważniejsi dealerzy, co drobni użytkownicy narkotyków, jako że są oni celem potencjalnie najłatwiejszym. Doświadczenie tych krajów, które w sposób bezwyjątkowy kryminalizują posiadanie narkotyków, od lat wskazuje na to, że takie przypadki „drobnego” posiadania dominują w sposób zdecydowany w strukturze ujawnionej przestępczości narkotykowej. Inaczej mówiąc, pełna kryminalizacja „drobnego” posiadania prowadzi do czegoś, co określa się mianem „wielkiego polowania na płotki”. Dla zwalczania nielegalnej podaży narkotyków jest to właściwie bez znaczenia, a równocześnie wywołuje szereg negatywnych ubocznych konsekwencji. Dane statystyki policyjnej w odniesieniu do stwierdzonych przestępstw narkotykowych, a także wyniki badań akt spraw o posiadanie narkotyków w krakowskich sądach, które prezentowane były w poprzednim numerze „Serwisu”, potwierdzają występowanie tego zjawiska również w Polsce.

## Przyszła zmiana?

Nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii przyjęta przez Sejm 29 lipca 2005 roku nie zmieniła w żaden sposób rozwiązań w zakresie odpowiedzialności karnej za przestępstwa narkotykowe, w tym za posiadanie narkotyków. Niestety, nie udało się również wprowadzić do ustawy wszystkich proponowanych przez projekt rządowy rozwiązań rozszerzających możliwość stosowania w postępowaniu karnym środków alternatywnych o charakterze profilaktycznym i terapeutycznym. A tymczasem były to propozycje ważne, starające się połączyć represję prawnokarną z rozwiązywaniem problemów osób używających narkotyków. Rozszerzono co prawda podstawy stosowania instytucji zawieszenia postępowania celem poddania się przez sprawcę właściwemu oddziaływaniu. Wcześniej instytucja ta mogła być stosowana tylko wobec sprawców uzależnionych, którzy powinni się poddać leczeniu. Wielu użytkowników narkotyków, którzy dopuszczają się przestępstw, nie są jednak osobami uzależnionymi, co czyni stosowanie wobec nich przepisów o zawieszeniu postępowania bezprzedmiotowym i pozostawia jedynie ich represjonowanie. Stąd nowa ustawa daje możliwość

takiego zawieszenia także wobec osoby używającej substancji psychoaktywnych szkodliwie, jeśli podda się ona udziałowi w programie profilaktyczno-lecznym. Możliwość stosowania tej instytucji uzyskał również sąd w trakcie rozprawy, a nie tylko prokurator w postępowaniu przygotowawczym. Rozstrzygnięto też pozytywnie kwestię dopuszczalności organizacji programów leczenia substytucyjnego w aresztach śledczych i zakładach karnych (budząc wcześniej liczne kontrowersje). Nie udało się jednak wprowadzić przepisu umożliwiającego udzielenie – pod pewnymi warunkami – osobie skazanej przerwy w wykonaniu kary celem odbycia leczenia w warunkach wolnościowych. Przepis taki mógłby niewątpliwie przyczynić się do rozładowania narastającej kolejki do oddziałów terapeutycznych. Nie odstąpiono także od wymogu wcześniejszej niekaralności sprawcy, wobec którego można stosować instytucję warunkowego umorzenia postępowania po pomyślnym zakończeniu leczenia. Brak tego wyłączenia jest jedną z podstawowych przyczyn tego, że przepisy ustawy, realizujące zasadę leczyć zamiast karać, pozostają w praktyce martwe. Polityka wobec narkotyków i narkomanii, przede wszystkim w Europie, stara się od dłuższego czasu łączyć w umiejętny sposób elementy represji, profilaktyki i terapii. Wynika to z wieloletnich doświadczeń, które pokazują, że wiara w osiągnięcie w tym zakresie sukcesu za pomocą zakazów i represji jest całkowicie złudna. Niestety, wiele wskazuje na to, że przesłanie to niekoniecznie w pełni dotarło do Polski. Tak na poziomie tworzenia prawa, jak i jego stosowania wciąż panuje w naszym kraju dość powszechne przekonanie, że zakazy i sankcje prawa karnego są panaceum na wszelkie problemy społeczne. Prowadzi to często do czegoś na kształt prób magicznego zaklęcia rzeczywistości przy pomocy tworzenia coraz to bardziej rozbudowanych, obejmujących coraz to więcej sytuacji i – oczywiście – coraz to „doskonalszych” norm prawnych. Zapomina się przy tym nie tylko o tym, że normy prawne należy nie tylko tworzyć, ale także wkladać stosowny wysiłek w ich prawidłowe, umożliwiające realizację zakładanych celów, stosowanie. Zapomina się też o tym, że samo prawo, choćby najdoskonalsze, pozostaje najczęściej bezradne wobec problemów społecznych, jeśli nie jest ściśle powiązane ze stosowaniem odpowiednich instrumentów nowoczesnej polityki socjalnej.

*W większości programów profilaktycznych wykorzystywane są elementy kilku strategii. Na przykład często łączone jest podejście edukacyjne ze strategią środowiskową, a w ramach strategii interwencyjnej mieszczą się bardzo różne działania: od przekazywania informacji do terapii rodzinnej. Dlatego przypisywanie programów do jednej strategii jest w dużej mierze zabiegiem sztucznym i ma charakter uznaniowy.*

## WYBRANE STRATEGIE PROFILAKTYCZNE

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Profilaktyka jest jednym z podstawowych obszarów realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Jej głównym celem jest zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki. Realizacji tego celu ma służyć między innymi pogłębianie wiedzy na temat psychospołecznych uwarunkowań narkomanii oraz skutecznych strategii profilaktycznych. Zebranie informacji na temat działań profilaktycznych przynoszących pożądane efekty pozwoli, zdaniem autorów Krajowego Programu, określić minimalne standardy programów profilaktycznych, zweryfikować istniejące programy, a także ułatwi ocenę ich skuteczności.

### Koncepcje teoretyczne najczęściej wykorzystywane w praktyce profilaktycznej

Wśród teorii, które miały wyraźny wpływ na rozwój profilaktyki używania środków psychoaktywnych K. Ostaszewski (2003) wymienia: teorię społecznego uczenia się, teorię uzasadnionego działania, teorię zachowań problemowych oraz koncepcję faz. Do tej listy warto jeszcze dołączyć teorię wzmacniania odporności oraz teorię poprawy reputacji (Okulicz-Kozaryn, 2003).

W dużym skrócie można wyżej wymienione koncepcje i ich zastosowanie w profilaktyce przedstawić następująco:

1. Teoria społecznego uczenia się (Bandura, 1977) zakłada, że używanie substancji psychoaktywnych kształtuje się i utrwała na skutek modelowania oraz wzmocnień psychicznych, społecznych i/lub farmakologicznych, jakie wiążą się już z pierwszymi próbami używania danej substancji. Oznacza to, że w profilaktyce należy stwarzać dzieciom

i młodzieży możliwości obserwowania postaw i zachowań, które nie są związane z używaniem środków psychoaktywnych albo wręcz się im sprzeciwiają. Pozytywnymi modelami mogą być rodzice, nauczyciele, inni dorośli cieszący się autorytetem, rówieśnicy oraz popularne osoby publiczne. Warto też nagradzać zachowania pożądane (np. wspierając rozwój zainteresowań dziecka) i przestrzegać zasad sprzeciwiających się używaniu substancji psychoaktywnych.

2. Teoria faz vel substancji „torujących drogę” (Kandel i wsp., 1992). Ponieważ angażowanie się młodzieży w używanie substancji psychoaktywnych ma charakter fazowy, aby skutecznie zapobiegać rozwojowi problemów z tym związanych, należy jak najwcześniej rozpocząć działania profilaktyczne. Najlepiej zacząć zanim dzieci zaczną próbować alkoholu (czyli gdy mają 10-12 lat). Poza tym, aby zapobiegać braniu narkotyków, warto jest przeciwdziałać picciu alkoholu i paleniu papierosów. Z koncepcji Kandel można też wywodzić coraz bardziej popularny nurt wczesnej interwencji, w którym mieszczą się różnorodne działania mające na celu modyfikację zachowań osoby, która ma za sobą pierwsze próby używania narkotyków.
3. Teoria zachowań problemowych (Jessor, 1987). W myśl tej teorii, zarówno zachowania problemowe (np. picie alkoholu, używanie narkotyków, zachowania buntownicze), jak i zachowania zgodne z normami społecznymi (np. chodzenie do szkoły, udział w życiu religijnym) pozwalają nastolatkom realizować zadania rozwojowe i zaspokajać kluczowe potrzeby psychologiczne (np. autonomii, niezależności od rodziców) oraz radzić sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Oparte na tej koncepcji działania profilaktyczne są zwykle określane jako trening umiejętności życiowych i dotyczą rozwijania takich umiejętności, które ułatwiają codzienne życie i wchodzenie w dorosłość, np.: nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów, porozumiewanie się, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie konfliktów, asertywność.

4. Teoria uzasadnionego działania (Ajzen i Fishbein, 1980). Kluczowe znaczenie dla używania przez młodych ludzi substancji psychoaktywnych ma to, czy uważają, że takie zachowania są powszechne i akceptowane. W związku z tym profilaktyka powinna uwzględniać tzw. edukację normatywną, czyli przekonywać, że normą, tzn. zachowaniem typowym dla większości, jest abstynencja oraz dezaprobata dla używania narkotyków.
5. Teoria poprawy reputacji (Carroll, 1998). Nastolatki, którym generalnie bardzo zależy na opinii rówieśników, podejmują różne działania tylko po to, by „pokazać się” z odpowiedniej strony. Niektórzy kreują się na buntowników, zapominając przy tym, że reputacja zyskana w młodości może zaważyć na ich dalszym życiu. Dlatego nastolatkom należy wskazywać sposoby kształtowania tożsamości i zaznaczania swojej indywidualności bez angażowania się w zachowania ryzykowne, np. poprzez pracę na rzecz innych, działalność charytatywną, wolontariat.
6. Teoria wzmacniania odporności (McWhirter i wsp., 2001). Młodzież jest narażona na różne negatywne wpływy środowiskowe, jednak oddziaływanie części z nich można neutralizować poprzez wzmacnianie sił emocjonalnych dziecka oraz środowiskowych czynników chroniących. Konkretnie działania polegają na rozwijaniu umiejętności społecznych, takich jak np. empatia, poczucie humoru, porozumiewanie się, zdolności planowania, krytycznego i twórczego myślenia oraz poszukiwania pomocy. Inne działania mogą być nastawione na budowanie „wspierających” relacji z innymi ludźmi, zapewnienie możliwości uczestniczenia w sensownych i znaczących dzia-

łaniach oraz budowanie u dziecka przekonania, że inni (rodzice, nauczyciele, przyjaciele) wierzą, że mu się uda.

## Skuteczne strategie profilaktyczne i przykłady ich zastosowania

Strategie profilaktyczne są tylko jednym ze sposobów klasyfikacji programów profilaktycznych. I odnoszą się głównie do sposobu postępowania o zasadniczym znaczeniu dla realizacji celów programu. Inne możliwe sposoby kategoryzacji programów nawiązują do ich podstaw teoretycznych lub „poziomu” profilaktyki (pierwotna, wtórna lub trzeciorzędowa).

Przedstawiona poniżej kategoryzacja strategii profilaktycznych jest oparta na klasyfikacji ONDCP (Narodowego Biura ds. Polityki i Kontroli Narkotyków przy Białym Domu). Wyróżnianie takich właśnie strategii jest wygodne, gdyż pozwala uzyskać ogólną orientację w rodzajach działań, jakie mogą być podejmowane

*Wśród teorii, które miały wyraźny wpływ na rozwój profilaktyki używania środków psychoaktywnych, najczęściej wymienia się: teorię społecznego uczenia się, teorię uzasadnionego działania, teorię zachowań problemowych oraz koncepcję faz.*

w ramach profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Jednak odniesienie ogólnej strategii do konkretnych programów jest już trudniejsze, ponieważ w większości programów wykorzystywane są elementy kilku strategii. Na przykład często łączone jest podejście edukacyjne ze strategią środowiskową, a w ramach strategii interwencyjnej mieszczą się bardzo różne działania: od przekazywania informacji do terapii rodzinnej. Dlatego przypisywanie programów do strategii jest w dużej mierze zabiegiem sztucznym i ma charakter uznaniowy.

W ramach jednej strategii mieszczą się bardzo zróżnicowane programy, przeznaczone zarówno dla ogólnej populacji, jak i dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka, albo dla rodzin zagrożonych nastolatków; programy o bardzo zróżnicowanej długości i zakresie oddziaływań, a także przeznaczone do realizacji w różnych miejscach (szkołach, domach, społecznościach lokalnych), również programy przynoszące zróżnicowane efekty.

Dlatego też trudno jest mówić o skuteczności poszczególnych strategii. Ważniejsze wydają się efekty jej zastosowania w konkretnych działaniach wobec

określonej grupy odbiorców. A także to, jakie elementy, jakich strategii warto ze sobą łączyć.

### **Strategia przekazywania informacji**

W grupie programów szkolnych zwraca uwagę program w dużej mierze oparty na, dość powszechnie krytykowanej za małą skuteczność, strategii przekazywania informacji. Polega ona na szerzeniu wiedzy na temat rozpowszechnienia używania i nadużywania narkotyków oraz konsekwencji takich zachowań na poziomie indywidualnym, rodzinnym i społecznym oraz przekazywanie informacji o możliwościach pomocy.

### **Strategia edukacyjna**

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

W Polsce w ostatnich latach opublikowano wyniki badań ewaluacyjnych jednego programu opartego na strategii edukacyjnej – Programu Domowych Detektywów. Program ten dotyczy jednak wyłącznie problematyki alkoholowej i w tym zakresie przynosi pozytywne, bezpośrednie efekty. Wpływa też na ograniczenie częstości palenia papierosów (Ostaszewski i wsp., 2000). O sukcesie tego programu decyduje aktywny udział rodziców, a także dostosowana do wieku odbiorców (10-11-latków) forma pracy – z wykorzystaniem komiksów, gier i zabaw prowadzonych w dużej mierze przez liderów młodzieżowych (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2000).

### **Strategia działań środowiskowych**

W tej strategii podstawowe znaczenie ma modyfikowanie postaw społecznych i standardów obyczajowych sprzyjających używaniu środków psychoaktywnych. Może to polegać np. na wprowadzaniu do szkół jasnych

i precyzyjnych zasad sprzeciwiających się używaniu narkotyków, ograniczaniu podaży legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych w środowisku lokalnym, zmianach zasad reklamowania alkoholu i papierosów. Jednak najbardziej rozpowszechnione są działania, które trudno jest jednoznacznie określić i zaklasyfikować, ponieważ polegają na tworzeniu atmosfery stymulującej prawidłowy i wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży.

W Polsce programy nawiązujące do koncepcji działań środowiskowych są przeważnie realizowane w szkołach. Ich celem jest ułatwianie prawidłowego rozwoju poprzez zacieśnianie poczucia więzi ze szkołą. Bliski strategii zmian środowiskowych wydaje się być program „Spójrz inaczej”. Jego celem jest kształtowanie prawidłowej osobowości i wspieranie rozwoju dziecka. Osiągnięcie tego celu oznacza, że w przyszłości dziecko nie będzie zainteresowane sięganiem po środki psychoaktywne (Kołodziejczyk i wsp., 1997). W realizacji programu, we wszystkich grupach wiekowych (od I klasy szkoły podstawowej do I klasy gimnazjum), kluczowe znaczenie mają dwa elementy: zajęcia edukacyjne i osobisty kontakt nauczyciela z dziećmi. W przygotowaniu realizatorów szczególny nacisk jest położony na ich umiejętności słuchania dzieci, otwartego komunikowania im swoich uczuć i oczekiwań.

Program „Trzy Koła”, zdaniem jego autorów, jest podobny do programu „Spójrz inaczej”, przy czym jest słabiej ustrukturalizowany (Wolniewicz-Grzelak, Grzelak, 2001). Celem programu jest przede wszystkim poprawa klimatu społecznego w klasach szkolnych i kształtowanie poczucia więzi między uczniami. Stworzenie w klasie przyjaznej atmosfery daje dobre podstawy do omawiania z uczniami ważnych dla nich spraw i problemów oraz rozwijania ich umiejętności społecznych. To z kolei jest bazą do poruszania tematów związanych z zagrożeniami zdrowia, w tym też używania substancji psychoaktywnych. Badania skuteczności programu wśród uczniów klas IV-VI wskazywały na jego pozytywne efekty w zakresie zachowań prospołecznych (takich jak np. pomaganie innym lub wyrażanie im uznania) oraz „niezdrowych” zachowań (np. długiego oglądania telewizji lub jedzenia słodczy). Nie stwierdzono jednak istotnych zmian w częstości picia alkoholu i palenia papierosów (Wolniewicz-Grzelak, Grzelak, 2001).



## Strategia alternatyw

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

Z doniesień prasowych wiadomo, że w Polsce funkcjonuje program „Big Brother, Big Sister”. Jednak brak jest rzetelnych informacji na temat jego organizacji i zasad realizacji. Zapewne nie podejmowano też żadnych prób oceny jego skuteczności. Ponieważ strategia działań alternatywnych jest od dawna zalecana w pracach z grupami ryzyka (Kamiński, 1978), można przypuszczać, że tego typu programy są dość rozpowszechnione w środowiskach lokalnych. Jednak na temat ich skuteczności również brak danych. Co więcej, na podstawie doświadczeń amerykańskich, związanych z realizacją programów „Across Ages” i „Leadership and Resiliency Program”, można przypuszczać, że trudno byłoby udowodnić efekty tych programów w zakresie ograniczania używania substancji psychoaktywnych.

## Strategia przemian w społeczności lokalnej

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

W Polsce od dziesięciu lat funkcjonuje sieć Szkół Promujących Zdrowie. Ich koncepcja oparta jest na podejściu „siedliskowym”, które w zasadzie jest tożsame z prezentowaną tu strategią przemian w społeczności lokalnej. Szkoła, będąca ważnym elementem struktur lokalnych, jest traktowana jako miejsce, w którym żyją,

pracują, bawią się i spotykają uczniowie, nauczyciele i rodzice. Promocja zdrowia rozumianego holistycznie (zgodnie z koncepcją WHO) odbywa się poprzez tworzenie w szkole i wokół niej środowiska społecznego i fizycznego sprzyjającego zachowaniom zdrowotnym. W sferze organizacji i polityki szkoły przejawia się to np. modyfikacją szkolnych regulaminów, zmianami organizacji czasu pracy, wprowadzaniem większej ilości zajęć ruchowych, a także ściślejszą współpracą między rodzicami a nauczycielami oraz wsparciem ze strony innych instytucji lokalnych. Wprowadzane są też zmiany w sposobach zarządzania szkołami (np. wzrasta ranga samorządów uczniowskich). Podejmowane są także działania mające poprawić zaplecze techniczne szkół – są budowane boiska i hale sportowe. Szczególny nacisk jest położony na poprawę zdrowia psychicznego i samopoczucia nauczycieli oraz promowanie wśród nich i rodziców zachowań prozdrowotnych (Woynarowska, Sokołowska, 2000).

## Wczesna interwencja

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

Z polskich programów interwencyjnych poddano ewaluacji program „Szkolnej interwencji profilaktycznej”. Częściowo mieści się on w strategii wprowadzania zmian w społeczności lokalnej (podejmowane działania mają na celu zmiany regulaminów szkolnych oraz zasad i zakresu współpracy w ramach grona pedagogicznego i między rodzicami a nauczycielami). W odniesieniu do konkretnych przypadków – uczniów „przyłapanych” na używaniu substancji psychoaktywnych i ich rodziców – jest formą pomocy psychologicznej (działania interwencyjne mają przede wszystkim wesprzeć rodziców w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań zaistniałego problemu). Przeprowadzone badania jakościowe wskazywały na możliwość osiągnięcia proponowaną

metodą oddziaływań znaczących pozytywnych zmian w funkcjonowaniu szkoły jako instytucji (Okulicz-Kozaryn i wsp., 2003) oraz udzielenie skutecznej pomocy uczniowi i jego rodzicom (Borucka i wsp., 2003). Uzyskane wyniki, ze względu na zastosowaną metodologię badań, nie przesądzają jednak o skuteczności programu, a jedynie dają podstawy do formułowania oczekiwań co do pozytywnych efektów. Badania należałoby powtórzyć na większej grupie szkół, pozyskać więcej informacji od osób będących adresatami działań (uczniów i rodziców), a także prześledzić ich losy po upływie np. roku od przeprowadzenia interwencji.

## Podsumowanie i wnioski

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

Z przeprowadzonego przeglądu strategii można wysnuć następujące wnioski:

1. Trudno jest porównywać skuteczność poszczególnych strategii. Zależy ona w dużej mierze od tego, w jaki sposób strategia jest wprowadzana w życie, a więc od koncepcji i realizacji konkretnego programu.
2. Znaczenie przypisywane zajęciom edukacyjnym i/lub informacyjnym wydaje się mniejsze od wagi działań o charakterze środowiskowym.
3. Ważnym aspektem programów wykorzystujących strategię działań środowiskowych oraz wprowadzania zmian w społecznościach lokalnych jest tworzenie warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi i zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych dzieci i mło-

dzieży. Chodzi tu zarówno o warunki materialne, jak i ogólną atmosferę społeczną (np. klimat szkoły i poczucie więzi ze szkołą).

4. Standardem we wszystkich działaniach profilaktycznych jest udział rodziców. W tym samym stopniu co dzieci są oni adresatami programów i albo uczestniczą w części działań, albo też aktywnie wspierają pracę innych osób lub organizacji.
5. Tym, co wydaje się być wspólnym elementem programów, dzięki którym udało się ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków, jest dbałość o dostępność oferowanych usług i ich adekwatność do potrzeb indywidualnego odbiorcy. Terapeuci rodzinni dostosowują się do możliwości czasowych i/lub lokalizacyjnych rodziny. Specjaliści z placówek opiekuńczych lub inni realizatorzy programów ustalają indywidualny program działań wobec każdego podopiecznego. Organizatorzy zajęć edukacyjnych dla rodziców, zapewniają opiekę ich dzieciom w czasie sesji.
6. W Polsce funkcjonuje wiele programów profilaktycznych bardzo zróżnicowanych koncepcyjnie – można wśród nich odnaleźć propozycje nawiązujące do każdej z omawianych strategii. Niestety, tylko sporadycznie są podejmowane próby oceny skuteczności tych programów, a prowadzone badania nie spełniają standardów wyznaczanych przez osiągnięcia amerykańskie.
7. Konieczne jest podjęcie badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych. Należy przy tym zadbać o jak najwyższe standardy metodologiczne.

Zgodnie z oczekiwaniami autorów Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przegląd skutecznych działań profilaktycznych powinien przyczynić się do poprawy jakości działań profilaktycznych realizowanych w Polsce. Aby tak się stało, trzeba spróbować odpowiedzieć na pytanie, które z obecnie podejmowanych działań warto upowszechniać. Generalnie można powiedzieć, że warto jest promować działania angażujące społeczności lokalne. Celem tych działań powinno być stworzenie dzieciom i młodzieży przyjaznego, bezpiecznego i ciekawego środowiska. Ich realizacja wymagałaby sprawnej koordynacji, współpracy i zaangażowania wielu osób i instytucji. Wskazane może być przygotowanie kadry lokalnych koordynatorów, których podstawowym zadaniem będzie aktywne poszukiwanie osób potrzebujących wsparcia, promocja i usprawnienie funkcjonowania lokalnego

serwisu, a także zachęcanie innych osób i instytucji do włączenia się w działania profilaktyczne. Tacy koordynatorzy albo placówki, z którymi współpracują, mogliby się stać ogniwem pośredniczącym między np. szkołą a ośrodkiem leczenia uzależnień lub poradnią zdrowia psychicznego (potrzebujący często unikają kontaktu z takimi ośrodkami specjalistycznymi z obawy przed stygmatyzacją).

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

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

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

Warto zwrócić uwagę na kwestię ewaluacji. Potrzeby w zakresie badań ewaluacyjnych są ogromne. Na szczęście podejmowane są różne obiecujące inicjatywy (np. ewaluacja Szkół Promujących Zdrowie). Zagadką pozostają programy oparte na strategii alternatyw. Nie wiadomo nic o ich skuteczności, nie są też znane żadne projekty badawcze, które by ich dotyczyły. Jest to niewątpliwie forma działań wymagająca weryfikacji.

*Artykuł stanowi skrót publikacji z Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA, nr 4/2004.  
Tytuł i śródtytuły pochodzą od Redakcji.*

## Bibliografia

- Ajzen I., Fishbein M., „Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour”, Prentice Hall, Engelwood-Cliffs, NJ 1980.
- Borucka A., Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K., „Ocena przydatności i funkcjonowania metody interwencji profilaktycznej w szkole”, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VII, 1, część II, 2003.
- Bandura A., „A Social Learning Theory”, Prentice Hall, Engelwood-Cliffs, NJ 1977.
- Carroll A., „Reputation enhancement and adolescent drug use”, *Guidance Information Bulletin. Education Queensland* 1998.
- Deptuła M., „Wczesna profilaktyka uzależnień w grupach dzieci i młodzieży – potrzeby społeczne i zadania pedagogów (w:) I. Kropińska (red.) Zdrowie człowieka w jego egzystencji, Wydawnictwo Uczelniane Elbląskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Elbląg 2000.
- Jessor R., „Problem-behavior theory, psychosocial development and adolescent problem drinking”, *British Journal of Addiction* 82, 1987.
- Kamiński A., „Możliwości, zakres i sposoby wychowawczego przeciwdziałania alkoholizmowi” (w:) A. Kamiński, *Studia i szkice pedagogiczne*, PWN, Warszawa 1978.
- Kandel D., Yamaguchi K., Chen K., „Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the Gateway Theory”, *Journal of Studies on Alcohol* 53, 1992.
- Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T., „Spójrz inaczej”. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1-3 szkół podstawowych, Wydawnictwo ATE s.c., Skarżysko-Kamienna 1997.
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2002–2005, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H., „Zagrożona młodzież”, PARPA, Warszawa 2001.
- Okulicz-Kozaryn K., „Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej”, *Remedium* 12/2003.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A., „Wprowadzenie do szkół metody interwencji wobec ucznia sięgającego po środki psychoaktywne – bariery we współpracy z rodzicami i ich pokonywanie”, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, VII, 1, część II, 2003.
- Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K., Borucka A., Ostaszewski K., Pisarska A., „Poprawność realizacji »Programu Domowych Detektywów« a jego skuteczność”, *Alkoholizm i Narkomania* 13/2000.
- Ostaszewski K., „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., „Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej »Program Domowych Detektywów«, *Alkoholizm i Narkomania* 13/2000.
- Sierosławski J., Zieliński A., „Młodzież i alkohol – wyniki badań szkolnych ESPAD”, *Świat Problemów* 9/2000.
- Sierosławski J., Zieliński A., „Narkotyki a młodzież”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 12/13 2000.
- Wolniewicz-Grzelak B., Grzelak J., „Badanie skuteczności programu PiON (w:) J. Grzelak, M. Sochocki (red.) Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa 2001.
- Wojnarowska B., „Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji” (w:) J. Karski (red.) *Promocja zdrowia*, Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999.
- Wojnarowska B., Sokołowska M. (red.), „Szkoła Promująca Zdrowie, doświadczenia dziesięciu lat”, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2000.



*Pomimo obserwowanego spadku sięgania po narkotyki, ostatnie badania wskazują na wzrost liczby osób uzależnionych w Polsce. Ocenia się, że liczebność tej populacji można oszacować w przedziale od 100 do 130 tys. osób, wśród których ok. 25-27 tys. to osoby uzależnione od opiatów. Te dane oraz rejestrowane zmiany na scenie narkotykowej i zmiany w potrzebach zdrowotnych populacji osób uzależnionych zmuszają do poszukiwania dla systemu leczenia uzależnień w Polsce nowych wzorców koncepcyjnych i organizacyjnych.*

# ZARYS HISTORII TERAPII UZALEŻNIEŃ W POLSCE A WSPÓŁCZESNY SYSTEM POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

Jerzy T. Marcinkowski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej

Piotr Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Leczenie w Polsce w ujęciu historycznym

Używanie substancji psychoaktywnych jest obecne w naszej historii. Alkohol był znany od dawna na ziemiach polskich i – tak jak w innych krajach – był używany jako narkotyk. W kulturze europejskiej tolerancja dla alkoholu była bardzo duża i Polska nie stanowiła i nadal nie stanowi w tym względzie wyjątku. Również używanie tytoniu, najpopularniejszej w naszym kręgu kulturowym substancji uzależniającej, ma w naszym kraju długą historię. Tytoń został po raz pierwszy sprowadzony do Polski z Turcji już w 1590 roku, a w 1643 roku ustanowiono podatek od jego używania. W 1661 roku Sejm uznał, że nie jest on szkodliwy dla zdrowia (Markiewicz, 1996).

W tradycji ludowej przez wieki praktykowano świadome wykorzystywanie miejscowych roślin o właściwościach psychoaktywnych do celów leczniczych czy paramedycznych (np. szalwii, maku, belladonny). Do czasu odzyskania przez Polskę niepodległości trudno jednakże znaleźć w polskim piśmiennictwie informacje ściśle związane z używaniem środków odurzających. Przed II wojną światową narkomania nie stanowiła większego problemu społecznego. Pierwsi narkomani pojawili się w lecznictwie psychiatrycznym w 1921 roku. Według danych dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Tworzech k/Warszawy w 1928 roku w całym kraju hospitalizowanych było 85 narkomanów, a pięć lat później liczba ta wzrosła do 295. Przedwojenni narkomani

przyjmowali przede wszystkim klasyczne narkotyki – morfinę, heroinę i kokainę (Bielecki, 1988).

Narkomania w Polsce w latach międzywojennych w większości przypadków wynikała z gwałtownie zmieniającego się stylu życia, materialnej destabilizacji egzystencji ludzkiej i socjopatyzacji, występującej w niektórych środowiskach artystyczno-literackich. Pierwsze dziesięciolecie międzywojenne nie było wolne od chorób społecznych, wynikłych z rosnącego bezrobocia, zamętu ideologicznego, przemieszczania i reemigracji ludności wewnątrz scalanego po zaborach państwa, narastającej inflacji i zmian obyczajów (Lewicki, 1987).

Rząd polski, skoncentrowany głównie na tworzeniu państwa i utrzymaniu jego integralności, zmagający się z trudnościami społecznymi i ekonomicznymi, podjął jednak walkę z problemem narkomanii. Najpierw poprzez ratyfikację konwencji międzynarodowych (zmierzających m.in. do nadzoru nad obrotem środkami odurzającymi i zobowiązujących państwa do walki z narkomanią, np. Konwencja Haska z 1912 roku), a potem wprowadzając na ich bazie własne rozporządzenia, np. ustawę sejmową z czerwca 1923 roku, która objęła swoim zakresem wszystkie problemy związane z narkomanią (Lewicki, 1987).

Narkomania w Polsce w latach 1918-1939 miała różny charakter w różnych regionach Polski i grupach społecznych. Morfinizm nie wytwarzał subkultury narkomańskiej, a związany był głównie z modelem medycznym uzależnienia. W grupie ludzi dobrze



sytuowanych, przyjmujących narkotyki dobrowolnie w poszukiwaniu nowych, nieznanych wrażeń, dominowali kokainiści i amatorzy opium. Wśród gospodyń domowych rozpowszechnione było nadużywanie proszków od bólu głowy. Osobnym zagadnieniem była eteromania. Używanie eteru rozpowszechniło się głównie na Górnym Śląsku, w okolicach Częstochowy i na Podkarpaciu. W niektórych miejscowościach specyfik ten używało  $\frac{3}{4}$  mieszkańców (Bielecki, 1988). W niektórych dużych miastach rozwinął się rynek narkotyków, powstały problemy nielegalnego obrotu, karano nieuczciwych aptekarzy i lekarzy; alarmujące społecznie stały się nagłaśnianie w prasie samobójstwa wśród narkomanów. Od 1919 roku nadzór nad dystrybucją środków odurzających i kontrolę aptek powierzono Departamentowi Służby Zdrowia MSW, a w 1921 roku powołano Instytut Spraw Społecznych, który – jako placówka ministra opieki społecznej – zajął się formułowaniem krajowego programu zwalczania narkomanii oraz planem stworzenia systemu lecznictwa. Znaczącą rolę w zwalczaniu narkomanii odegrały stowarzyszenia opiekuńcze, społeczne i samorządowe oraz fundacje. Ogniwem scalającym wysiłki państwa, samorządu i stowarzyszeń opiekuńczych stał się Polski Komitet ds. Narkotyków i Zapobiegania Narkomanii. Tym wszystkim działaniom przypisać należy wprowadzony obowiązek leczenia narkomanów przebywających w więzieniach i zapoczątkowanie tworzenia pierwszego etapu szpitalnego leczenia narkomanii. Chociaż leczenie to było sporadyczne, stanowiące margines lecznictwa psychiatrycznego, w większości przypadków przynoszące niewielkie skutki, to wyraźnie zaczął poprawiać się los pozostawianych dotąd samym sobie narkomanów i zmieniło to lekarski punkt widzenia na zdeformowaną przez narkotyki osobowość narkomana (Lewicki, 1987).

Po II wojnie światowej zjawisko narkomanii w Polsce występowało sporadycznie i było na ogół skutkiem tzw. uzależnienia jatrogennego, tj. rozwijającego się w następstwie oddziaływania na organizm pacjentów środków przyjmowanych w toku leczenia bólu przewlekłego (np. po operacjach, w tym w stanach po amputacji kończyn) czy innych dolegliwości. Od 1960 roku liczba osób przyjmowanych do szpitali z rozpoznaniem „narkomania” zaczęła znacznie wzrastać (1960 rok – 103 osoby, 1965 – 148, 1970 – 336) (Cekiera, 1985). W latach 1969-1973 miał miejsce ponad pięciokrotny

wzrost liczby pacjentów leczonych z powodu narkomanii w poradniach zdrowia psychicznego i ponad trzykrotny w szpitalach psychiatrycznych. W okresie tym lekozależność była przede wszystkim zjawiskiem kulturowym. Środek odurzający stał się elementem kontrkultury młodzieży. Podłożem, na którym rozwijała się lekozależność, były młodzieżowe ruchy kontestacyjne. Jest to okres fascynacji pewnych grup młodzieży ruchem hippisów. Zażywanie środków odurzających podniesione zostało do rangi ideologii m.in. kontestującej ówczesny system polityczny. Od strony epidemicznej zjawisko to charakteryzowało się względnie dużą liczbą biorących, a relatywnie małą uzależnionych (Informacja IPN, 1985).

Stymulowanie się przez używanie substancji chemicznych stopniowo stawało się popularnym wzorem zachowania wielu ludzi w Polsce. Choć, jak pokazują badania, dla większości osób odurzanie się było tylko epizodem w ich życiu i rzadko prowadziło do uzależnienia, to przybierało jednak często formy zachowań trwale uszkadzających zdrowie psychiczne i fizyczne oraz funkcjonowanie społeczne. Choć w Polsce lat 50. i 60. problem narkotyków oficjalnie nie istniał, to sytuacja uległa zmianie z końcem lat 60., kiedy to narkomania zaczęła rozpowszechniać się wśród młodzieży. Narkomania dostrzegana dotąd jako zjawisko niegroźne społecznie zaczęła zmieniać swój publiczny wizerunek. Pogłębianiu ulegały procesy medykalizacji i upolitycznienia zjawiska. Jednocześnie w procesy interpretacji narkomanii zaczęły się angażować nowe zainteresowane grupy, m.in. nauczyciele, pedagodzy, urzędnicy resortu oświaty, kryminolodzy, prawnicy (Abucewicz, 2006).

W latach 70. najczęściej stosowanymi narkotykami były leki kradzione z aptek, fabryk i placówek służby zdrowia oraz uzyskiwane dzięki fałszowaniu recept. Były to głównie leki z grupy opiatów (morfina, kodeina, dolantyna), krople Inoziemcowa (żołądkowe), psychostymulanty (amfetamina, pemolina, efedryna) oraz leki, które zażyte w większej ilości powodowały wizje i zaburzenia świadomości (Parkopan, Asthmosan). Stosowano także różne środki chemiczne, takie jak: płyn „Tri”, benzyna, proszki do prania.

Początkowo w Polsce bagatelizowano narastający problem narkomanii młodzieżowej jako przejściową modę „bananowej” młodzieży wzorującej się na pseudokulturze i dekadencji Zachodu. Przez długi

czas (prawie od początku lat 80.) problem narkomanii w naszym kraju był spychany na margines zainteresowania społecznego. Władze państwowe stosowały blokadę informacyjną (zapisem cenzury) i fałszywie przedstawiały i interpretowały niektóre fakty związane z tym zjawiskiem.

Szacuje się, że w I połowie lat 70. odurzało się około 50 tys. osób, a w placówkach służby zdrowia rejestrowano około 2-3 tys. pacjentów rocznie. Ponieważ od końca lat 60. do połowy 70. statystyki notowały wzrost rozmiarów narkomanii, państwo podjęło działania w celu likwidacji tego problemu. Pod koniec lat 60. zaostrzono kontrolę dostępności środków odurzających. Obok ograniczeń podaży, wprowadzono środki zabezpieczające przed fałszowaniem recept. Od stycznia 1973 roku wprowadzono specjalne blankiety recepturowe z kopią, jako druki ścisłego zarachowania. Podjęto radykalne kroki w zakresie ograniczenia dostępu do leków i innych środków odurzających. Jednym z niepożądanych efektów wprowadzenia restrykcji na konsumpcję i dostęp do legalnych substancji psychoaktywnych stało się odkrycie przez osoby używające substancji zakazanych narkotykowych właściwości ogólnie dostępnego w Polsce maku. Początkowo używano mleczka makowego lub też pito herbatę makową – *poppy tea* (powszechnie znaną w Polsce pod nazwą „zupa” lub „szambo”), którą uzyskiwano w procesie parzenia słomy makowej. W okresie późniejszym rozpowszechnieniu uległa technologia uzyskiwania z wywaru maku przyjmowanej w iniekcjach mieszaniny opiatów, znanej jako „polska heroina” lub „kompot”. W krótkim czasie opiaty domowej produkcji stały się narkotykiem pierwszego wyboru dla osób uzależnionych w Polsce (Świątkiewicz, Moskalewicz, Sierosławski, 1988). Duża dostępność słomy makowej oraz mało skomplikowana i tania procedura wytwarzania narkotyku spowodowała nagły wzrost liczby osób uzależnionych od opiatów przyjmowanych drogą dożylną.

Wzrostowi zaangażowania instytucji kontroli i egzekwowania prawa nie towarzyszyły przedsięwzięcia z zakresu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Nie podjęto właściwie żadnych kroków zmierzających do stworzenia instytucjonalnego systemu przeciwdziałania narkomanii i terapii. Dopiero lata 80. XX wieku zbliżyły nas do rozwiązań prawnych i organizacyjnych zainicjowanych w dwudziestole-

ciu międzywojennym, a szczególnie do docenienia roli reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego w przeciwdziałaniu narkomanii.

Uzależnieni, o ile w ogóle trafiali do placówek medycznych, leczeni byli w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Lecznictwo odwykowe dla narkomanów dysponowało zaledwie 90 łózkami na terenie całego kraju. W tym okresie leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych leżały prawie całkowicie w zakresie kompetencji lekarzy psychiatrów. Jedną z pierwszych i wiodących w tym czasie placówek dla uzależnionych stał się działający w latach 1971-1976 Oddział Leczenia Toksykomanów przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu pod Wrocławiem. Ordynatorem Oddziału został dr Zbigniew Thielle, współautor pionierskiej w Polsce pracy dotyczącej uzależnienia od substancji psychoaktywnych *Toksykomanie, zagadnienia społeczne i kliniczne*. W środowiskach służby zdrowia leczenie narkomanii uznawane było za bardzo trudne, a dotychczasowe wyniki różnego rodzaju kuracji odwykowych i resocjalizacyjnych uzyskiwane w Polsce i na świecie uważano za mało zachęcające i nie budzące optymizmu (Andrzejewska, 1974). Stąd też istotnym dla rozwoju terapii uzależnień od substancji nielegalnych stały się – pozytywne w stosunku do osób uzależnionych i nowatorskie na gruncie państwowej służby zdrowia – doświadczenia wyniesione z funkcjonowania garwolińskiego Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży, działającego wówczas pod kierownictwem dr Ewy Andrzejewskiej, gdzie już od około 1972 roku rozpoczęto przyjmowanie do leczenia pełnoletnich uzależnionych pacjentów. W placówce tej rozpoczęło swoją drogę zawodową wielu badaczy i praktyków terapii uzależnień, na czele z Markiem Kotańskim.

Formy terapii w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oferowane wówczas osobom uzależnionym, okazywały się nieproduktywne. Również łączenie leczenia uzależnionych od alkoholu i narkomanów w jednym oddziale kończyło się w przeważającej większości przypadków kompletnym rozkładem pracy tych placówek i zniechęcało do terapii zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców (Świątkiewicz, Moskalewicz, Sierosławski, 1988). Świadomość nieadekwatności proponowanych rozwiązań stawiała się powszechna w środowisku medycznym i zniechęcała do podejmowania wysiłków terapeutycznych na rzecz

osób uzależnionych od substancji innych niż alkohol. I tak np. w szpitalu w Tworkach, w oddziale przekształconym w 1972 roku w placówkę przyjmującą obie grupy pacjentów, leczenie narkomanów w oddziałach odwykowych, przystosowanych do leczenia alkoholików, uznano za niecelowe i nieskuteczne (Łęczycka, Steffen-Kusz, 1986).

Rewolucyjną zmianę w podejściu do terapii narkomanii zapoczątkował w październiku 1978 roku Marek Kotański. Źródłem zmiany była nie tylko chęć niesienia pomocy osobom uzależnionym, ale i rozczerowanie zarówno dotychczasowymi metodami pracy terapeutycznej, jak i jej wynikami, w rezultacie których „wszyscy żyliśmy iluzją: oni, że wychodzą z nałogu, my, że pomagamy im w tym” (Kotański, 1984).

Wraz z częścią pacjentów i kadry z sanatorium w Garwolinie w miejscowości Głusków (początkowo w strukturach i przy akceptacji dyrekcji sanatorium, a wkrótce w pełni samodzielnie) założył on pierwszy ośrodek rehabilitacyjny – dla około trzydziestu osób – oparty na zasadach społeczności terapeutycznej. Podstawowe zasady tej społeczności były wypadkową doświadczeń amerykańskich i europejskich oraz specyfiki polskich uwarunkowań. Wśród reguł obowiązywało m.in.:

- charyzmatyczne przywództwo,
- równość wśród członków społeczności,
- pełna abstynencja,
- ograniczenie dopływu wzorców z zewnątrz,
- budowanie własnych norm (Siczek, 1994).

Istotnym impulsem do rozwoju leczniczych form detoksykacyjnych i ambulatoryjnych stał się fakt założenia w 1980 roku w Warszawie przez dr. Zbigniewa Thielle pierwszego oddziału detoksykacji i leczenia uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym przy ul. Nowowiejskiej. Z jego inicjatywy zorganizowana została również Poradnia Leczenia Uzależnień przy ul. Dzielnej w Warszawie, która odegrała pionierską rolę w organizowaniu różnych form pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych (Karpowicz, 2002).

Na początku 1981 roku pękła blokada informacyjna dotycząca narkotyków i w Polsce wybuchła burzliwa dyskusja na temat narkomanii jako niezwykle groźnego i rozpowszechnionego zjawiska. Wskazywano przy tym na bezradność państwa i jego instytucji, na niedostatki lecznictwa skierowanego do tej grupy potrzebujących i na konieczność tworzenia form edukacji i profilaktyki

uzależnień. Z nadejściem 1981 roku okazało się, że Polska miała szybko narastający i niezwykle groźny problem społeczny – narkomanię. Szacunki dotyczące liczby osób uzależnionych wahały się od kilku do kilkuset tysięcy (Abucewicz, 2006).

W efekcie powszechnej krytyki braku odpowiednich reakcji państwa i jego instytucji na problem narkomanii, czego egzemplifikacją stał się opublikowany przez grupę warszawskich licealistów *List otwarty w sprawie narkomanii* (Magazyn MONAR, 1985), w 1981 roku Marek Kotański powołał do życia Młodzieżowy Ruch na rzecz Zapobiegania Narkomanii MONAR. Dość szybko zaowocował on powstaniem sieci placówek leczniczo-rehabilitacyjnych i punktów konsultacyjnych, z których część przekształciła się w poradnie diagnostyczno-ambulatoryjne. W niedługim czasie w Polsce nastąpiła eksplozja organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką narkotykową, a sam Głusków stał się „placówką-matką”, wzorem dla kolejnych ośrodków bazujących na modelu społeczności terapeutycznej. Był miejscem szkoleniowym dla osób, które chciały pomagać uzależnionym i które zakładały kolejne placówki zarówno w ramach Stowarzyszenia MONAR, jak również w strukturach innych organizacji pozarządowych o charakterze świeckim i religijnym.

W systemie opieki nad osobami uzależnionymi zaczęto obserwować postępujące różnicowanie pomiędzy placówkami. Leczenie detoksykacyjne, oparte na państwowej służbie zdrowia, miało charakter czysto medyczny i początkowo stawiało sobie za cel główny odtrucie (detoksykację) pacjentów. Już pierwsze doświadczenia wskazywały, że samo ustąpienie objawów abstynencyjnych na skutek leczenia farmakologicznego traktować należy tylko jako pierwszy krok w kierunku abstynencji (trzeźwości). Pacjenci w oddziałach detoksykacyjnych objęci zostali opieką psychoterapeutyczną. W jej ramach prowadzona była głównie terapia motywująca do podjęcia dalszego leczenia w ośrodkach długoterminowych.

Placówki stacjonarne, ośrodki rehabilitacyjne, w zdecydowanej większości prowadzone były przez organizacje pozarządowe, które – wzorem MONARU – zaczęły powstawać w całym kraju. Propozycje pracy placówek terapeutycznych oparte były na podobnych zasadach, których najbardziej istotnymi elementami – oprócz oddziaływań terapeutycznych opartych na



zasadzie „tu i teraz” – było przechodzenie pacjenta przez kolejne, zhierarchizowane etapy leczenia. Łączą się one z nabywaniem określonych praw i obowiązków, co – przez pracę i samorządność – przyczyniło się do zmiany poczucia własnej wartości i w efekcie do zmiany postaw i zachowań. Równie ważną zasadą stało się przeniesienie odpowiedzialności za utrzymanie abstynencji z kadry ośrodka na samych pacjentów. W ośrodkach nastawionych na trzeźwość i redukujących do minimum możliwość wspierania przebiegu terapii środkami farmaceutycznymi (*drug free approach*) dominującą formą oddziaływań stała się metoda społeczności terapeutycznej.

Wzrost ilości i poziomu uciążliwości problemów narkotykowych odnotowywać zaczęły wszystkie sfery życia społecznego, od edukacji i zdrowia poczynając, a na ekonomii, polityce społecznej i szeroko rozumianym egzekwowaniu prawa kończąc. Wraz z osobami skazanymi za przestępstwa narkotykowe do systemu penitencjarnego przeniknęły problemy osób uzależnionych wymagających opieki i terapii. W reakcji na problem dyrektor Centralnego Zarządu Zakładów Karnych (CZZK) w listopadzie 1986 roku utworzył dwa oddziały specjalne dla narkomanów w Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec i w Zakładzie Karnym Lubliniec oraz cztery pododdziały specjalne w Zakładach Karnych Elbląga, Rawicza i Wroniek, a także w Areszcie Śledczym w Kielcach. W maju 1988 roku CZZK wydał wytyczne w sprawie działalności przeciwnarkotykowej w podległych sobie placówkach, które usprawniły m.in. działalność terapeutyczną skierowaną do uzależnionych osób przebywających w aresztach i więzieniach (Wąsik, 1993). Wszystkie powyższe działania przyczyniły się do powstania w systemie opieki medycznej nad więźniami profesjonalnej oferty leczniczej dla osób skazanych uzależnionych od substancji innych niż alkohol, dostępnej w chwili obecnej w 14 placówkach, w tym w jednej specjalizującej się w leczeniu kobiet. Stosunkowo nową ofertą, realizowaną przez jednostki Służby Więziennej, jest terapia substytucyjna, która zapewnia znaczną poprawę ciągłości opieki nad pacjentami.

## HIV/AIDS

Nowym zjawiskiem, które zasadniczo zmieniło percepcję społeczną i zdrowotną polskich narkomanów

i zmusiło społeczeństwo do znalezienia nowych dróg reakcji na problem, stało się szybko rozprzestrzeniające się wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcji zakażenie wirusem HIV. Pierwszy taki przypadek stwierdzono w sierpniu 1987 roku w Warszawie. W kwietniu 1993 roku wśród 2548 wszystkich zarejestrowanych nosicieli wirusa HIV ponad 70% stanowili narkomani. Wobec dużego lęku społecznego oraz braku przygotowania istniejących placówek do przyjmowania pacjentów HIV-dodatnich, Marek Kotański powołał do życia w Zbicku koło Opola dom MONARU dla osób uzależnionych, zakażonych wirusem HIV. Szybko jednak okazało się, że stworzona w ten sposób jednorodna społeczność zdeterminowana jest faktem zakażenia, co niweczyło wysiłki i efekty terapeutyczne. W wyniku tego doświadczenia od 1988 roku we wszystkich domach MONARU i w większości innych placówek zaczęto przyjmować osoby uzależnione bez względu na status zdrowotny. Dalsze doświadczenia potwierdziły, że lepsze efekty leczenia uzależnienia wśród osób żyjących z HIV uzyskiwano w placówkach o mieszanym składzie, w których takie podejście zapobiegało stygmatyzacji osób seropozytywnych. Wraz z narastaniem problemu HIV/AIDS wśród osób uzależnionych powstawały nowe inicjatywy społeczne i państwowe. W 1989 roku rozpoczęło działalność Stowarzyszenie „Solidarni-Plus”, organizacja prowadząca osady dla osób żyjących z HIV i ich rodzin (Wandzin, Darzewo, Lutynka). W styczniu 1989 roku została uchwalona historyczna, bo przełamująca strach przed zarzutem ułatwiania używania narkotyków, uchwała MONARU dotycząca prewencji HIV przez rozdawnictwo igieł, strzykawek i prezerwatyw w skupiskach osób uzależnionych (dworce, noclegownie, tzw. bajzle oraz punkty konsultacyjne i poradnie). W związku z narastającym problemem uzależnionych zakażonych wirusem HIV i w sytuacji narastającego klimatu społecznej nietolerancji i agresji wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ważną inicjatywę podjęło Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, pod którego patronatem ksiądz Arkadiusz Nowak zorganizował dwa pierwsze ośrodki dla osób żyjących z HIV/AIDS w Konstancinie i Piastowie (1991), a później trzeci w Anielinie (1998).

Mimo realizacji różnych działań edukacyjnych i prewencyjnych, szybko stało się jasne, że znaczne grupy osób uzależnionych nie są w stanie zmienić swoich ryzykownych zachowań narkotykowych, seksualnych



i społecznych. Style ich życia – m.in. bezdomność, prostytutka, kontynuowanie dożywlnego przyjmowania „kompotu” – powodowały coraz większą zapadalność na liczne choroby somatyczne (przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby, choroby weneryczne, gruźlicę), problem pogłębiały zakażenia oportunistyczne związane z AIDS. Stan zdrowia tej grupy społecznej zaczął wymagać specjalistycznego, kosztownego i często dozorowanego leczenia.

## Współczesne wyzwania

Próba odpowiedzi na nowe wyzwania stało się mocno osadzone w koncepcji redukcji szkód (*harm reduction*) leczenie substytucyjne. Polska wprowadziła, jako lider wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej, programy metadonowe do praktyki klinicznej. Pierwszy program terapii substytucyjnej dla grupy 120 pacjentów został uruchomiony w 1992 roku w Warszawie (Baran-Furga, Chmielewska, 1994). W Instytucie Psychoneurologicznym rozpoczęto pod kierownictwem dr Kariny Chmielewskiej i dr Heleny Baran realizację pilotażowego, eksperymentalnego programu substytucyjnego z użyciem syntetycznego opioidu – metadonu – leku przeznaczonego dla narkomanów uzależnionych od polskiej heroiny („kompotu”). Metadon jako środek doustny ogranicza ryzyko zarażenia wirusem HIV przez krew. Okres działania leku wynosi 24 godziny i przyjmowany jest w jednej dawce dobowej. Nie wywołuje senności ani euforii i pozwala funkcjonować pacjentom w życiu społecznym. Dla zdrowia społecznego stosowanie substytucji – i szerzej „filozofii” redukcji szkód – oznacza ograniczenie handlu narkotykami i przestępczości, a także zmniejszenie wydatków na leczenie narkomanów. Korzyścią bezsporną jest również ograniczenie nowych zakażeń HIV i epidemii AIDS (Narkomania, 2007).

Narastanie wśród osób uzależnionych zaburzeń zdrowia psychicznego wywołało potrzebę wypracowania jakościowo nowej oferty leczniczej, która uwzględniałaby potrzeby tej grupy osób. Odpowiedzią na ten problem stało się utworzenie w 1995 roku programu dostosowanego do potrzeb pacjentów z podwójną diagnozą psychiatryczną w ośrodku „Familia” w Gliwicach. Twórca programu dr Andrzej Maj-Majewski i jego zespół wsparli wzorzec społeczności terapeutycznej doświadczeniami leczenia psychiatrycznego.

Wraz z rozwojem lecznictwa i rehabilitacji uzależnień powstawały nowe formy organizacyjne wspierające i utrwalające efekty terapii oraz umożliwiające reintegrację społeczną osób leczących się, takie jak hostele czy mieszkania rehabilitacyjne (*half-way houses*). Wzrostowi świadomości na temat potrzeb pacjentów, coraz częściej ignorujących ofertę terapii długoterminowej, towarzyszył rozwój placówek lecznictwa pośredniego – takich jak ośrodki dzienne. W środowisku terapeutów, badaczy i samych pacjentów coraz powszechniejsza stawała się świadomość konieczności polepszania jakości terapii ambulatoryjnej i zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego.

Zgodnie z aktualnymi danymi epidemiologicznymi obecny system leczenia uzależnień staje przed nowymi wyzwaniami – takimi jak wzrost rozpowszechnienia używania substancji innych niż dominujące do niedawna opiaty (konopie indyjskie i syntetyczne psychostymulanty, głównie amfetamina) oraz wzrost przyjęć do lecznictwa osób z rozpoznaniem używania wielu substancji psychoaktywnych, w którym to wzorze powszechne obecnie jest używanie alkoholu. Jednocześnie obserwuje się znaczne zróżnicowanie terytorialne w obrazie używania tych substancji, pociągające za sobą zróżnicowanie struktury leczenia uzależnień. W chwili obecnej w jednych regionach kraju wciąż konieczne jest rozwijanie terapii substytucyjnej, podczas gdy w innych w niektórych placówkach tylko sporadycznie odnotowuje się zgłoszenia pacjentów uzależnionych od opiatów.

Obecny system specjalistycznej opieki adresowany do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wkomponowany został w system opieki zdrowotnej i stanowi część systemu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Lecznictwo dla osób uzależnionych jest w Polsce bezpłatne i nie przewiduje rejonizacji usług. Realizowane jest w ramach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których działalność finansowana jest od 1999 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia, urzędy gmin lub urzędy marszałkowskie. System leczenia i terapii uzależnień tworzą przede wszystkim specjalistyczne placówki ambulatoryjne i stacjonarne oraz stosunkowo nieliczne jeszcze w naszym kraju, choć bardzo pożądane, formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne i placówki hostelowe oraz programy postrehabilitacyjne.

Od pewnego czasu można zaobserwować, że organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce zaczyna ulegać dekompozycji i transformacji. W związku ze zmianami na scenie narkotykowej i zmianami w potrzebach zdrowotnych populacji osób uzależnionych poszukuje się dla niego nowych wzorców koncepcyjnych i organizacyjnych. Istotną cechą, wyzwającą potrzebę adaptacji do nowych warunków, są dane epidemiologiczne. Pomimo obserwowanego spadku sięgania po narkotyki, głównie przez młodzież, ostatnie badania wskazują na wzrost liczby osób uzależnionych w Polsce. Ocenia się, że liczebność tej populacji można oszacować w przedziale od 100 do 130 tys. osób, wśród których ok. 25-27 tys. to osoby uzależnione od opiatów (Sierosławski, 2007).

## **Terapia uzależnień zorientowana na abstynencję**

Współczesny polski model terapii uzależnień od substancji nielegalnych opiera się na dominującej roli lecznictwa stacjonarnego, które charakteryzuje się długoterminowym leczeniem realizowanym w całodobowych placówkach zamkniętych. Ich podstawową formą oddziaływania stała się metoda społeczności terapeutycznej. Aktualnie w Polsce działa 85 ośrodków/oddziałów stacjonarnych przyjmujących osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, w tym 33 placówki przyjmujące osoby poniżej 18. roku życia. Od 1999 roku liczba miejsc dla pacjentów zwiększyła się o około 900 łóżek i obecnie w tego typu ośrodkach dostępnych jest ok. 2500 miejsc. Leczenie i rehabilitacja w placówkach stacjonarnych bazuje najczęściej na podejściu zorientowanym na abstynencję od używania substancji psychoaktywnych. Dużą rolę w terapii odgrywa mikroedukacja, nauka oraz praca – jako elementy przygotowania do podjęcia pozytywnych ról społecznych. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka stacjonarnego znacznie się skrócił w ostatnich latach i obecnie tylko sporadycznie, z wyłączeniem terapii substytucyjnej, wynosi więcej niż kilka dni czy tygodni. Jeszcze niedawno wśród pacjentów ośrodków stacjonarnych dominowały osoby uzależnione od opiatów. Obecnie obserwuje się wyraźny spadek zgłaszalności do terapii osób używających tych substancji, skutkuje to większą liczbą wolnych miejsc w ośrodkach i krótszym

czasem oczekiwania na przyjęcie do leczenia. Brak jest jednak jednoznacznych informacji, na ile jest to stała tendencja.

Leczenie osób z problemem narkotykowym przebiega również w formie ambulatoryjnej, realizowanej w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych i ośrodkach dziennych. Zgodnie z danymi zebranymi przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Narkomania, 2007) na terenie Polski funkcjonuje obecnie około 300 placówek ambulatoryjnych udzielających pomocy osobom: eksperymentującym, używającym narkotyków problemowo, uzależnionym oraz bliskim pacjentom. Celem głównym terapii ambulatoryjnej, podobnie jak w przypadku leczenia stacjonarnego, jest uzyskanie przez pacjenta abstynencji. Często jednak tego typu placówki definiują również inne cele leczenia, takie jak poprawa jakości życia czy ograniczenie używania substancji jako realniejsze osiągalnych dla większości pacjentów niż pełna abstynencja. W ramach oferty leczniczej podejmowane są działania m.in. z zakresu terapii grupowej i indywidualnej, treningów umiejętności i zapobiegania nawrotom choroby oraz poradnictwa i grup wsparcia. Czas trwania programu staje się zróżnicowany i waha się od 3 do 12 miesięcy. Środki na utrzymanie programów mogą pochodzić z kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, urzędami gmin czy też urzędami marszałkowskimi.

Ofertę postrehabilitacyjną tworzą programy specjalistycznej pomocy kierowane do osób po ukończonym procesie leczenia oraz do osób w trakcie leczenia substytucyjnego. Realizowane są z wykorzystaniem hosteli i/lub mieszkań readaptacyjnych. Uczestnicy programów korzystają ze wsparcia psychologicznego, terapii podtrzymującej (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), nauki usamodzielniania się (nauki zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu itp.). Celem programów jest reintegracja społeczna rozumiana jako pomoc w powrocie do niepatologicznego funkcjonowania w społeczeństwie. Programy te finansowane są ze środków przyznawanych przez urzędy gmin, urzędy marszałkowskie, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Terapia zastępcza

Na obecnym etapie rozwoju lecznictwo substytucyjne jest dostępne dla około 1300 pacjentów, którzy korzystają z pomocy 16 programów zlokalizowanych w 12 miastach Polski. Świadczenia lecznicze w tym zakresie realizowane są przede wszystkim przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (14 programów) oraz dwa programy realizowane przez placówki niepubliczne. Leczenie zastępcze dostępne jest obecnie również dla ponad 50 osób przebywających w jednostkach penitencjarnych Służby Więziennej. Wszystkie funkcjonujące programy lecznicze używają dla potrzeb substytucyjnych metadonu, choć istniejące rozwiązania legislacyjne dopuszczają stosowanie innych leków podtrzymujących (Jabłoński, 2008).

Dostęp do leczenia substytucyjnego jest utrudniony; w niektórych przypadkach czas oczekiwania na przyjęcie do programu waha się od kilku tygodni

do nawet dwóch lat. Bariery te mają również charakter terytorialny, gdyż w niektórych regionach Polski brakuje w ogóle tej formy terapii. Oferowany obecnie poziom świadczeń substytucyjnych jest wysoce niezadowolający, gdyż obejmuje jedynie 5-6% populacji osób kwalifikujących się do tej formy terapii. Zmianę powyższej sytuacji zakłada Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 (Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 roku /poz. 1033/), który przewiduje wzrost dostępności terapii podtrzymującej do poziomu 20% populacji osób potrzebujących jej. Przy założeniu utrzymania się obecnych wskaźników epidemiologicznych oznacza to, że w 2011 roku lecznictwo substytucyjne powinno być dostępne dla 5000-5400 osób.

*Bibliografia do artykułu dostępna jest w Redakcji i na stronie [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl).*

*Używanie narkotyków jako sposobu radzenia sobie ze swoimi słabościami i niepowodzeniami w życiu dorosłym, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, staje się coraz częstsze. Ta grupa osób rzadko otrzymuje adekwatną pomoc. Mała jest wiedza na temat liczby osób używających narkotyków rekreacyjnie lub dla celów stymulujących. Nie wiemy także, jak wiele z nich uzależnia się, a przynajmniej doświadcza strat osobistych i społecznych. Wydaje się też, że mała liczba takich osób poszukuje wsparcia z powodu braku odpowiednich dla nich programów pomocy.*

## TYPOLOGIA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z INSTYTUCJONALNEJ POMOCY W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM NARKOTYKÓW

Czesław Czabała

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Akademia Pedagogiki Specjalnej

Początek problemów z używaniem narkotyków w Polsce to koniec lat 60. ubiegłego wieku. Najczęściej po narkotyki sięgały osoby tworzące małe subkultury. Dominującą substancją w tych czasach był „kompot”, narkotyk opiatowy, najczęściej przyjmowany dożylnie. Zażywanie takich narkotyków prowadziło do szybkiego uzależnienia i szybkiej degradacji fizycznej, psychicznej i społecznej. Słowo narkoman oznaczało dla jednych napiętowanie, dla innych przynależność

do ludzi wolnych, beztroskich, dzieci-kwiatów. Cechą charakterystyczną osób zażywających narkotyki w tym czasie było nieużywanie alkoholu, co w ich subiektywnym poczuciu dawało im przekonanie o tym, że są kimś „lepszem”. Ówczesne władze traktowały narkomanów raczej jako przestępców niż osoby chore. W późniejszych latach większość monarowskich ośrodków leczenia osób uzależnionych od narkotyków była tworzona z myślą o osobach uzależnionych od opiatów.



Wtedy wypracowano metody leczenia oparte przede wszystkim na modelu społeczności terapeutycznej. Osoby uzależnione leczone były w specjalnych ośrodkach, trwało to co najmniej rok.

Od tamtego czasu zaszły zmiany w zakresie rodzajów używanych narkotyków, motywów sięgania po nie, zmieniły się osoby używające narkotyków i zmieniają się metody terapii. Szacunkowo ocenia się, że liczba osób używających narkotyków ustabilizowała się w ostatnich latach. Rośnie jednak liczba podejmujących leczenie z powodu używania substancji psychoaktywnych. Mamy tutaj następujące dane:

- wzrasta liczba osób leczących się w poradniach: 9479 w 1998 roku i 38 445 w 2005 roku;
- zwiększa się proporcjonalnie liczba pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy (w 1998 roku była to jedna trzecia wszystkich leczonych pacjentów, a w 2005 roku – prawie połowa); może to oznaczać, że leczenie ambulatoryjne trwa krócej;
- stosunkowo mała liczba pacjentów używających narkotyków leczy się w oddziałach dziennych – w 2005 roku było to tylko 661 osób;
- wzrasta liczba osób leczonych w warunkach stacjonarnych, aczkolwiek w latach 2004–2005 była to ta sama liczba 12 255, ale w stosunku do 1998 roku wzrost jest dwukrotny;
- najliczniejsza grupa pacjentów leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym to osoby w wieku 19–29 lat i poniżej 18. roku życia.

Inne dane dotyczące zwłaszcza osób używających narkotyków oraz osób uzależnionych pochodzą jedynie z pojedynczych badań, które nie spełniają standardów badań populacyjnych. Stąd bardzo trudno opisać, kim są osoby używające narkotyków i jak zmieniły się wzorce używania narkotyków. Nieco łatwiej powiedzieć, kim są osoby podejmujące leczenie. Wydaje się, że można wyróżnić kilka grup wśród osób przyjmujących narkotyki: osoby eksperymentujące z narkotykami, osoby przyjmujące narkotyki rekreacyjnie, osoby przyjmujące

narkotyki jako sposób wspomagania swojego funkcjonowania w rolach życiowych oraz osoby uzależnione.

## Osoby eksperymentujące z narkotykami

Najczęściej są to młodzi ludzie. W ostatnich latach wiek, w którym po raz pierwszy dochodzi do użycia narkotyku, to nawet 11. rok życia. Najwięcej jednak osób sięgających po narkotyki jest w przedziale wieku 15–16 lat. W badaniach pokazano, że liczba osób biorących narkotyki przynajmniej raz w życiu sięga od 6% do 17%. Największa grupa spośród używających narkotyków sięga po nie raz

lub kilka razy w życiu, jednak co roku znaczna liczba spośród tych w wieku do 18. roku życia zgłasza się do leczenia. Najczęściej poszukujący pomocy instytucjonalnej podejmują leczenie w placówkach ambulatoryjnych, ale część z nich trafia do lecznictwa stacjonarnego – co może oznaczać, że ci ostatni mają poważne problemy wynikające z używania narkotyków.

Jednorazowe przyjmowanie narkotyku w okresie dorastania jest prawdopodobnie związane

z ich większą dostępnością, obyczajami towarzyszącymi wspólnym zabawom młodych ludzi, chęcią doświadczenia czegoś nieznanego, zmniejszoną kontrolą ze strony osób dorosłych. Znacznie większym zagrożeniem dla częstego używania narkotyków i dla uzależnienia jest potwierdzany w badaniach fakt, że osoby biorące narkotyki częściej charakteryzują się zachowaniami problemowymi. Używanie narkotyków jest częścią takich zachowań, jak: używanie alkoholu, łamanie zasad społecznych i prawnych, stosowanie przemocy lub bycie jej ofiarą, a także doświadczanie różnych form dystresu psychicznego, w tym objawów lęku i depresji.

Znaczna więc liczba osób używających narkotyków to młodzież w okresie dorastania. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że są to osoby, które mają trudności z realizacją zadań rozwojowych okresu adolescencji. Za najważniejsze dla tego okresu zadania uznaje się

*W 2005 roku w Polsce było 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczyło się w nich 38 tys. ludzi. Zdecydowana większość była w wieku 19–29 lat i poniżej 18. roku życia. Większość osób leczących się w tych poradniach potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia (82%).*



nabywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do życia zawodowego i rodzinnego, tworzenie poczucia tożsamości własnej osoby, uczenie się radzenia sobie z nowymi doświadczeniami, kształtowanie się systemu wartości, tworzenie wzorców relacji z rówieśnikami, w tym doświadczania zależności i niezależności, doświadczania związków uczuciowych. Od okresu znacznej zależności od osób dorosłych i związanego z tym poczucia bezpieczeństwa dochodzi się do coraz większej odpowiedzialności za swoje własne zachowania, a częściowo również za zachowania innych osób, z którymi tworzy się nowe związki koleżeńskie i uczuciowe. Nabywanie odpowiedzialności za siebie i innych odbywa się najczęściej metodą prób i błędów, zależności i buntu, poczucia umiejętności wpływania na zdarzenia na przemian z poczuciem braku kontroli nad nimi. W wyniku tych doświadczeń kształtuje się poczucie dobra i zła, hierarchii spraw ważnych i mniej ważnych, zarysu celów życiowych, wartościowania siebie i innych ludzi. Trudności w procesie realizowania tych zadań mogą skutkować reakcjami lękowymi i depresyjnymi, zmiennym nastrojem, niekontrolowaną agresją, poczuciem mniejszej wartości. Mogą także objawiać się w zachowaniach społecznych, przekraczaniem zasad i norm społecznych, łamaniem prawa, agresją wobec otoczenia.

Używanie narkotyków i alkoholu może być sposobem radzenia sobie z napięciem okresu dorastania, ale jest też przeszkodą w integrowaniu doświadczeń okresu dorastania, zaburzając tym samym tworzenie się poczucia własnej tożsamości, własnej wartości, odpowiedzialności za siebie i innych, satysfakcjonujących wzorców relacji z innymi. Doświadczenia kliniczne i wyniki badań pokazują, że częściej używają narkotyków ci dorastający, którzy mają mniejsze wsparcie w rodzinie, którzy mają większe trudności w nauce, którzy doświadczają więcej deprivacji i strat niż satysfakcji i osiągnięć.

Pomoc takim osobom to przede wszystkim wspomaganie ich w realizacji zadań życiowych, typowych dla okresu adolescencji: łagodzenie napięcia wynikającego z niekorzystnych wydarzeń życiowych, radzenia sobie z obowiązkami szkolnymi, radzenia sobie z naciskiem grup rówieśniczych przez uczenie większej niezależności, wspomaganie kształtowania się poczucia własnej wartości. Podstawowym uczestnikiem tego procesu wspomagania jest rodzina dorastającego. Problemem jest, że rodzina dziecka mającego trudności z dorastaniem jest często

pozbawiona zasobów potrzebnych do samodzielnego wspomagania rozwoju syna czy córki. Takiej rodzinie jest potrzebna pomoc i to staje się głównym środkiem pomocy osobie dorastającej. Pacjentem staje się system rodzinny.

Młodzież to główna grupa eksperymentujących z narkotykami. Część osób uzależni się, jeżeli nie otrzyma pomocy przywracającej możliwości korzystania z własnych i rodzinnych zasobów potrzebnych do realizowania zadań rozwojowych.

## Osoby przyjmujące narkotyki rekreacyjnie

W ostatnich latach wzrasta liczba osób sięgających po narkotyki w sytuacjach rekreacyjnych. Najczęściej są to osoby w okresie wczesnej dorosłości. Bardzo mało wiemy o rozpowszechnieniu używania narkotyków w celach rekreacyjnych. Dyskoteki są takim miejscem, ale nie jedynym. Szacuje się, że osoby używające narkotyków dla celów rekreacyjnych to młodzi dorośli mieszkający poza domem rodzinnym – zazwyczaj studenci lub osoby pracujące w dużych miastach. Prawdopodobnie najczęściej używanymi w tej grupie narkotykami są kokaina i amfetamina. Dane europejskie pokazują, że kokainę zażywają najczęściej osoby między 15. a 24. rokiem życia, a wśród zgłaszających się do leczenia 13% to osoby uzależnione od kokainy.

Zadania okresu wczesnej dorosłości to wybór zawodu, partnera i początek życia we własnej rodzinie. Wymaga to umiejętności podejmowania decyzji, planowania własnych celów, programu ich realizacji, umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów. Radzenie sobie z tymi zadaniami jest źródłem satysfakcji stanowiącej podstawę kształtowania się poczucia własnej wartości. Brak satysfakcji, brak umiejętności polegania na sobie i współdziałania z innymi może skłaniać do poszukiwania satysfakcji zastępczych, a jednym z ich źródeł mogą być narkotyki. Używanie narkotyków w tym okresie może być sygnałem trudności w uzyskaniu lub utrzymaniu satysfakcjonującej pracy (czy studiów), w stworzeniu czy utrzymaniu satysfakcjonującego związku partnerskiego lub założeniu własnej rodziny.

Środkiem tradycyjnie „wspomagającym” życie towarzyskie jest alkohol. Sieganie po narkotyki często towarzyszy picciu alkoholu. Wzrasta liczba osób używających tych dwóch substancji równocześnie. Te osoby są szczególnie

narażone na negatywne skutki dla ich funkcjonowania w okresie wczesnej dorosłości.

Pomoc takim osobom to przede wszystkim wspieranie ich w dokonywaniu wyborów życiowych, dostosowanych do ich własnych możliwości, warunków ich otoczenia, wspieranie ich w poszukiwaniu alternatywnych sposobów realizowania celów życiowych, w nabywaniu odporności na niekorzystne zdarzenia życiowe i radzenia sobie z trudnościami.

## **Wspomaganie własnego funkcjonowania w różnych rolach życiowych**

Okresowe czy długotrwałe niepowodzenia życiowe skłaniają często do wspomagania się w realizacji zadań życiowych. Może się to zdarzyć na każdym etapie dorosłego życia. Zmęczenie, przepracowanie, chęć bycia wydajnym i skutecznym skłaniają do poszukiwania środków psychoaktywnych usuwających zmęczenie i zwiększających wydajność zawodową. Ten wzorzec najczęściej dotyczy młodych dorosłych do 35. roku życia. Nie ma danych dotyczących rozpowszechnienia używania narkotyków dla celów pobudzających aktywność, wspomagających umysłowo i emocjonalnie. Wydaje się jednak, że po takie środki sięgają głównie osoby o wysokiej potrzebie osiągnięć, potrzebie wyróżniania się, które mają trudności w radzeniu sobie z napięciem oraz we współpracy z innymi.

Inna grupa to osoby używające legalnych substancji psychoaktywnych: leków uspokajających, przeciwbólowych, nasennych. Realizacja zadań zawodowych, rodzinnych i społecznych może być dla niektórych szczególnie trudna ze względu na ich własne zasoby osobowościowe. Te trudności mogą pojawić się na każdym etapie dorosłego życia. Najczęściej są to osoby z neurotycznymi zaburzeniami osobowości, z cechami osobowości zależnej, lękowej czy chwiejnej emocjonalnie. Podstawowym problemem tych osób jest nieadekwatne spostrzeganie siebie i otoczenia. Przez pryzmat własnego lęku, braku zaufania do siebie i otoczenia, dostrzegania nie istniejących zagrożeń, widzą świat jako wrogi, zagrażający, a siebie jako bezradnych i narażonych na nieustanne porażki i niepowodzenia.

Pomóc tym osobom można stosując psychoterapię, której celem będzie zmiana w sposobie postrzegania siebie i otoczenia, przez rozwiązywanie konfliktów emocjonalnych, zmianę nieracjonalnych przekonań, nawykowych

zachowań prowadzących do nieskutecznego radzenia sobie z problemami żywymi.

## **Osoby uzależnione**

Używanie narkotyków prowadzi do uzależnienia. Oznacza to stan, w którym silna potrzeba przyjmowania substancji dominuje nad innymi zachowaniami, jest ona trudna do kontrolowania, powoduje fizjologiczny stan abstynencyjny po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji. W konsekwencji uzależnienie prowadzi do zaniedbania lub zaniechania realizacji najważniejszych zadań życiowych.

Uzależnienie może wystąpić jako efekt długotrwałego używania każdego narkotyku. Najwięcej osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia ma problem z opiatami (40-70%). Zgłaszanie się do leczenia osób uzależnionych jest najczęściej „wymuszane” albo stanem fizycznym (potrzeba detoksykacji), albo naciskiem otoczenia, albo zagrożeniem prawnym. Większość osób uzależnionych od opiatów, poddawanych leczeniu, wraca do przyjmowania narkotyku. Stąd często proponuje im się leczenie substytucyjne.

Osoby uzależnione wymagają leczenia specjalistycznego, w którym pierwszym celem jest zaprzestanie przyjmowania narkotyku albo zastąpienie go inną substancją, która zapobiega występowaniu objawów abstynencyjnych i głodu narkotyku. Niewiele jest danych pozwalających na ocenę psychologicznych charakterystyk osób uzależnionych od narkotyków. Trudno więc mówić o osobowościowych uwarunkowaniach uzależnienia. Częściej wymienia się uwarunkowania społeczne. Bardziej widoczne są skutki uzależnienia, zarówno dla charakterystyk osobowościowych, jak i cech funkcjonowania społecznego. Właściwości osobowościowe osób uzależnionych to przede wszystkim ogromna koncentracja na własnym uzależnieniu. Abstynencji albo przyjmowaniu metadonu są podporządkowane inne cele życiowe i sposób funkcjonowania. Wysoki stan napięcia i poczucie zagrożenia nawrotem powodują niekiedy wzmożoną aktywność, często chaotyczną, przerywaną kolejnymi niepowodzeniami. Większość osób uzależnionych poniosła duże straty społeczne: brak zawodu, wykształcenia, więzi z rodziną pochodzenia, brak własnej rodziny lub nieudane związki rodzinne. Niektórych strat nie da się wyrównać, trzeba je zaakceptować i rozpoczynać życie od nowa. Niekiedy wiele razy. Najważniejsze jest, aby rozpoczynać je

w oparciu o realistyczne rozpoznanie swoich możliwości i możliwości otoczenia, zapewniając sobie maksymalne wsparcie i pomoc – nawet jeżeli będzie to tylko ograniczanie strat.

Wśród osób uzależnionych coraz częściej można znaleźć takie, które mają wiele problemów chorobowych. Wraz z używaniem narkotyków współwystępują zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu, choroby somatyczne. Poszukuje się nowych sposobów leczenia tych osób, które wymagają współpracy wielu profesjonalistów.

## Udzielanie pomocy

Osoby używające narkotyków różnią się ze względu na rodzaj używanych narkotyków, na okres życia, w jakim rozpoczynają ich używanie, na częstotliwość i okoliczności, w jakich używają, ze względu na motyw używania, wreszcie ze względu na skutki używania. Wszyscy oni doświadczają negatywnych skutków, chociaż najpoważniejsze dotyczą tych, którzy wchodzi w stan uzależnienia.

Wszyscy potrzebują pomocy, ale pomocy dostosowanej do ich potrzeb. W większości przypadków będzie to pomoc w uświadomieniu sobie negatywnych skutków jednorazowego czy kilkukrotnego użycia narkotyku. Upowszechnianie wiedzy na ten temat, pomoc rodziców, nauczycieli, wychowawców i rówieśników są dla wielu młodych osób, którzy eksperymentują z narkotykami, wystarczającymi argumentami, aby ich nie powtarzać. Dla osób, które doświadczają trudności w radzeniu sobie z zadaniami okresu dorastania, które używają narkotyków jako jednego z zespołu zachowań problemowych, taka pomoc to wspomaganie ich rozwoju przez poradnictwo wychowawcze, rodzinne, przez pomoc w nauce, tworzenie warunków do zdrowego spędzania czasu wolnego, budowanie systemu ich osobistej odporności na doświadczane przeżycia i zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego występujące w okresie dorastania.

Używanie narkotyków jako sposobu radzenia sobie ze swoimi słabościami i niepowodzeniami w życiu dorosłym, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, staje się coraz częstsze. Ta grupa osób rzadko otrzymuje adekwatną pomoc. Mała jest wiedza na temat liczby osób używających narkotyków rekreacyjnie czy dla celów stymulujących. Nie wiemy także, jak wiele z nich uzależnia się, a przynajmniej doświadczają strat osobistych i społecznych. Wydaje się również, że mała liczba takich

osób poszukuje pomocy z powodu braku odpowiednich dla nich programów pomocy. Poradnictwo, mające na celu pomoc w radzeniu sobie z początkowymi trudnymi doświadczeniami zawodowymi czy rodzinnymi, mogłoby być użyteczne w zapobieganiu używaniu narkotyków jako środków wspomagających rozwiązywanie problemów i zmniejszających napięcie. Podobną rolę mogłoby odegrać poradnictwo dla studentów. Osobnym problemem jest kształtowanie wzorców spędzania wolnego czasu.

W 2005 roku w Polsce było 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczyło się w nich 38 tys. ludzi. Zdecydowana większość była w wieku 19-29 lat i poniżej 18. roku życia. Większość osób leczących się w poradniach potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia (82%). Na 440 pracowników poradni tylko 120 było zatrudnionych na pełnym etacie (w tym 82 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień). W 53 ośrodkach dla osób uzależnionych od narkotyków zatrudnionych jest 774 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień (688 na pełnym etacie). Leczonych w ośrodkach było prawie 20 tys. pacjentów – około dwukrotnie mniej niż w poradniach, przy prawie ośmiokrotnie większej liczbie specjalistów niż w poradniach.

Na podstawie tych paru liczb można sobie wyobrazić, jak mała jest ilościowo oferta terapeutyczna dla osób zgłaszających się do poradni z problemami wynikającymi z używania narkotyków. Nie wiemy, jaka to jest terapia. Dane statystyczne wprawdzie podają, że ponad 22 tys. pacjentów poradni uczestniczy w psychoterapii indywidualnej lub grupowej, ale zestawiając to z liczbą pracowników zatrudnionych w poradniach, trudno sobie wyobrazić, jaka to jest psychoterapia, zwłaszcza że ta sama liczba osób udziela łącznie 237 470 porad.

Zróżnicowani pacjenci potrzebują zróżnicowanych form pomocy. Jakie to powinny być formy pomocy, aby były dostosowane do różnych potrzeb pacjentów i różnych problemów wynikających z używania narkotyków? Jak motywować do terapii osoby bez objawów uzależnienia? Jakie formy organizacyjne są potrzebne do udzielania takiej zróżnicowanej pomocy? Kto ma takiej pomocy udzielać? Jak przygotowywać specjalistów do pracy ze zróżnicowanymi pacjentami? Wydaje się, że bez odpowiedzi na te pytania, trudno będzie pomóc efektywnie wszystkim potrzebującym.

*Artykuł stanowi przedruk publikacji z Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA, nr 4/2008.*



*Ważnym elementem systemu przeciwdziałania narkomanii jest podział wykonywanych zadań między instytucje rządowe i organizacje pozarządowe. Analizy sektora publicznego państw zachodnich wskazują na obecną od kilkunastu lat tendencję ograniczania liczby zadań realizowanych przez administrację publiczną. Coraz częściej zadania wykonywane przez instytucje rządowe powierzane są innym podmiotom, zaś rola administracji sprowadza się do pełnienia kluczowych funkcji związanych z planowaniem strategicznym, monitorowaniem i ewaluacją realizowanej polityki czy finansowaniem działań wykonywanych przez organizacje pozarządowe bądź komercyjne.*

## CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA. POLSKI SYSTEM REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI

Robert Sobiech

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych  
Uniwersytet Warszawski

Piętnaście lat, jakie upłynęły od powołania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, skłania do pytań i refleksji. Jednym z kluczowych jest pytanie dotyczące stworzenia stabilnego systemu, który potrafiłby skutecznie reagować na istniejące postacie zjawiska używania narkotyków i był przygotowany na przyszłe zmiany i wynikające z nich wyzwania. Niewątpliwym osiągnięciem w budowie takiego systemu jest stworzenie solidnego zaplecza eksperckiego, dostarczającego systematycznych diagnoz problemu narkomanii, wykorzystującego metody i wskaźniki umożliwiające zarówno dokonywanie pogłębionych analiz polskich warunków, jak i porównywanie naszej sytuacji z sytuacją w innych krajach. Należy pamiętać, że wiedza o zjawiskach, które powinny być przedmiotem interwencji realizowanych w ramach polityk i programów publicznych jest koniecznym, lecz niewystarczającym warunkiem takich zmian. W ograniczonym tylko stopniu pomaga ona w określeniu pożądanych sposobów zmian czy czynników ograniczających zakres i skuteczność interwencji. Coraz częściej pojawiają się pytania o rozwiązania umożliwiające podejmowanie skutecznych oddziaływań. Nie chodzi tu jedynie o rozwiązania prawne czy zasobność funduszy publicznych. Pytanie o skuteczność rozwiązywania problemu narkomanii jest jednocześnie pytaniem o skuteczność prowadzonych działań i o możliwość wprowadzania oczekiwanych zmian w oparciu o istniejące zasoby i rozwiązania instytucjonalne.

W państwach charakteryzujących się systematycznym badaniem polityk publicznych rosnącym zainteresowaniem cieszą się analizy tzw. instytucjonalnych reakcji podejmowanych wobec różnych problemów społecznych. Analizy te dostarczają wiedzy o najważniejszych podmiotach zaangażowanych w realizację krajowych i międzynarodowych strategii, ich wzajemnych relacjach, posiadanych zasobach i podzielanych poglądach.

Pierwszy projekt badawczy dotyczący instytucjonalnej reakcji na problem narkomanii został zrealizowany pod koniec lat 90. XX wieku w Polsce, Czechach, Słowenii i na Węgrzech<sup>1</sup>. Podstawowym pytaniem, jakie postawili sobie autorzy badań, jest pytanie, czy podobieństwa w sytuacji epidemiologicznej, które występują w krajach Europy Środkowej, przekładały się na podobne reakcje instytucjonalne. Zakładano, że zrozumienie relacji pomiędzy specyfiką problemu narkomanii a instytucjonalnym kontekstem prowadzonych działań posiadać będzie kluczowe znaczenie w ocenie dotychczasowych i opracowaniu przyszłych strategii. Badaniem, prowadzonym w 1999 roku, objęto m.in. wszystkie organizacje o zasięgu ogólnokrajowym, które działały w sferze redukcji popytu na narkotyki.

Po czterech latach, jakie upłynęły od realizacji powyższych badań, jesienią 2003 roku, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>2</sup>, przeprowadzono kolejną analizę polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii. Wiedza uzyskana w obu badaniach pozwoliła na dokonanie pogłębionej



charakterystyki polskiego systemu przeciwdziałania narkomanii (w części dotyczącej redukcji popytu) oraz porównanie naszego systemu z podobnymi systemami funkcjonującymi w innych państwach Europy Środkowej. Badania dostarczyły także informacji o zmianach polskiego systemu, które zaszły pomiędzy 1999 a 2003 rokiem. Jakkolwiek obraz przedstawiany w badaniach odnosi się do sytuacji sprzed 5-10 lat, tym niemniej ilustruje on nie tylko kolejne etapy rozwoju reakcji instytucjonalnej, ale także skłania do formułowania pytań i hipotez dotyczących obecnej sytuacji.

### **Przeciwdziałanie narkomanii – administracja publiczna a społeczeństwo obywatelskie**

W porównaniu z wymienionymi krajami Europy Środkowej, polski system przeciwdziałania narkomanii jest systemem w znaczącym stopniu opartym na działalności organizacji pozarządowych. W Polsce organizacje pozarządowe stanowiły ponad dwie trzecie (68% w 1999 roku i 67% w 2003 roku) wszystkich instytucji działających na szczeblu ogólnokrajowym, które zajmowały się redukcją popytu na narkotyki. Na Węgrzech i w Słowenii organizacje pozarządowe stanowiły blisko połowę wszystkich instytucji działających na szczeblu krajowym, zaś w Czechach dwie trzecie wszystkich organizacji reprezentowało instytucje rządowe (ministerstwa, urzędy centralne, wyspecjalizowane agencje).

Modele przeciwdziałania narkomanii wydają się być w znacznej mierze konsekwencją przemian społecznych i politycznych zachodzących w badanych krajach w ciągu ostatniego ćwierćwiecza. Ponad połowa polskich instytucji rozpoczęła działalność przed 1989 rokiem, na Węgrzech było to 25%, a w Czechach tylko 7%. „Odkrycie” problemu narkomanii i stworzenie systemu przeciwdziałania temu zjawisku nastąpiło w Polsce znacznie wcześniej niż w pozostałych krajach. Ujawnienie i zdefiniowanie problemu na początku lat 80., to jest w okresie powstawania społeczeństwa obywatelskiego, wywarło znaczący wpływ na obecny kształt polskiego modelu redukcji popytu. Przed rokiem 1989 w Polsce redukcją popytu zajmowało się 6 instytucji rządowych i 14 organizacji pozarządowych (to jest ponad połowa wszystkich badanych organizacji). W tym samym okresie w Słowenii podobne działa-

nia prowadziły 3 instytucje rządowe, a w Czechach 1 instytucja rządowa. Poza Polską jedynie na Węgrzech w przeciwdziałaniu narkomanii uczestniczyły obok 4 agend rządowych także 2 organizacje pozarządowe. Informacje dotyczące okresu rozpoczęcia działalności przez polskie organizacje pozwalają na wyróżnienie 4 faz procesu powstawania systemu instytucjonalnego. Pierwsza faza – ujawnienie problemu i jego początkowe interpretacje – to okres lat 70. i pierwsza połowa lat 80., kiedy rozpoczynały swoją działalność zarówno instytucje rządowe, jak i organizacje pozarządowe. Druga połowa lat 80. (a szczególnie lata 1987–1989) to okres zainteresowania narkomanią ze strony kolejnych organizacji pozarządowych. Podejmowanie działań dotyczących redukcji popytu przez kolejne organizacje pozarządowe widoczne jest także w okresie 1993–1994. Natomiast koniec lat 90. to czas poszerzenia systemu o kolejne instytucje rządowe.

Zdecydowanie odmienny proces, prowadzący do stworzenia odmiennego systemu, miał miejsce w Czechach, gdzie redukcja popytu zdominowana została przez instytucje rządowe, które rozpoczęły działalność w drugiej połowie lat 90. Inny model wypracowany został na Węgrzech. Przeciwdziałanie narkomanii rozpoczęły tam organizacje pozarządowe, zaś od pierwszej połowy lat 90. nowe programy redukcji popytu realizowane są przede wszystkim przez agendy administracji publicznej.

W badanym okresie instytucjonalny system redukcji popytu charakteryzował się znaczną stabilnością. W 1999 roku zidentyfikowano 37 organizacji zajmujących się redukcją popytu na narkotyki i prowadzących działalność na szczeblu ogólnopolskim. Po upływie 4 lat działania na terenie całego kraju prowadziły 32 organizacje. W analizowanym okresie pojawiła się tylko jedna nowa organizacja działająca na szczeblu ogólnopolskim. Wśród 6 organizacji, które zaprzestały działalności na poziomie ogólnopolskim, 4 zrezygnowały z prowadzenia działalności ze względu na brak źródeł finansowania, 2 zaś skoncentrowały się na działaniach o zasięgu lokalnym. Zdecydowaną większość organizacji, które zaprzestały działalności, stanowiły organizacje pozarządowe.

We wszystkich badanych krajach większość organizacji oprócz działań dotyczących redukcji popytu prowadziła także inną działalność (tzw. organizacje inkluzywne). Jedynie co czwarta organizacja w Polsce,

Czechach i na Węgrzech specjalizowała się wyłącznie w programach ograniczania popytu (tzw. organizacje ekskluzywne). Cztery lata później w Polsce działalność skoncentrowaną wyłącznie na ograniczaniu popytu prowadziły te same organizacje. Utrzymująca się dominacja organizacji pozarządowych, jak i obecność tych samych organizacji ekskluzywnych przekonują o stabilności rozwiązań instytucjonalnych i o wysoce prawdopodobnej profesjonalizacji uczestników systemu.

## Organizacje i ich zasoby

Znacząca obecność organizacji pozarządowych w krajowym systemie przeciwdziałania narkomanii nie oznacza automatycznie ich silnej pozycji. Często spotykane są sytuacje, w których duża liczba organizacji pozarządowych jest jedynie fasadą ilustracją realizowania zasady partycypacji społecznej w rozwiązywaniu określonego problemu społecznego i nie przekłada się na możliwości faktycznego oddziaływania. Stąd też ważną częścią opisywanych badań była charakterystyka zasobów, w tym posiadanych środków finansowych umożliwiających skuteczne ograniczanie popytu.

Dane dotyczące zasobów finansowych przekonują o pozycji polskich organizacji pozarządowych. W 1998 roku<sup>3</sup> przeciętny budżet programów redukcji popytu realizowanych przez polskie stowarzyszenia czy fundacje wynosił ok. 250 tys. euro i był blisko pięciokrotnie większy niż budżet odpowiednich organizacji węgierskich czy słoweńskich oraz blisko dwukrotnie wyższy niż w Czechach. Z kolei węgierskie i czeskie instytucje rządowe dysponowały znacząco większymi środkami niż polskie ministerstwa i urzędy. Kiedy jednak uwzględnić różnice w wielkości populacji badanych krajów (w tym różnice wielkości populacji osób uzależnionych), można stwierdzić, że polski system przeciwdziałania narkomanii przeznaczał na redukcję popytu znacznie więcej środków, niż miało to miejsce w pozostałych krajach.

W porównaniu z okresem sprzed 5 lat przeciętny budżet przeznaczony na działania redukcji popytu zwiększył się z 267 tys. do 319 tys. euro. Zwiększenie funduszy dotyczyło niemal wyłącznie instytucji rządowych, które pod koniec lat 90. dysponowały kwotami nie przekraczającymi zazwyczaj 10 tys. euro (jedynie

27% instytucji rządowych dysponowało budżetem wyższym niż 100 tys. euro, podczas gdy podobne środki posiadało 36% organizacji pozarządowych). W sektorze administracji publicznej odnotowano blisko 40-procentowy wzrost nakładów. Średnia wielkość budżetów organizacji pozarządowych w zasadzie nie uległa zmianie.

Polski system przeciwdziałania narkomanii w znacznym stopniu wspiera organizacje o największym doświadczeniu. W obu badaniach najbardziej zasobnymi budżetami charakteryzowały się organizacje o najdłuższym okresie działalności. Spośród wszystkich organizacji pozarządowych, dysponujących budżetami powyżej 100 tys. euro, 78% stanowiły organizacje, które rozpoczęły działania w sferze redukcji popytu przed 1989 rokiem.

Zdecydowanej poprawie uległa sytuacja organizacji ekskluzywnych. W 2003 roku dysponowały one średnio dwukrotnie większymi budżetami niż w okresie objętym poprzednim badaniem. Inną charakterystyczną cechą omawianego okresu było znaczące zmniejszenie się różnic pomiędzy wysokością funduszy, jakimi dysponowały organizacje o najdłuższym okresie działalności, a organizacjami, które rozpoczęły działania w okresie 1990–1994. Najmłodsze organizacje charakteryzowały się znacząco mniejszymi budżetami. W porównaniu z 1999 rokiem ich sytuacja uległa znacznemu pogorszeniu. Przedstawiany powyżej obraz dotyczy okresu bezpośrednio poprzedzającego wejście Polski do Unii Europejskiej. Można przypuszczać, że to właśnie organizacje ekskluzywne, od dłuższego czasu specjalizujące się w przeciwdziałaniu narkomanii, potrafiły skutecznie aplikować o środki unijnych programów, zwiększając swój potencjał i możliwości oddziaływania.

Organizacje pozarządowe stanowią kluczowy element polskiego systemu redukcji popytu. Silna pozycja organizacji pozarządowych w systemie przeciwdziałania narkomanii jest w znaczącym stopniu efektem wspierania ich działalności przez administrację publiczną. Finansowanie polskich organizacji pozarządowych pochodziło przede wszystkim ze środków publicznych. Ponad ¾ wszystkich środków finansowych, jakimi dysponowały polskie organizacje w 1998 roku, pochodziło od administracji rządowej bądź administracji samorządowej. W 2003 roku udział środków publicznych zmniejszył się do 62% (odnotowano jed-

nocześnie wzrost udziału przychodów uzyskiwanych ze składek i dotacji).

W 1998 roku w Czechach i na Węgrzech środki publiczne stanowiły mniej niż połowę budżetów organizacji pozarządowych. W wymienionych krajach innym istotnym źródłem wsparcia był sektor prywatny. Na Węgrzech blisko 28% pozyskanych przez organizacje środków pochodziło ze źródeł zagranicznych, w Czechach 13,5% (w Polsce analogiczny odsetek nie przekraczał 6%). W Słowenii 17% dochodów organizacji pozarządowych pochodziło z indywidualnych darowizn i składek.

W Polsce oparcie programów redukcji popytu na funduszach publicznych dotyczyło przede wszystkim organizacji o długim okresie działalności. Udział środków publicznych w budżetach organizacji, które rozpoczęły działalność przed 1989 rokiem wynosił 78% w 1998 roku i 66% w 2003 roku. Znaczącą zmianę odnotowano w przypadku organizacji, które rozpoczęły działalność po 1994 roku. W 1998 roku środki przekazane przez administrację publiczną stanowiły 71% ich budżetu, zaś w 2003 roku 36% (blisko 27% przychodów najmłodsze organizacje uzyskiwały z fundacji i stowarzyszeń finansujących działania na rzecz redukcji popytu). Najmłodsze organizacje kilkakrotnie częściej korzystały ze środków zagranicznych. Zmniejszenie zakresu finansowania przez administrację publiczną dotyczyło przede wszystkim organizacji inkluzywnych (86% w 1998 roku i 50% w 2003 roku). Dla wielu z nich oznaczało to konieczność poszukiwania alternatywnych źródeł finansowania. W przypadku najstarszych organizacji, zajmujących się wyłącznie zagadnieniami redukcji popytu, środki uzyskiwane od administracji publicznej stanowiły ponad 80% ich budżetów. Przekonuje to o stabilności systemu, zapewniającego podstawy finansowania dla najbardziej doświadczonych organizacji. Uzależnienie od funduszy publicznych w dłuższej perspektywie niesie ze sobą ryzyko nadmiernej formalizacji, ograniczenie kreatywności czy monopolizację wybranych usług i działań.

## Redukcja popytu – prowadzone działania

Polski system przeciwdziałania narkomanii charakteryzuje się podobną strukturą działań jak systemy

w innych krajach Europy Środkowej. Dominującymi rodzajami działalności, realizowanymi przez niemal każdą organizację, były programy profilaktyczne. 70-80% organizacji zajmowało się także szkoleniem profesjonalistów. Innym równie często spotykanym rodzajem działalności było prowadzenie badań i analiz (dotyczyło to przede wszystkim Czech i Słowenii) oraz koordynacja działań innych organizacji, która dotyczyła najczęściej szczebla lokalnego. Poza Węgrami większość organizacji z pozostałych krajów uczestniczyła w procesie kształtowania rządowych programów i polityk. Polskie i słoweńskie organizacje częściej niż w innych krajach prowadziły działania terapeutyczne i programy rehabilitacyjne, polskie organizacje znacznie częściej reprezentowały interesy narkomanów i ich rodzin (24% w 1999 roku i 69% w 2003 roku).

Ważnym elementem systemu przeciwdziałania narkomanii jest podział wykonywanych zadań między instytucje rządowe i organizacje pozarządowe. Analizy sektora publicznego państw zachodnich wskazują na obecną od kilkunastu lat tendencję ograniczania liczby zadań realizowanych przez administrację publiczną. Coraz częściej zadania wykonywane przez instytucje rządowe powierzane są innym podmiotom, zaś rola administracji sprowadza się do pełnienia kluczowych funkcji związanych z planowaniem strategicznym, monitorowaniem i ewaluacją realizowanej polityki czy finansowaniem działań wykonywanych przez organizacje pozarządowe bądź komercyjne.

W Polsce podział zadań pomiędzy administrację publiczną a organizacje pozarządowe sygnalizuje pojawienie się powyższych tendencji. Tak np. sfera oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych stanowiła niemal wyłączny obszar działania organizacji pozarządowych. W 1999 roku jedynie 18% instytucji rządowych realizowało programy terapii narkomanów, w 2003 roku wskaźnik ten wynosił 30%, podczas gdy podobne działania prowadziło w 1999 roku 56% organizacji pozarządowych, a w 2003 roku – 76%. Instytucje administracji publicznej zdecydowanie częściej prowadziły prace badawcze i analityczne i koordynowały działalność innych organizacji. Niemal wszystkie instytucje rządowe uczestniczyły w procesie opracowania programów i strategii. Warto zauważyć, że w procesach tych brała udział także co druga organizacja



pozarządowa, co wydaje się świadczyć o szerokiej partycypacji społecznej w procesach planowania.

Obok obszarów, w których ma miejsce zróżnicowanie zadań, widoczne są także obszary wspólnych działań. Należą do nich przede wszystkim działania profilaktyczne, które podejmowane są przez 96% organizacji pozarządowych i 82% instytucji rządowych. Utrzymanie sytuacji, w której zdecydowana część aktywności wszystkich organizacji koncentruje się na działaniach prewencyjnych i terapeutycznych, nie wydaje się możliwe w dłuższym okresie. Można oczekiwać, że w niedalekiej przyszłości będziemy mieli do czynienia ze zmianami polegającymi na większej specjalizacji i koncentracji na wybranych typach działalności.

## **Polityka wobec narkomanii – ocena badanych organizacji**

Omawiane badania dostarczyły także informacji pozwalających na określenie specyficznych cech polityk wobec narkomanii realizowanych w badanych krajach. Jakkolwiek poniższa charakterystyka oparta była wyłącznie na opiniach liderów badanych organizacji, to jednak przedstawia ona interesujący obraz priorytetów i specyfiki narodowych strategii. Tak np. w 1999 roku charakterystyczną cechą polityki Słowenii było preferowanie działań zmierzających do redukcji szkód. Na Węgrzech za dominujący element narodowej strategii uznano instytucjonalną kontrolę osób używających narkotyków. W opinii czeskich liderów narodowa strategia stanowiła połączenie kontroli podaży z ograniczaniem szkód, przy jednoczesnej silnej obecności pozostałych działań (promocji zdrowia, redukcji popytu i kontroli).

W porównaniu z wymienionymi krajami, polska polityka wobec narkomanii zarówno w 1999 roku, jak i 2003 roku przedstawiała się jako mało wyrazista, pozbawiona specyficznych priorytetów. Wynikało to w znacznej części z niskiego stopnia poinformowania liderów polskich organizacji. W 1999 roku blisko 30% respondentów nie potrafiło określić specyficznych cech narodowej polityki. Jednym z powodów wydaje się być brak publicznej debaty, która ukazałaby szerszy kontekst projektów i programów prowadzonych przez poszczególne organizacje. Nic więc dziwnego, że trudności w dokonaniu oceny pojawiały się znacznie częściej wśród liderów organizacji pozarządowych

skoncentrowanych zazwyczaj na relatywnie wąskim obszarze działania.

Diagnoza polskiej polityki wobec narkomanii, dokonana przez respondentów posiadających skryształizowane opinie o narodowej strategii, wykazuje, że jest ona swoistym kompromisem pomiędzy redukcją popytu a kontrolą podaży, znacznie rzadziej wskazywano na promocję zdrowia. W 1999 roku jedynie nieliczne organizacje (17%) utożsamiały polską politykę z działaniami kontrolnymi i represyjnymi wobec osób używających narkotyków, co stanowiło istotną różnicę w stosunku do innych badanych krajów. Po upływie 4 lat blisko połowa polskich liderów uznała kontrolę i represję za dominujące cechy polskiej strategii przeciwdziałania narkomanii.

Opinie dotyczące oceny narodowej polityki w znacznym stopniu zależały od postaw wobec zjawiska narkomanii. Okazało się, że osoby o poglądach restrykcyjnych wobec używania narkotyków częściej postrzegały polską politykę jako nastawioną na redukcję popytu czy promocję zdrowia. A osoby o poglądach permissywnych uznawały częściej za jej charakterystyczną cechę działania kontrolne i represyjne. Można sądzić, że opinie o strategii przeciwdziałania narkomanii były w znacznej mierze efektem akceptowanych poglądów wobec zjawiska używania narkotyków niż konsekwencją wiedzy o istniejącym systemie przeciwdziałania narkomanii.

## **Podsumowanie**

W ciągu ponad 20 lat, jakie upłynęły od pojawienia się problemu narkomanii w Polsce, udało się zbudować spójny, oparty na stabilnych podstawach system przeciwdziałania temu zjawisku. Na tle innych krajów Europy Środkowej polski system wyróżnia się zarówno szerokim zakresem działalności, jak i solidnymi zasobami. Kluczowym elementem polskiej strategii jest oparcie systemu redukcji popytu na narkotyki na działalności organizacji pozarządowych. Z perspektywy minionych lat widać coraz wyraźniej, że organizacje te odegrały nie tylko zasadniczą rolę w odkrywaniu i definiowaniu problemu, ale też wzbogacają polską politykę o doświadczenie, wiedzę, profesjonalne kwalifikacje czy charakterystyczne dla trzeciego sektora zaangażowanie i znajomość lokalnych potrzeb. Rozwiązanie to wydaje się być konsekwencją realizacji klarownych, długofalowych



priorytetów krajowej strategii. W odróżnieniu od innych krajów, w Polsce centralną instytucją wyznaczającą kierunki polityki oraz zapewniającą wsparcie finansowe i merytoryczne jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Powierzenie implementacji rządowej polityki organizacjom pozarządowym, stanowiącym najbliższe otoczenie Biura, jest rozwiązaniem umiejętnie łączącym zalety trzeciego sektora z długofalową strategią władz publicznych.

Jedną ze specyficznych cech polskiego systemu jest jego stabilność. Znaczna część organizacji pozarządowych to organizacje o kilkunastoletnim okresie działalności. Kontynuowanie tej działalności w zmieniających się warunkach politycznych, gospodarczych i społecznych przekonuje o umiejętnościach adaptacyjnych organizacji, świadczy również o zasadności przyjętego modelu. Stabilność przyjętych rozwiązań umożliwia także rozwój instytucjonalny tych organizacji, dysponujących znacząco większymi zasobami w porównaniu z organizacjami z pozostałych krajów.

Stabilność systemu i doświadczenie organizacji paradoksalnie mogą się okazać jego słabością w sytuacji gwałtownych zmian w ramach zjawiska narkomanii bądź zmian otoczenia instytucjonalnego. Przedstawiona w artykule diagnoza wskazuje na niebezpieczeństwo formalizacji i zamykania się organizacji wewnątrz sprawdzonych uprzednio wzorów i procedur. Zagrożenie to sygnalizują m.in. zjawiska zdominowania organizacji przez psychologów i pedagogów, a także znikomej obecności innych typów działań niż programy profilaktyczne czy terapeutyczne tradycyjnie realizowane przez większość organizacji pozarządowych. Innym wskaźnikiem powielania dotychczasowych formuł wydaje się być znikoma obecność permissywnych postaw wobec zjawiska narkomanii, wyróżniająca polskie organizacje wśród innych krajów. Jedną z konsekwencji tej sytuacji może być zamknięcie się na nowe sposoby zarządzania organizacjami, blokujące zarówno dalszy rozwój instytucjonalny, współpracę z organizacjami w innych krajach, jak i skuteczne aplikowanie o środki unijne czy udział w programach międzynarodowych. Innym zagrożeniem, szczególnie istotnym w sytuacji kryzysu finansów publicznych, wydaje się być silne uzależnienie od rządowych dotacji. Niewielka podatność na innowacje niesie także ryzyko nieadekwatności i nieskuteczności działań podejmowanych w zmieniającej się i niedostatecznie rozpoznanej rzeczywistości.

Przedstawiony powyżej obraz polskiego systemu redukcji popytu jest swoistą fotografią wykonaną na przełomie XX i XXI wieku. Fotografia ta ukazuje zarówno mocne strony systemu, jak i zagrożenia oraz słabości. Te pierwsze wymagają systematycznego wsparcia ze strony władz publicznych, zapewniającego stabilność i ciągłość działania. Te drugie sygnalizują z kolei potrzebę pogłębionej refleksji i uruchomienia mechanizmów korygujących, inspirujących do poszukiwania nowych rozwiązań, profesjonalizacji działań czy zwiększania zasobów niezbędnych do osiągania zamierzonych zmian. O tym, czy zabiegi te przyniosły oczekiwane efekty, może przekonać kolejna „fotografia”, która pokaże aktualny obraz systemu przeciwdziałania narkomanii.

Diagnozy instytucjonalnych reakcji, ukazujące, w jakim stopniu system instytucjonalny potrafi sprostać obecnym i przyszłym zagrożeniom, są tylko częścią analiz umożliwiających ocenę oddziaływania narodowych strategii przeciwdziałania narkomanii. Niezbędnym elementem takiej oceny są systematycznie prowadzone analizy zjawiska narkomanii, ujawniające zmiany rozmiaru problemu, jego struktury i uwarunkowań. Równie istotnym elementem są analizy skuteczności i efektywności prowadzonych działań, które umożliwiają ewaluację zarówno poszczególnych programów, jak i całej polityki. Jak wykazują doświadczenia innych krajów i organizacji międzynarodowych, połączenie wymienionych rodzajów analiz w jeden spójny system monitorowania i oceny w największym stopniu zapewnia długofalową skuteczność przyjętych strategii.

*Artykuł stanowi przedruk publikacji z Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA, nr 4/2008.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Projekt „Developing Social Research Capacities in Drug Control” objął wszystkie organizacje prowadzące działania dotyczące redukcji popytu, działające na szczeblu krajowym, i wybrane organizacje o zasięgu lokalnym. Badania zostały zrealizowane w ramach projektu European Center for Social Welfare Policy and Research finansowanego przez United Nations International Drug Control Programme. Koordynatorami projektu byli prof. Patrick Kenis i dr Robert Sobiech. Wyniki badań zostały opublikowane w książce *Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe. An Analysis of Institutional Developments in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia* (Kenis Patrick, Mass Filip, Sobiech Robert (eds.), European Centre Vienna Ashgate, Alderhot 2001).
- <sup>2</sup> Sobiech R., *Instytucjonalny system przeciwdziałania narkomanii w 2003 roku*, [www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm](http://www.narkomania.gov.pl/raporty2003.htm).
- <sup>3</sup> Pierwsze badania przeprowadzono wiosną 1999 roku, stąd też dane na temat budżetów organizacji dotyczą 1998 roku.

*Często w praktyce terapeutycznej osoba pomagająca staje przed zadaniem wyjaśnienia lub przybliżenia, czy to pacjentowi, czy to jego rodzicom, na czym polega pomoc i jakie są jej formy. Brak dostatecznych informacji i krążące w tzw. drugim obiegu stereotypy oraz – często w wielu kwestiach sprzeczne – mity powodują wzrost obaw i znaczne nasilenie lęku nie tylko u przyszłych podopiecznych, ale również u ich rodziców, co bardzo osłabia motywację i sprawia, że wielu postanawia wycofać się z decyzji o leczeniu i tak naprawdę przedłuża okres używania narkotyków, pogłębiając fazę uzależnienia.*

## FORMY POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD NARKOTYKÓW

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii  
Oddział w Bydgoszczy

Dopiero jakieś traumatyczne przeżycie czy ekstremalna, bardzo trudna sytuacja są w stanie zdeterminować pacjenta w taki sposób, że podejmie leczenie bez względu na wszystko. Wówczas jednak leczenie pochłania już znacznie więcej czasu, środków, emocji i zaangażowania w proces terapii i niekoniecznie kończy się sukcesem i trwałą abstynencją.

Może jednak można by rozpocząć to wszystko wcześniej, mając większą świadomość tego, z czym można się spotkać na każdym etapie leczenia i oswoić się z założeniami i formami oddziaływań terapeutycznych. W artykule chciałbym przedstawić ewentualnym pacjentom, ich rodzicom oraz pedagogom i wychowawcom, czego mogą się spodziewać na poszczególnych etapach terapii i jakiej pomocy mogą oczekiwać w prezentowanych placówkach.

**Punkt konsultacyjny** ds. uzależnień najczęściej prowadzony jest przez stowarzyszenie lub fundację, ostatnio również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach ds. uzależnień. W punkcie z reguły zatrudniony jest terapeuta lub konsultant, który dokonuje wstępnej diagnozy problemu, zbiera informacje

dotyczące zaawansowania uzależnienia, udziela porad i informacji, wspiera decyzję o leczeniu i motywuje do podjęcia terapii w poradni ambulatoryjnej lub ośrodka stacjonarnym – średnio- lub długoterminowym.

Jeśli w danej miejscowości nie ma poradni, to punkt konsultacyjny jest pierwszym miejscem, gdzie można uzyskać wstępną pomoc. Niektóre punkty oferują też

możliwość diagnozy lekarskiej (bardzo dobrze, jeśli psychiatrycznej) oraz konsultacje psychologiczne.

**Poradnia ambulatoryjna** oferuje – w zależności od stopnia zaawansowania choroby – zróżnicowaną pomoc dla uzależnionych od narkotyków, a także członków ich rodzin. W poradni zatrudnieni są terapeuci-profesjonaliści, także terapeuci-neofici – czyli osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu,

dzieląc się również osobistym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii. W poradni można się też spodziewać opieki medycznej, psychiatrycznej, badań psychologicznych i poradnictwa prawnego.

Rzetelna diagnoza pozwala ustalić, czy pacjent może podjąć próbę leczenia w systemie ambulatoryjnym, czy też jest już na etapie na tyle zaawansowanym, żeby rozpocząć leczenie w ośrodku stacjonarnym. Poradnie

*Osoby sięgające po narkotyki oraz ich rodziny mogą korzystać z wielu form pomocy i oddziaływań terapeutycznych, które oferują różne placówki. W zależności od stopnia zaawansowania problemu mogą to być: punkty konsultacyjne, poradnie ambulatoryjne, grupy Anonimowych Narkomanów, oddziały detoksykacyjne oraz oddziały leczenia uzależnień z różnymi programami terapii.*

mogą być prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje jako nie zarejestrowane w NFZ oraz zarejestrowane jako NZOZ. Bardzo często można spotkać poradnie NZOZ prowadzone przez osoby fizyczne – zwykle przez specjalistów w zakresie psychoterapii uzależnień (psychologów, pedagogów, psychiatrów).

Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej. Wykorzystują dorobek wielu nurtów psychologicznych. W zależności od zespołu terapeutycznego istnieją programy, których podstawy opierają się na założeniach społeczności terapeutycznych (poradnie MONAR) oraz takie, które wykorzystują dorobek nurtu psychologii behawioralnej i poznawczej. Sądzę, że najbardziej pożądany jest program integracyjny, wykorzystujący wszelkie doświadczenia, łączący różne podejścia.

W ramach kontroli abstynencji większość poradni wykonuje testy na obecność narkotyków w moczu. Z reguły jest tak, że jeśli pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie terapii, to zostaje relegowany z programu i proponuje mu się ponowny udział po okresie „karencji” lub wyjazd do stacjonarnego ośrodka. Program tak naprawdę konfrontuje pacjenta z rzeczywistym stanem uzależnienia. Każdemu narkomanowi wydaje się, że łatwo poradzi sobie z odrzuceniem środka psychoaktywnego, dopiero decyzja o terapii i początek abstynencji pozwalają stwierdzić, jak głęboko uzależnienie zakorzeniło się w psychice pacjenta.

Programy poradniane trwają z reguły ok. 1-2 lata. Początkowo są bardzo intensywne, z czasem częstotliwość spotkań spada. Jak pokazuje praktyka, w programach utrzymują się pacjenci albo z bardzo dużą motywacją, albo będący w fazie nadużywania. Największym problemem systemu ambulatoryjnego okazuje się kontrola abstynencji – rodzice nie zawsze są w stanie temu podołać, a i możliwości poradni są z wiadomych względów ograniczone. Wtedy pojawia się możliwość umieszczenia pacjenta w ośrodku stacjonarnym (pobyt całodobowy). Jeśli jednak abstynencja nie zostaje dłużej zachowana, większość ośrodków wymaga przed przybyciem wypisu z oddziału detoksykacyjnego, aby zapobiec pojawieniu się problemów natury tak medycznej, jak i psychicznej (psychozy, napady lękowe itp.)

Oferty **oddziałów detoksykacyjnych** (odtruwających) do niedawna dotyczyły uzależnionych od opiatów (czyli np. heroiny) oraz pochodnych, a także

od środków psychotropowych i alkoholu. Obecnie obserwujemy konieczność odtrucia połączonego z obserwacją psychiatryczną. Takie oddziały oferują pomoc pacjentom nadużywającym amfetaminy, ecstasy i GHB, gdyż skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z tymi środkami wydają się być o wiele większe niż pierwotnie zakładano. Idealnie jest, kiedy po odtruciu pacjent bezpośrednio jedzie do ośrodka terapii i nie wraca do swojego środowiska.

W ogólnym zarysie oferta oddziału detoksykacyjnego obejmuje:

1. Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną.
2. Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – zmniejszenie głodu narkotycznego, bólów, napadów drgawek itd. oraz – w skrajnych przypadkach – zapobieganie zgonom.
3. Diagnostyka powikłań takich jak HIV, WZW i związanych z innymi chorobami zakaźnymi.
4. Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta.
5. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku.
6. Motywowanie do dalszego leczenia.

Środek narkotyczny zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w miarę bezpiecznie i humanitarnie.

**Leczenie krótkoterminowe** realizują oddziały leczenia uzależnień (OLU). Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych lub klinikach psychiatrii. Ich program opiera się na teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeniach klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną. Pierwotnie niemal wszystkie oddziały w Polsce oferowały pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i leków (istnieją oddziały dla mężczyzn, dla kobiet oraz koedukacyjne), obecnie jednak ponad połowa przyjmuje również narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skuteczny dla niektórych typów pacjentów uzależnionych od narkotyków.



Program trwa od 6 do 8 tygodni. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny na dobę) są dobrym wstępem do kontynuowania terapii.

Osoba kończąca tego typu program powinna kontynuować terapię bądź w poradni, bądź w ośrodku średnioterminowym. Warto wiedzieć, że żaden szef oddziału nie żegna pacjenta słowami „do widzenia, jest pan wyleczony”, ale zwraca uwagę na konieczność kontynuowania leczenia.

W ramach **stacjonarnego leczenia średnioterminowego** oferowanych jest wiele programów terapii uzależnień, głównie przez placówki służby zdrowia, które prowadzą programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym. Są to najczęściej oferty łączące podejście związane z teorią psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Każdy ośrodek nastawiony jest również na rozwój osobistych predyspozycji do wytrwania w abstynencji oraz rozwój zainteresowań. Ważne miejsce pełni również uczenie obowiązkowości, odpowiedzialności, dbania o higienę osobistą i kondycję fizyczną.

Niektóre ośrodki dla młodzieży umożliwiają kontynuowanie nauki szkolnej, ale nie należy uważać, że edukacja jest w ich przypadku najważniejsza. Najważniejsze jest zdrowienie.

**Stacjonarne leczenie długoterminowe** to programy terapii trwające od 12 do 24 miesięcy, oferowane przez placówki MONARU, Karanu, PTZN, ZOZ-y oraz inne organizacje pozarządowe. Kadre stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznej i obejmują szereg oddziaływań zarówno terapeutycznych, jak i społecznych, mających na celu odbudowanie takich norm i wartości, jak uczciwość, odpowiedzialność, szczerść, przyjaźń itd. Ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach: od sprzątacza, kucharza, ogrodnika począwszy, na ochroniarzu czy prezesie społeczności skończywszy.

Udział w procesie terapeutycznym jest podzielony na kilka etapów, uprawniających do pełnienia zdefiniowanych ról, dających przywileje określone przez całą społeczność. Każdy pacjent zaczynający terapię przechodzi przez okres próbny i pierwsze przywile-

je otrzymuje nie wcześniej niż po miesiącu pobytu w ośrodku. Cechą charakterystyczną ośrodków są żelazne normy i zasady funkcjonowania, których złamanie powoduje nałożenie kar, czyli tzw. dociążeń, lub wykluczenie ze społeczności.

Ukończenie terapii w ośrodku długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem”. Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogącymi spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyki.

Dlatego też każdy absolwent powinien po opuszczeniu ośrodka znaleźć osobistego terapeutę bądź – jeśli ma taką możliwość – skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

**Grupy Anonimowych Narkomanów** istnieją już w niektórych miastach. Uczestnictwo w AN jest otwarte dla wszystkich użytkowników narkotyków, niezależnie od rodzaju używanych środków lub sposobów ich przyjmowania i łączenia. Kiedy przystosowywano do potrzeb AN Pierwszy Krok z literatury Anonimowych Alkoholików, słowo „alkohol” zastąpiono słowem „uzależnienie”.

W ruchu AN nie ma ograniczeń społecznych, religijnych, ekonomicznych, rasowych, etnicznych, narodowych ani płciowych, nie ma też opłat wpisowych czy członkowskich. Większość członków regularnie partycypuje – drobnymi sumami – w regulowaniu wydatków mityngów, przy czym datki nie są obowiązkowe.

W programie Anonimowych Narkomanów członkowie są zachęceni do stosowania całkowitej abstynencji od wszystkich rodzajów narkotyków, z alkoholem włącznie. Z doświadczenia członków AN wynika, że ciągła i nieprzerwana abstynencja zapewnia najlepszy fundament dla zdrowienia i osobistego rozwoju.

Główną usługą dostępną w AN są mityngi grupowe. Każda grupa działa indywidualnie, kierując się zasadami obowiązującymi w całej organizacji.

Większość grup na cotygodniowe spotkania wynajmuje sale w budynkach prowadzonych przez organizacje publiczne, religijne lub społeczne. Jedna osoba prowadzi mityng, natomiast reszta członków bierze udział w dzieleniu się swoim doświadczeniem w zdrowieniu z uzależnienia od narkotyków. Członkowie grupy dzielą między siebie funkcje związane z usprawnieniem przebiegu mityngu.

*Artykuł stanowi przedruk z Serwisu Pomocowo-Edukacyjnego PORADNIA.narkomania.org.pl.*



*Kiedy 30 lat temu grupa osób uzależnionych z podwarszawskiego szpitala psychiatrycznego postanowiła opuścić szpital, zamieszkać razem i wspólnie pokonać nałóg narkotyczny, nikt nie przypuszczał nawet, że będzie to początek zupełnie unikalnej w warunkach polskich metody leczenia osób uzależnionych i początek jednej z największych organizacji pomocowych w Polsce i Europie.*

## MONAROWSKI MODEL PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Jolanta Koczurowska  
Stowarzyszenie MONAR

*Markowi i nam wszystkim...*

### System pomocy osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem

Stowarzyszenie MONAR jest to obecnie profesjonalny, nowoczesny, wieloaspektowy system przeciwdziałania narkomanii – od profilaktyki uniwersalnej, poprzez programy pierwszego kontaktu (uliczne, środowiskowe), specjalistyczne poradnictwo, terapię i rehabilitację, aż do rehabilitacji społecznej i zawodowej.

Aktualnie MONAR prowadzi 6 punktów konsultacyjnych, 24 poradnie profilaktyki i terapii uzależnień (w tym 18 niepublicznych ZOZ-ów), 3 ośrodki profilaktyki i wczesnej terapii, 2 placówki detoksykacyjne, 28 stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjnych oraz 5 hosteli postrehabilitacyjnych.

Wszystkie **punkty konsultacyjne MONAR** są placówkami o długiej tradycji pomocy osobom uzależnionym. Powstały bowiem na początku lat osiemdziesiątych jako pierwsze tego typu placówki w Polsce. Oferują rzetelną informację o możliwościach leczenia, prowadzą oryginalne programy profilaktyczne w środowisku, współpracują z rodzinami i bliskimi osób z problemem narkotykowym, z zakładami karnymi i ośrodkami wychowawczymi. Wszystkie punkty konsultacyjne charakteryzują się wysokim standardem dostępności oraz wysokimi kompetencjami w zakresie kierowania klientów do określonego typu programów terapeutycznych.

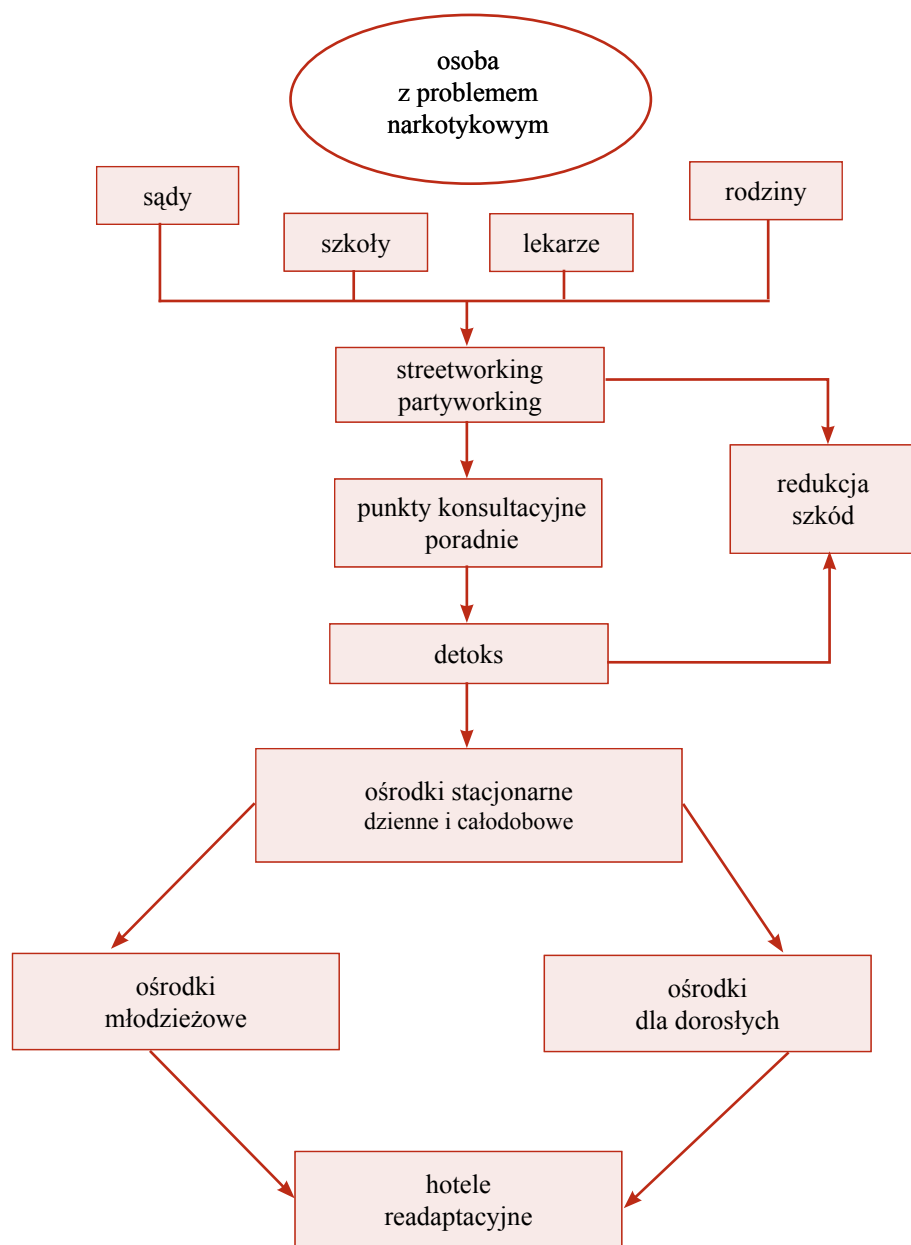
**Poradnie profilaktyki i terapii uzależnień MONAR** to profesjonalne placówki o bogatej ofercie świadczeń zdrowotnych, wysokim standardzie dostępności oraz doświadczonej i kompetentnej kadrze specjalistów. Każda poradnia oferuje osobom uzależnionym i zagrożonym

uzależnieniem pełną diagnostykę medyczno-psychologiczną, możliwość wykonania testów narkotykowych, poradnictwo indywidualne i grupowe, terapię indywidualną i grupową oraz szeroki wachlarz pomocy rodzinom i bliskim osób z problemem narkotykowym (od szkoły dla rodziców po terapię rodzin). W poradniach MONAR można uzyskać zarówno skierowanie na detoksykację, jak i wsparcie podczas procesu detoksykacji, można skorzystać z zajęć psychoedukacyjnych prowadzonych dla różnych grup wiekowych, z treningów i warsztatów rozwojowych i integracyjnych, a także z konsultacji w zakresie prawa, pomocy społecznej oraz zdrowia fizycznego. Poradnie oferują też pomoc z zakresu redukcji szkód – wymianę igieł i strzykawek, edukację w zakresie chorób współwystępujących oraz bezpiecznego używania środków odurzających. Wiele poradni prowadzi terapię uliczną oraz programy w miejscach spotkań młodzieży.

Punkty konsultacyjne i poradnie MONAR udzielają przeciętnie około 120 tysięcy porad rocznie.

Stowarzyszenie prowadzi **oddział detoksykacyjny** dla osób uzależnionych od narkotyków (w Krakowie) i oddział dla osób uzależnionych od alkoholu (w Warszawie).

**Ośrodki rehabilitacyjne MONAR** oferują stacjonarne programy terapeutyczne. Każdy ośrodek ma swój program autorski, opierający się jednak na ogólnie przyjętej w MONARZE metodzie społeczności terapeutycznej. Programy dostosowane są do wieku osób potrzebujących pomocy (są ośrodki dla dzieci i młodzieży do lat 19, ośrodki dla młodzieży starszej w wieku 19-25 lat i dla osób dorosłych). Terapia w ośrodkach trwa od pół

**Schemat 1. Monarowski system pomocy osobom z problemem narkotykowym**

roku (w przypadku programów krótkoterminowych) do półtora, a czasem nawet dwóch lat (w programach średnio- i długoterminowych). Pobyt w ośrodkach jest dobrowolny, ale przyjmowane są także osoby z nakazem sądowym lub osoby odbywające karę pozbawienia wolności, w stosunku do których sąd orzekł zmianę kary pozbawienia wolności na pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym. W ośrodkach Stowarzyszenia MONAR mogą też uzyskać pomoc osoby uzależnione, które mają za sobą wielokrotne, nieudane próby leczenia w ośrodkach sta-

cjonarnych (krakowski dom GWAN). Wszystkie ośrodki stacjonarne oferują również wszechstronną pomoc rodzinom i partnerom osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem. W niektórych ośrodkach, zwłaszcza tych dla nieletnich, uczestniczenie bliskich w terapii jest obowiązkowe.

Placówkami realizującymi zadania z zakresu **postrehabilitacji** (głównie programy readaptacji społecznej i zawodowej) są programy hotelowe, które nie tylko zabezpieczają bytowo absolwentów terapii ambulatoryjnej lub stacjonarnej odbytej w placówkach MONAR, ale także oferują programy wspierające i rozwojowe, np. treningi radzenia sobie ze stresem, trening zapobiegania nawrotom, warsztaty przedsiębiorczości czy negocjacji. Ważnym elementem programów postrehabilitacyjnych są rozmaite kursy zawodowe.

Stowarzyszenie MONAR jest jedyną organizacją pozarządową w Polsce prowadzącą działania z zakresu **redukcji szkód**. MONAR prowadzi programy niskoprogowe dla osób aktywnie

używających narkotyków, ukierunkowane na poprawę ich sytuacji zdrowotnej i socjalnej oraz programy redukcji szkód spowodowanych używaniem narkotyków, których celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa HIV, HCV i innych chorób zakaźnych, oraz kryminalizacji. Stowarzyszenie MONAR oferuje przede wszystkim poradnictwo prozdrowotne, edukację i informację oraz wymianę igieł i strzykawek.

W ramach programów redukcji szkód prowadzone są „światlice” dla aktywnych narkomanów, ośrodki

wczesnej rehabilitacji oraz program readaptacyjny dla osób przyjmujących metadon.

## Metoda społeczności terapeutycznej

System profesjonalnej pomocy osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem MONAR przedstawiony powyżej, ze względu na przyjęte w nim założenia filozoficzne i teoretyczne oraz na różnorodność form oddziaływań pomocowych, a także ze względu na dostosowanie tych oddziaływań do szerokiego kręgu odbiorców, stanowi sam w sobie przykład dobrej praktyki. Dowodem są efekty mierzone liczbą osób trwale zaleczonych oraz wykorzystanie metody MONARU w tworzeniu systemu oddziaływań pomocowych w stosunku do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

Wśród wielu rozpropagowanych przez MONAR metod terapii i rehabilitacji osób uzależnionych na szczególną uwagę zasługuje model pomocy stacjonarnej oparty na **metodzie społeczności terapeutycznej**.

Ze względu na specyfikę uzależnienia, trudności w jednoznacznym określeniu obrazu „wyzdrowienia”, konieczność zastosowania różnorodnych procedur medycznych i terapeutycznych, rehabilitacja osoby uzależnionej wymaga starannie dobranych warunków zewnętrznych. Dobre rezultaty osiągane przez społeczności terapeutyczne, „namacalne” dowody, że narkomana można przywrócić do życia, obserwowane przez lata, ugruntowały przekonanie, że społeczność terapeutyczna jest jedną z najbardziej skutecznych metod leczenia uzależnień.

Metoda społeczności terapeutycznej, choć ma już swoje stałe miejsce w systemie pomocy osobom uzależnionym, nadal budzi tyleż samo zachwytu, co wątpliwości. Za największą zaletę tej metody uznać można fakt, że jest ona pewnego rodzaju społeczno-psychologicznym leczeniem środowiskowym, które posługuje się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy. Określone ramy strukturalne i organizacyjne, a także filozofia i atmosfera panująca w społecznościach wykorzystywane są dla celów terapeutycznych. Grupa społeczna, w której przebywają osoby uzależnione daje wszystkim jej członkom jednakowe możliwości modyfikowania, normalizowania i zmiany wadliwych postaw i zachowań, rozwiązywania indywidualnych i grupowych problemów. Ważną zaletą społeczności

terapeutycznej jest również fakt jej realności – konkretne, realne sytuacje życiowe, w których człowiek uczestniczy i które przeżywa, są sytuacjami mogącymi dostarczyć mu znaczących doświadczeń i służyć społecznemu uczeniu się.

Społeczność terapeutyczna jako swoisty mikrokosmos społeczny, „małe społeczeństwo”, w którym istnieje podział ról i zadań, stanowiska i szczeble kariery, prawa, obowiązki i przywileje, organa władzy wykonawczej i ustawodawczej, parlament i obywatele, stwarza niepowtarzalną okazję do pojawienia się różnorodnych interakcji społecznych, uczenia się i doświadczania uczuć społecznych i społecznej odpowiedzialności. Każdy członek społeczności ma możliwość swobodnego wyrażania i wzajemnej wymiany autentycznych uczuć, spostrzeżeń i myśli. Niewątpliwą zaletą społeczności jest stworzenie optymalnych możliwości społecznego uczenia się, to znaczy dostarczania członkom społeczności takich doświadczeń, dzięki którym mogą oni nabywać nowych sposobów zachowań niezbędnych w przyszłych, rzeczywistych sytuacjach życiowych. Chodzi tu nie tylko o to, aby człowiek odzyskał to, co utracił biorąc narkotyki, lecz o uczenie się umiejętności tworzenia i utrzymywania prawidłowych stosunków z innymi ludźmi. Społeczność terapeutyczna umożliwia zdobycie umiejętności radzenia sobie z własnymi trudnościami, uzyskania wglądu w naturę tych trudności, uzyskania większej niezależności i poczucia odpowiedzialności za siebie oraz szansę mobilizacji inicjatywy i energii do dalszego osobistego rozwoju.

Niewątpliwym walorem społeczności terapeutycznych jest możliwość odwoływania się w pracy z pacjentem do jego autentycznych doświadczeń i przeżyć, których na dodatek możemy być uczestnikami i świadkami jednocześnie. Można by powiedzieć, że w społecznościach terapeutycznych wszystko jest terapią – nawet proste czynności codzienne są dla członków społeczności prawdziwą kopalnią wiedzy na własny temat, a ilość i jakość kontaktów interpersonalnych jest najlepszą szkołą społecznego przystosowania.

Realizacji podejmowanych przez członków społeczności celów indywidualnych i grupowych sprzyjają specyficzne warunki zewnętrzne, to jest struktura i sposób funkcjonowania ośrodków.

Monarowskie społeczności terapeutyczne mają najczęściej swoje siedziby w dworach lub gospodarstwach położonych z dala od aglomeracji miejskich. W obrębie

miast mają swoje domy jedynie społeczności dziecięco-młodzieżowe ze względu na konieczność uczęszczania członków społeczności do szkół. Społeczność ośrodka stanowi jednorazowo grupa od 20 do 70 osób. Wszystkie społeczności prowadzone są przez zespoły terapeutyczne złożone najczęściej z profesjonalistów – specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz lekarzy, psychologów i pracowników socjalnych. W ośrodkach MONAR 40% kadry stanowią osoby, które były uzależnione i pozytywnie zakończyły terapię. Członkowie kadry terapeutycznej zobowiązani są do systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i posiadania certyfikatów upoważniających do pracy z osobami uzależnionymi. W każdym ośrodku zatrudniony jest lekarz psychiatra, a w niektórych także lekarz ogólny. Ośrodki MONAR zatrudniają skromny personel administracyjno-techniczny. Większość zadań z tego zakresu wykonywana jest przez członków społeczności. W ośrodkach funkcjonuje liderek model prowadzenia ośrodka, gdzie lider stoi na czele zespołu terapeutycznego i jest wyraźnym przewodnikiem dla członków społeczności.

We wszystkich ośrodkach podstawową formą aktywności członków społeczności (pacjentów) jest praca (codzienne czynności gospodarskie, remontowe, konserwatorskie, ogrodowe, hodowlane itp. pozwalające utrzymać dom w sprawności i wygodzie) oraz nauka i zabawa. Oprócz tego każdy członek społeczności zobowiązany jest do uczestnictwa w terapii (indywidualnej i grupowej), spotkaniach społeczności oraz aktywnych metodach spędzania wolnego czasu. Zarówno codzienną pracę, jak i postępowanie terapeutyczne regulują pewne naczelną zasady, wewnętrzny regulamin ośrodka, rozkład dnia, także kodeks etyczny obowiązujący wszystkich bez wyjątku członków społeczności.

W społeczności terapeutycznej obowiązuje 6 podstawowych zasad, takich jak:

1. absolutnej abstynencji od jakichkolwiek środków psychoaktywnych i farmakologicznych (z wyjątkiem zalecanych przez lekarza na skutek choroby somatycznej),
2. niestosowania przemocy wobec innych,
3. podporządkowania się społeczności,
4. aktywnego udziału w życiu domu,
5. otwartości i ograniczonego zaufania,
6. abstynencji seksualnej.

Z reguły zasady te ujęte są w formę pisemną i umieszczone w widocznym miejscu.

Proces terapeutyczny (pobyt w ośrodku) podzielony jest zazwyczaj na etapy, co ułatwia członkom społeczności sprawowanie kontroli nad przebiegiem i efektami własnej terapii. W większości ośrodków stosowany jest klasyczny podział terapii na trzy podstawowe etapy: nowicjatu, domownika i rezydenta (lub mieszkańca, lub „monarowca”). Na przykład w programach długoterminowych etap nowicjatu trwa od 3 do 6 miesięcy, etap domownika od 7 do 9 miesięcy i etap mieszkańca około 9 miesięcy. Każdemu etapowi przypisane są specjalne zadania, obowiązki i przywileje. Społeczność każdorazowo decyduje o zmianie etapu w terapii. W większości społeczności terapeutycznych wszystkie funkcje w ośrodku pełnione są przez członków społeczności. Wybierana w demokratycznych wyborach rada (lub zarząd) domu decyduje o całokształcie funkcjonowania ośrodka.

Cechą charakterystyczną społeczności terapeutycznych jest dbałość o rozwój osobisty poszczególnych członków społeczności. Stąd w ośrodkach prowadzi się wiele różnorodnych zajęć twórczych, artystycznych czy sportowych, takich jak muzyka, teatr, taniec, wschodnie sztuki walki, malarstwo, sztuka użytkowa, a także zajęcia językowe, komputerowe, edukacyjne o różnorodnej tematyce oraz grupy sportowe (aerobik, kulturystyka, gry zespołowe) czy grupy sportów ekstremalnych – od wspinaczki wysokogórskiej po spadochroniarstwo. Niektóre z tych zajęć traktowane są jako obowiązkowe. Społeczności terapeutyczne co najmniej dwa razy w roku odbywają obóz rekreacyjno-terapeutyczny. Z reguły są to obozy kajakowe, rowerowe lub wędrownie.

Specyfiką monarowskich społeczności jest także dbałość o kształtowanie przyzwyczajenia do tradycji i budowanie poczucia przynależności społecznej i kulturowej. Służą temu przeróżne ceremonie ośrodkowe. W społecznościach prowadzi się zazwyczaj kronikę historii ośrodka, na którą składa się tzw. album rodzinny (czyli fotografie wszystkich, którzy byli członkami społeczności), istnieją specjalne „obrzędy” związane ze zmianą etapu leczenia, zakończeniem terapii czy rocznicą powstania ośrodka. Rocznicę organizowane raz w roku mają charakter zjazdu absolwentów. Świętuje się razem Boże Narodzenie, Wielkanoc, Dzień Zmarłych, urodziny i ważne wydarzenia życiowe (np. ukończenie szkoły, zdanie do następnej klasy, otrzymanie pracy itp.).



Społeczność spotyka się na spotkaniach porannych i wieczornych, nazywanych rytualnymi, na spotkaniach interwencyjnych (zwoływanych na dzwon w sytuacjach trudnych, kryzysowych), spotkaniach terapeutycznych (odbywających się regularnie raz lub dwa razy w tygodniu oraz na tzw. spotkaniach organizacyjnych (ustalających sprawy dotyczące bieżącej sytuacji poszczególnych członków społeczności lub społeczności jako całości) i spotkaniach uroczystych (z okazji świąt, urodzin itp.). Na spotkaniach społeczności decyduje się o wszystkim, co dzieje się w ośrodku, ustanawia zasady współżycia w grupie, dyktuje warunki pobytu i ocenia postępy w terapii.

## Czynniki lecznicze

O wyjątkowej sile oddziaływania społeczności terapeutycznej na osoby uzależnione świadczy ilość i jakość czynników leczniczych w niej występujących. Tym, co w społecznościach MONARU leczy najbardziej, jest:

- wpajanie nadziei – czyli świadomie podtrzymywana przez grupę i terapeutów wiara w poprawę osobistej sytuacji, rozwiązanie istniejących problemów i lepszą przyszłość. Większość osób rozpoczynających proces rehabilitacji nie wierzy w zmianę, świat spostrzega jako wrogi, swoje życiowe szanse ocenia bardzo negatywnie, a przede wszystkim nie ma poczucia wpływu na swój własny los. W monarowskich społecznościach terapeutycznych dużą wagę przywiązuje się do odbudowy utraconych nadziei, proponując wiele zadań i ról oraz zachęcając do gromadzenia sukcesów osiągniętych w tym minispołeczeństwie, jakim jest ośrodek. Ten czynnik leczniczy wynika bezpośrednio z filozofii MONARU – „nikt nie jest stracony na zawsze”,
- samopomoc – czyli maksymalne zaangażowanie członków społeczności nie tylko w prowadzenie wspólnego gospodarstwa, ale także we wzajemną pomoc. Większość osób uzależnionych uważa, że nie zasługuje na pozytywne uczucia innych, że nie jest dla innych wartością. Pomagając innym, osoby uzależnione mają okazję wzmocnić poczucie własnej wartości, odkryć, że można być dla kogoś ważnym i komuś potrzebnym. Społeczności przywiązują ogromną wagę do wzajemnej pomocy. Odpowiedzialna troska i pomoc jest jednym z elementów niepisanej filozofii MONARU,
- socjalizacja – czyli nabywanie nowych, efektywnych zachowań społecznych przyczyniających się bezpośrednio do sprawniejszego, bezpieczniejszego funkcjonowania społecznego poza ośrodkiem poprzez pozostawanie pełnowartościowym członkiem społeczności terapeutycznej, pozbycie się etykiety „ćpuna”, pełnienie ważnych ról społecznych w grupie i realizację ważnych społecznie zadań wyznaczanych przez społeczność,
- uniwersalność problemów – czyli świadome odkrywanie i wzmacnianie poczucia podobieństwa do innych członków grupy poprzez fakt doświadczania wspólnoty problemów, lęków, trudności i niepowodzeń. Odkrycie, że inni członkowie grupy mają podobne problemy czy podobnie czują daje poczucie bezpieczeństwa i przynależności, które umożliwia i zachęca do ujawniania samego siebie i pracy nad sobą. Leczącym czynnikiem jest codzienna dbałość o rozumienie egzystencjalnych prawd, przekonywanie do pokory wobec własnych ograniczeń i słabości,
- interpersonalne relacje i więzi – czyli mobilizowanie i wspieranie przez terapeutów i innych członków społeczności udzielania i przyjmowania informacji zwrotnych, aktywnej współpracy z innymi, wyrażania uczuć, konstruktywnej pracy nad swoimi negatywnymi emocjami i agresją. Taka postawa podczas procesu rehabilitacji pozwala pacjentowi zdać sobie sprawę z wpływu swojego zachowania na postawy i uczucia innych. Satysfakcjonujące relacje interpersonalne warunkują osłabienie lęku społecznego, a tym samym podwyższenie samooceny, zdolność osiągania wglądu, zwiększanie autonomii i skuteczności własnych działań. Występowanie tego czynnika leczniczego umacnia traktowanie ośrodków jako domów, a społeczności terapeutycznej jako substytutu rodziny. Rodziny, w której nie ma niechcianych dzieci, która zapewnia miłość i wsparcie wszystkim swoim członkom, ale która także stawia wymagania, określa granice i żąda współodpowiedzialności za dobro całej rodziny. Przez 30 lat budowania koncepcji społeczności terapeutycznej jako metody MONAR wypracował wśród osób uzależnionych przekonanie, że MONAR to coś więcej niż instytucja, że MONAR to silne rodzinne więzi. Wielu absolwentów ośrodków rehabilitacyjnych zapytanych o MONAR, odpowiada – „...to mój drugi dom...”.

Skuteczność metody społeczności terapeutycznej zależy, tak jak powiedziano wyżej, od świadomego wprowadzenia czynników leczniczych. W systemie MONAR dają się one łatwo zidentyfikować. Pojawia się jednak niezbyt optymistyczna refleksja, czy to, co ma działanie leczące, uda się uchronić w gąszczu administracyjno-organizacyjnych przepisów, jakim obecnie metoda ta podlega.

## Programy terapeutyczne

W ośrodkach rehabilitacyjnych MONAR realizowane są trzy typy programów terapeutycznych:

- krótkoterminowe – trwające do 6 miesięcy,
- średnioterminowe – trwające do 12 miesięcy,
- długoterminowe – trwające od 12 do 24 miesięcy.

Czas trwania poszczególnych programów zależy od specyfiki klientów i zawartości merytorycznej programu. Programy krótko i średnioterminowe stosowane są głównie w odniesieniu do młodzieży, osób używających narkotyków (nie uzależnionych), bez współwystępujących zaburzeń psychicznych. Programy długoterminowe stosowane są wobec osób dorosłych z długoletnim stażem przyjmowania substancji psychoaktywnych. Monarowskie społeczności terapeutyczne dysponują miejscami dla ogółem 1100 osób. W 14 ośrodkach w społeczności terapeutycznej leczą się osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi. Włączone są do normalnego programu społeczności, ponieważ we wszystkich ośrodkach MONARU obowiązuje kompleksowy, integracyjny model pracy z osobami z problemem

narkotykowym. W społecznościach terapeutycznych MONARU przebywają też osoby z nakazów sądowych lub takie, którym sąd zamienił karę pozbawienia wolności na terapię w ośrodku (około 20% podopiecznych). W pięciu ośrodkach funkcjonują programy postrehabilitacyjne, a w jednym (krakowski GWAN) program dla pacjentów z nawrotami uzależnienia.

Do ośrodków stacjonarnych wymagane jest skierowanie z poradni specjalistycznych, od lekarza rodzinnego lub sądu. Pobyt w społeczności terapeutycznej poprzedzony jest w razie potrzeby detoksykacją szpitalną. Procedury przyjęcia do stacjonarnej placówki obejmują diagnozę lekarską (w tym psychiatryczną) i psychologiczną oraz testy na obecność substancji psychoaktywnych. Ustalane są także przy przyjęciu do ośrodka potrzeby osoby uzależnionej w zakresie innych świadczeń medycznych (w związku np. z epilepsją, HCV itp.). Na poszczególnych etapach pobytu w społeczności terapeutycznej realizowane są określone świadczenia – codzienne i okresowe, dostosowane do stanu zdrowia pacjenta, jego możliwości, możliwości placówki i personelu. W ramach świadczeń codziennych prowadzone są: terapia indywidualna, psychoterapia grupowa (w tym spotkania społeczności oraz grupy terapeutyczne, nazywane etapowymi), psychoterapia w formie zabawy, interwencje kryzysowe, działania pielęgnacyjne, inne formy terapii, takie jak terapia motywacyjna, podtrzymująca itp. W ramach świadczeń okresowych realizowane są: badania okresowe, badania psychologiczne, ewaluacja postępów leczenia, obozy rehabilitacyjne.

## Założenia filozoficzne MONARU

- Człowiek zasługuje na pomoc nie dlatego, że jest słaby, ułomny, uzależniony czy bezdomny, ale dlatego, że jest człowiekiem.
- Każdy człowiek ma szansę się podnieść, odrodzić, zmienić.
- Nie ma ludzi straconych na zawsze.
- Człowieczeństwo jest najwyższym wymiarem profesjonalizmu.
- Narkomania jest chorobą duszy i ciała, narkotyk paradoksalnym schronem.
- Pomoc bliźniemu to przejaw wrażliwości moralnej i warunek odzyskiwania człowieczeństwa – stąd słynne hasło Marka Kotańskiego „daj siebie innym”.
- Umiłowanie bliźniego jest autentycznym i niepodważalnym źródłem wiary i nadziei.

*Artykuł stanowi przedruk fragmentów publikacji: Koczurowska J., Monar pomaga 1978–2008, Stowarzyszenie Monar, Warszawa 2008. Tytuł i śródtytuły pochodzą od Redakcji.*

# LECZENIE METADONOWE W POLSCE

## POCZĄTKI PROGRAMU SUBSTYTUCYJNEGO W POLSCE

*Marek Beniowski*

*dr n. med., członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS*

Pierwsze przypadki używania opioidów w Polsce to lata 60. ubiegłego wieku. Dotyczyły one często pracowników medycznych, a używanym środkiem była morfina. Wiele osób stosowało także eter, który był tańszym środkiem. Wraz z rozwojem epoki hipisowskiej nadszedł czas na rozwój używania środków odurzających. Zażywanie ich wiązało się z modą na przeżywanie stanów zmienionej świadomości przez dzieci-kwiaty. Wśród tych środków była marihuana, przyjmowana doustnie kodeina, benzodwazepiny, barbiturany oraz płyn „Tri” (trichloroeten) do waczenia.

Na początku lat 70. dwaj uczniowie technikum chemicznego w Gdańsku opracowali metodę otrzymywania heroiny domowym sposobem. Tak zwany kompot stał się najpowszechniej używanym opioidem. Narkoman zaczął być niechętnie widziany w społeczeństwie, był brudny i śmierdzący, słał się na nogach, a niebezpieczeństwo zakażenia wirusem HIV kazało obchodzić go z daleka.

Osoby uzależnione od heroiny systematycznie zwiększają ilość wstrzykiwanego narkotyku. Jest to związane z tzw. tolerancją, czyli koniecznością przyjmowania coraz większych dawek heroiny. W efekcie pacjent trafia na oddział detoksykacyjny, gdyż w przeciwnym razie grozi mu przedawkowanie narkotyku. W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, oprócz punktów konsultacyjnych, poradni profilaktyki i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i nielicznych oddziałów dziennych, najbardziej rozwinięty i najbogatszy w doświadczenia jest system opieki stacjonarnej – krótko- i długoterminowej. Stacjonarna rehabilitacja prowadzona jest przez ośrodki rehabilitacyjne lub rehabilitacyjno-readaptacyjne, pozostające w gestii publicznej służby zdrowia, oraz organizacje pozarządowe (m.in. Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Towarzystwo „Powrót z U”, Stowarzyszenie „Karan”, Stowarzyszenie „Familia”, Stowarzyszenie Katolickie „Betania”).

Najstarszą jednostką terapii uzależnień w Polsce (działającą od 1978 roku) jest Stowarzyszenie MONAR. Mimo różnic strukturalnych, formalnych czy filozoficznych niemal wszystkie istniejące placówki i ośrodki stacjonarnej pomocy jako główne narzędzie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do osób uzależnionych przyjęły, bardziej lub mniej świadomie, metodę społeczności terapeutycznej.

Szacuje się, że w powyższych ośrodkach leczy się ok. 2400 osób. Skuteczność tych placówek (rozumiana jako tzw. zalecenie) waha się od 5% do 15%, czyli liczba osób wychodzących z uzależnienia mieści się w przedziale 120–360. Wszystkim innym grozi odrzucenie przez rodzinę, brak oparcia w kimkolwiek, bezdomność, brak stałych środków utrzymania, a także problemy zdrowotne. Wielu zakazi się wirusem HIV, HBV czy HCV. Grozi im także zakażenie kiłą, prątkiem gruźlicy, toksoplazmozą, narażeni są na toksyczne działanie różnych substancji zawartych w „kompocie” (związki amonowe, rozpuszczalniki organiczne), rozwój zakrzepowo-zatorowego zapalenia żył, powikłanie zatorowe w układzie tętniczym, zakażenie w miejscu podania narkotyku, śmiertelne przedawkowanie i ogólne wyniszczenie skrajnie niehigienicznym trybem życia.

Programy terapeutyczne były przez długie lata jedyną propozycją wyjścia z uzależnienia. Ponieważ mają one jednak niezwykle ograniczoną skuteczność, powstała koncepcja stworzenia innego typu programu leczenia uzależnień. Pracownicy Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie zastosowali lek o nazwie metadon. Koncepcja terapii metadonem wywodzi się z Nowego Jorku. Ma ona swój początek w pracach trzech psychiatrów: dr. Vincenta Dole’a, dr. Marie Nyswander i Mary Jeanne Kreek. Poszukiwali oni środka, który mógłby zastąpić heroinę. Ich wybór padł właśnie na metadon, który charakteryzuje się dobrym wchłanianiem z przewodu pokarmowego, znacznie dłuższym od heroiny i morfiny okresem



półtrwania oraz zdecydowanie wolniejszym rozwojem tolerancji. Po raz pierwszy środek ten został opisany w 1941 roku przez Niemców, Bockmulla i Ehrharta. Metadon może być podawany jeden raz dziennie, zarówno w postaci tabletek, jak i syropu, a sugerowana dzienna dawka to 80-150 mg.

Do 2004 roku w programach metadonowych w Stanach Zjednoczonych uczestniczyło 225 tys. osób, retencja przez okres przynajmniej jednego roku wynosi 50-80%, przy czym heroinę stale przyjmuje nielegalnie od 5% do 20% pacjentów. Wykazano, że metadon nie daje objawów odstawienia i głodu narkotycznego, blokuje euforyczne efekty krótko działających opiatów, ułatwia normalizację zaburzonej fizjologii uzależnienia.

Program metadonowy w IPiN w Warszawie, kierowany przez dr Godwood-Sikorską, umożliwił przyjęcie pierwszej grupy ok. 40 chorych i miał zakończyć się stopniową detoksykacją, jednak sprzeciwili się temu chorzy i ich rodziny, co zaowocowało jego kontynuacją. W tym czasie trwała dyskusja nad dalszym prowadzeniem programu, co było związane z negatywnym nastawieniem do osób uzależnionych od narkotyków, w tym zakażonych HIV. Personel medyczny nie chciał wydawać narkomanom leków uzależniających, nie było też wsparcia ze strony społeczności lokalnych i brak było regulacji prawnych dotyczących stosowania metadonu. Taki stan wynikał z utrzymującego się przeświadczenia, że jedynym właściwym sposobem prowadzenia terapii

uzależnień jest pobyt w zamkniętym ośrodku, nastawiony na osiągnięcie pełnej abstynencji. Przez kilka lat nie zauważano obecnej w wielu krajach koncepcji redukcji szkód, metody popierającej wszelkie działania, których celem jest minimalizacja rozmaitych szkód i zagrożeń związanych z życiem osób uzależnionych we współczesnym społeczeństwie.

Po zainicjowaniu kolejnych dwóch programów w Warszawie, utworzono program metadonowy w Starachowicach (dla osób niezakażonych wirusem HIV). W 1995 roku ruszył nowy program metadonowy w Chorzowie. Stało się to dzięki uzyskaniu grantu z The Lindesmith Center w Nowym Jorku na zorganizowanie w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie 50 miejsc dla osób żyjących z wirusem HIV. Lokalne władze przeprowadziły remont części szpitala i w 1998 roku program ruszył.

Następne programy metadonowe powstały w Zgorzelcu, Szczecinie (1998), Lublinie (1999), Krakowie (2000), Poznaniu (2001), Łodzi (2005) i we Wrocławiu (2007). Kolejne dwa w Warszawie i jeden na pododziale w Siedlcach. Leczenie metadonem odbywa się również w siedmiu zakładach penitencjarnych.

Krajowe dane dotyczące liczby osób uzależnionych od heroiny (od 25 do 29 tys.) pokazują, że aktualna liczba programów metadonowych jest zbyt mała, aby mogła zaspokoić ich potrzeby. Powinno to dać do myślenia decydentom, zwłaszcza że skuteczność programów *drug free* jest niewielka.

## MAPA PROGRAMÓW METADONOWYCH W POLSCE

*Grzegorz Wodowski*

*Poradnia MONAR w Krakowie*

Zmiana zapisu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, umożliwiającą niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej tworzenie programów substytucyjnych, dała nadzieję na znaczne zwiększenie dostępu do leczenia substytucyjnego. W odpowiedzi na te zmiany w Warszawie powstały dwa programy realizowane przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Tam też, mimo wcześniej istniejących trzech programów substytucyjnych, były największe potrzeby. Obecnie stołeczne programy dysponują ponad 600 miejscami i, aby dostać się na leczenie, uzależnieni nie czekają już miesiącami. Ustawa zmieniła się trzy lata temu, ale

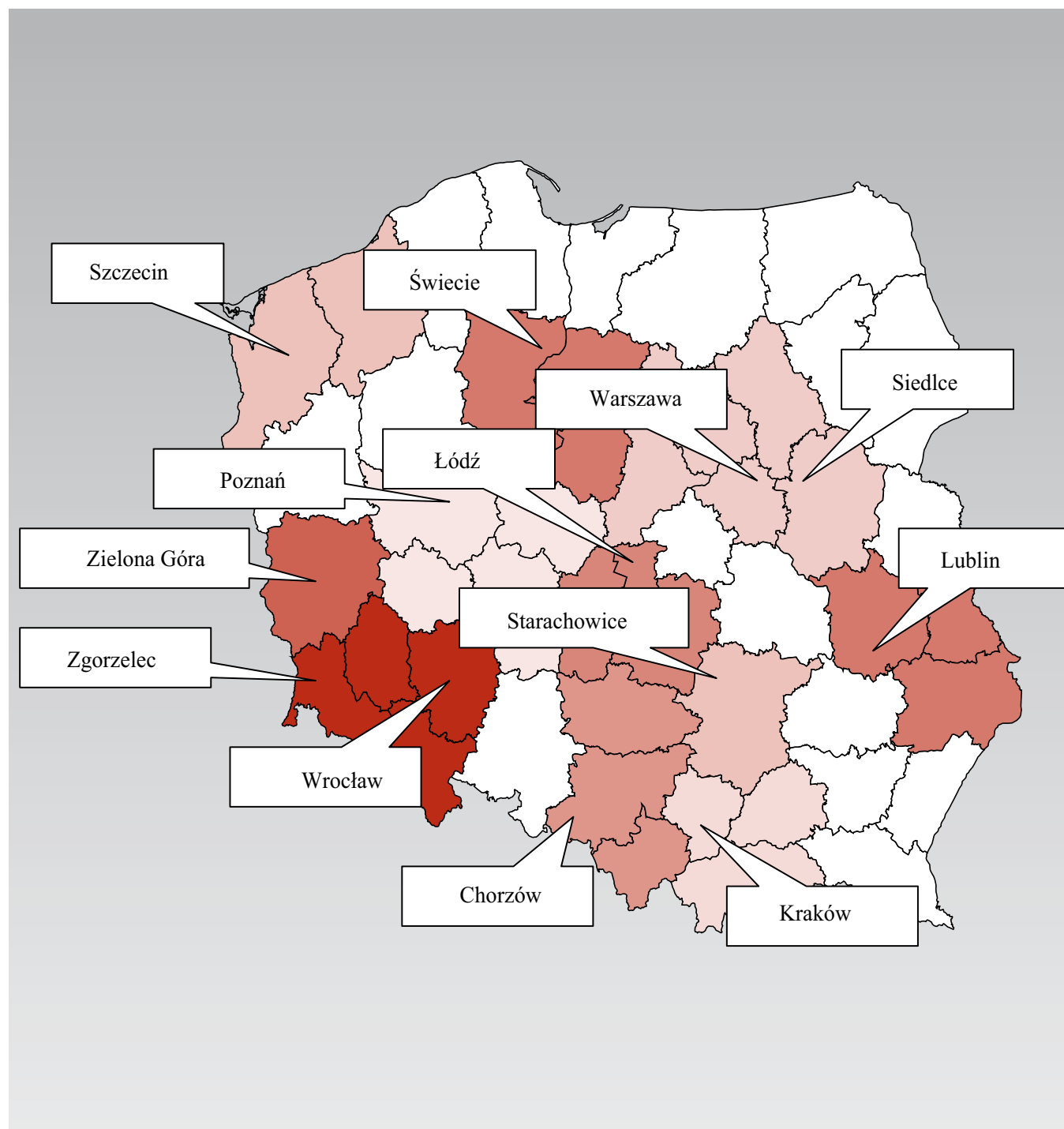
oprócz warszawskiej „Eleuterii” i „Małego Rycerza”, nie powstał żaden inny program realizowany przez niepubliczny ZOZ. Nikt inny nawet nie próbował. Dostęp do leczenia substytucyjnego w krajach Unii Europejskiej jest na ogólnym poziomie ok. 40%, co oznacza, że więcej niż co trzeci uzależniony od heroiny jest objęty tą formą terapii. Leczeni substytucyjnie to dzisiaj w Polsce 1400 osób. Liczbę uzależnionych od opiatów szacuje się w naszym kraju na 25-30 tys. osób, więc tylko ok. 4-5% uzależnionych ma szansę na to leczenie. Co stoi na przeszkodzie, aby leczenie substytucyjne mogło się rozwijać i dopasowywać do

zmieniających się warunków, potrzeb i oczekiwań osób uzależnionych od opiatów? Czy nie ma zapotrzebowania na leczenie substytucyjne? Jest. Nadal istnieją całe obszary, duże miasta, gdzie zupełnie brakuje dostępu do kuracji podtrzymującej. Trójmiasto, Rzeszów, cała północno-wschodnia Polska nie wie, co to leczenie substytucyjne. Na Górnym Śląsku od lat działa tylko jeden program (obejmujący

leczeniem 140 osób), mimo że aglomeracja Śląska stanowi jedno z liczniejszych środowisk osób używających opiatów.

W Polsce istnieje bardzo duże zróżnicowanie terytorialne, jeśli chodzi o liczbę uzależnionych od opiatów, w tym także w ujęciu jakościowym. Są obszary, gdzie użytkowników opiatów jest niewiele, i miasta, gdzie trend używania heroiny jest bardzo dynamiczny

**Kartogram 1. Dostępność leczenia substytucyjnego w Polsce (adresy w tabeli na stronie 52)**



(Warszawa, Wrocław). W związku z niewielką liczbą ośrodków proponujących leczenie substytucyjne (16 programów), wiele z nich siłą rzeczy obejmuje zasięgiem dość duże obszary kraju. Dla pacjentów oznacza to nieustanne podróże. Ekstremalnym przypadkiem jest program substytucyjny prowadzony w Świeciu nad Wisłą – żaden z pacjentów programu nie mieszka w Świeciu, przeważają osoby z Torunia i Bydgoszczy (ok. 40 km), a także z... Trójmiasta (150 km). W programie lubelskim mieszkańcy Lublina stanowią tylko ok. 15% leczonych, reszta przyjeżdża w większości z Puław, a nawet z Sanoka i Baligrodu. Na 60 osób leczonych w Zgorzelcu, tylko 15 zamieszkuje w tym mieście, pozostali dojeżdżają po kilkadziesiąt kilometrów (z Jeleniej Góry, Szklarskiej Poręby, a nawet spoza województwa dolnośląskiego).

Mimo że w Warszawie i w Krakowie gros pacjentów stanowią osoby zamieszkujące w tych miastach, to w dużej mierze dzieje się to za sprawą „migracji za metadonem”. W Krakowie zamieszkowi pacjenci programu substytucyjnego w Szpitalu Rydygiera korzystają z noclegowni i hosteli, by mieć dostęp do leczenia metadonem.

W efekcie nierównomiernego dostępu do leczenia substytucyjnego, wielu uzależnionych spełniających kryteria wymagane przez rozporządzenie Ministra Zdrowia nie ma szans na leczenie blisko miejsca zamieszkania. Ci, którym starcza determinacji, aby podróżować po kilkadziesiąt kilometrów codziennie lub co kilka dni, muszą swoje życie bezwzględnie podporządkować leczeniu.

Czy Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce kontraktować programów substytucyjnych? Wiele wskazuje na to, że chce. W ostatnim czasie część programów substytucyjnych przyjmuje więcej pacjentów, niż ma zakontraktowanych miejsc. Przekroczenia liczby pacjentów w programach prowadzonych przez Stowarzyszenie „Eleuteria” czy Instytut Psychiatrii i Neurologii idą w dziesiątki. Realizatorzy nie mają wątpliwości, że Fundusz uregułuje te „nadwyżki” świadczeń.

Niektóre programy, jak np. lubelski, przyjmują pacjentów bez względu na to, czy są ubezpieczeni, czy też nie. Jak się okazuje finansowanie świadczeń dla nieubezpieczonych nie jest problemem. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podejmuje wysiłki, by propagować leczenie substytucyjne wśród

urzędników NFZ. Już w 2009 roku wiele kontraktów będzie zwiększonych. Należy podkreślić, że żadna z inicjatyw powołująca nowy program metadonowy w ostatnich latach nie spotkała się z odmową finansowania przez NFZ.

Na ile problemem jest niechęć do leczenia substytucyjnego ze strony tzw. środowiska? Wydaje się, że jest to duży problem. Programy substytucyjne stanowią nadal kontrowersyjny model podejścia do leczenia uzależnionych. Celem terapii nie jest abstynencja, a „jedynie” stabilizacja życia osoby uzależnionej i zapobieganie eskalacji dalszych problemów zdrowotnych. Dla sporego grona terapeutów i lekarzy abstynencja, chociażby niemożliwa, jest bardziej szlachetna niż skuteczna substytucja.

Stowarzyszenie MONAR, największa w Polsce organizacja pozarządowa zajmująca się osobami uzależnionymi, statutowo odrzuca możliwość prowadzenia leczenia substytucyjnego. Wnikliwi zauważają w tym pewien paradoks: statut MONARU, dopuszczając realizację programów redukcji szkód, z wyłączeniem leczenia substytucyjnego, umożliwia tym samym prowadzenie niskoprogowych projektów, jak chociażby wymiany strzykawek, pokoiów iniekcyjnych czy testowania narkotyków. Projektów, które wprost z leczeniem wiele wspólnego nie mają.

Prawdopodobnie najpoważniejszym mankamentem polskich programów substytucyjnych jest brak ich rozgraniczenia na nisko- i wysokoprogowe. Nie wszyscy poddający się leczeniu zastępczemu są gotowi zaprzestać używania nielegalnych narkotyków (nawet jeśli przed przystąpieniem do leczenia sami tak myślą). Mieszanie grup pacjentów o zupełnie innych możliwościach, nastawieniach do terapii i siebie samych jest niekorzystne zarówno dla tych, którzy metadon traktują tylko jako pomoc w unikaniu objawów odstawienia, jak i tych, dla których terapia jest sposobem na rzeczywistą stabilizację życia. Nic w tym dziwnego, że taki stan rzeczy frustruje także personel realizujący program, ponieważ coraz trudniej uchwycić cele leczenia substytucyjnego. Pracownicy warszawskich programów już dostrzegają zjawisko wędrowek pacjentów od programu do programu: pacjent usunięty z jednego programu trafia do następnego, z którego i tak z powodu nagminnego łamania abstynencji zostanie za kilka miesięcy wyrzucony. Zróżnicowanie wymagań i dopasowanie programów



do potrzeb pacjentów przyciągnęłoby także tych uzależnionych, którzy czują się zdezorientowani. Zróznicowanie programów substytucyjnych wymagałoby jednak zmian w rozporządzeniu regulującym tę formę leczenia. Dzisiaj przewiduje ono wydawanie zaliczek najwyżej na cztery dni – nawet tym, którzy pracują i których tydzień pracy, jak dla większości z nas, składa się z pięciu dni roboczych! Na dodatek wykrycie narkotyków w moczu szybko likwiduje ten przywilej.

Przywykliśmy już do twierdzenia, że leczenie substytucyjne metadonem jest atrakcyjne i skuteczne dla uzależnionych. Okazuje się, że wielu uzależnionych

nawet nie myśli o tym, by zamienić heroinę na jej namiastkę w syropie. Są też tacy, którzy spróbowali leczenia metadonem i porzucili je, uznając, że środek ten nie spełnia ich oczekiwań – za dużo się różni od narkotyku, do którego przywykli. Prawdopodobnie decydując się na większą różnorodność substytutów, można by objąć leczeniem więcej osób i spowodować, że będzie ono skuteczniejsze. Siarczan morfiny, kodeina czy heroina to środki coraz szerzej wykorzystywane w Europie do leczenia substytucyjnego. W polskich programach zaczyna być stosowana buprenorfina. To duży krok naprzód. Uzależnieni czekają na następny.

## POŻYTKI I NIEDOSTATKI PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH

*Marta Gaszyńska, od 10 lat na metadonie*

*Przewodnicząca Stowarzyszenia Pacjentów Substytucyjnych JUMP'93*

Pierwszy program substytucyjny powstał w Polsce w 1992 roku. Był to program eksperymentalny, obliczony na sześciomiesięczną kurację. Mieli być nim objęci użytkownicy „polskiej heroiny”, czyli „kompotu”. Metadon na świecie odnosił już sukcesy, lecz czy zda egzamin na polskim gruncie? Czekałam na to panaceum ja i całe grono „starej gwardii”, bo chcieliśmy żyć na trzeźwo. Przeszłam etap kwalifikacji, wyznaczono mi termin i wreszcie czułam się, jakbym złapała Pana Boga za nogi! Przez pierwsze tygodnie byłam uskrzydłona. Jeździłam po metadon codziennie, nie przeszkadzało mi to. Mogłam spotkać się ze znajomymi, pogadać, pośmiać się, popłakać. Nadrabiałam zaległości.

Dość szybko jednak okazało się, że wszystkim nam chwil szczęścia zaczęło brakować, przestawaliśmy się cieszyć z nowego życia, zaczęły się problemy z „normalnym” życiem. Wkradł się alkohol, dla poprawy nastroju. Było go coraz więcej.

Okazało się, że nie bardzo wiemy, jak poradzić sobie z nową rzeczywistością. Skąd mogliśmy wiedzieć, czym wypełnić wolny czas, jak załatwić sprawy w urzędzie, jak walczyć o swoje życie? Wcześniej to narkotyki wypełniały nam cały czas, teraz została pustka. Pomimo terapii, fantastycznej psycholog, rozmów indywidualnych i grupowych pustka nadal była, i coraz trudniej radziliśmy sobie na trzeźwo.

Założyliśmy Stowarzyszenie „Nowa Droga” im. Zbyszka Thielego, staraliśmy się dorosnąć do niego, lecz nie byliśmy w stanie. Nie było wśród nas kogoś, kto by nam pokazał, od czego zacząć, co robić. Szybko doszło do kłótni. Problemy posypały się lawinowo, na dodatek pół roku, na które podpisaliśmy kontrakt w programie, dobiegło końca i zaczynali nas „zerować”. Zaczęło się dobieranie „kompotu”, wielu z nas było w podwójnym ciągu, metadonowo-kompotowym, część dość szybko zrezygnowała. Kierownictwo programu wywalczyło następny rok i znów zaczęto zwiększać nam dawki. Ten rok zleciał bardzo szybko. Zaczęłam dobierać. Zmarł mój wieloletni partner, ojciec mojej córki, co przyczyniło się do głębokiego ciągu. Zostałam wyrzucona z programu za trzykrotne złamanie abstynencji.

Zastanawiam się, co by było, gdybym została... Może sama bym zrezygnowała, może bym się otrząsnęła. Założenia regulaminowe są proste: łamiesz abstynencję i się żegnamy – podpisałam regulamin, który jasno określał zasady uczestnictwa w programie.

Takie były początki mojej metadonowej drogi. Teraz, po 16 latach (w tym po 10 latach w kolejnym programie), widzę, że najważniejszą rzeczą jest nabycie umiejętności radzenia sobie z nadmiarem wolnego czasu i własnymi ograniczeniami.

Gdy 10 lat temu wchodziłam w program, mieliśmy świetlicę, w której mogliśmy pod okiem terapeutów napić się herbaty czy kawy, pograć w brydża, porozmawiać – wspólne święta, imieniny, urodziny, wszyscy się znaliśmy. Gdy ktoś miał problem, szybko zostawał zauważony, gdyż razem z nami cały czas był ktoś z personelu. Kiedyś padło hasło „kursy” i następnego dnia terapeutka przyniosła wykaz instytucji, które je organizowały. Kilka osób zrobiło prawo jazdy, ukończyło kursy językowe. To, że kilka godzin dziennie spędzaliśmy razem, zbliżyło nas do siebie i do personelu, czuliśmy zainteresowanie innych naszym życiem, sprawami. Obecnie bardzo tego brakuje. Nowi pacjenci zostawieni są samym sobie, personel nie orientuje się, jaki kto ma problem, z czym sobie nie radzi, a co jest jego mocną stroną. Kontakt z pacjentem ograniczony jest do wydania leku, pobrania moczu, i tyle. Szczęście ma ten, kto ma rodzinę, przyjaciół i coś, co jest w stanie oderwać go od towarzystwa metadonowego.

Mnie się udało. Dzięki rodzinie podjęłam pracę, potem zaczęłam szukać czegoś, w czym jestem dobra. Po dwóch latach zmieniłam zajęcie, znalazłam pracę bardziej odpowiadającą moim oczekiwaniom.

Na początku miałam duży problem. Nie potrafiłam funkcjonować wśród ludzi niezwiązanych z tematem narkotyków. Bałam się wszelkich kontaktów, wykręcałam się brakiem czasu, uciekałam. Z góry zakładałam, że zostanę odrzucona. Czułam się strasznie samotna, bardzo ciągnęło mnie do ludzi, ale jedynymi osobami, które mnie akceptowały, byli znajomi z programu. Nie wiedziałam, że łatwo można sobie z tym poradzić. Nie było osoby, która by mnie poinformowała, że są metody, którymi można sobie pomóc.

Jest szalenie ważne, by kierownicy programów zatrudniali osoby, które, biorąc pod uwagę nasze ograniczenia, potrafiłyby wypracować podstawy tych umiejętności, prowadząc np. trening interpersonalny lub zajęcia z samoakceptacji, tym bardziej, że po latach przyjmowania narkotyków nasze umiejętności w tym zakresie są zerowe.

Nie wiem, co się stało, że w programach zapomniano o problemach i potrzebach swoich pacjentów. Wiem jedno, wszystko zależy od ludzi i dobrych chęci, od umiejętności uchwycenia istoty uzależnienia, choroby duszy, braku umiejętności radzenia sobie ze światem. Osoby sięgające po narkotyki chcą zagłuszyć ból, często

nie zdając sobie sprawy, jaki to ból. Z czasem ból staje się coraz większy, przenosi się na inne obszary życia, co skutkuje jeszcze głębszym uzależnieniem. Aby pozbyć się jego przyczyny, nie wystarczy sam metadon! Potrzeba długotrwałej, cierplivej terapii, prowadzonej przez osobę, do której mamy zaufanie, której pozwolimy wydobyć z nas najgłębiej skrywane lęki.

Programy skupiły się na wydawaniu leku, na taśmowej produkcji pacjentów. Owszem, jest to normalne w programach niskoprogowych. W tej chwili większość programów, prócz wysokich wymagań wobec pacjenta, mało ma z „wysokoprogowości”. Programy powinny przewartościować podejście do klientów, wrócić do praktyk sprzed 10 lat, a byłoby to z korzyścią dla nich, ponieważ wykazywałyby mniejszą rotację i więcej podopiecznych, którzy funkcjonują efektywnie w rolach społecznych. Alternatywą jest przyjęcie wymagań niskoprogowych.

Nie twierdzę, że programy nie spełniają swoich założeń. Metadon uratował niejedno życie, w tym moje, i nadal ratuje życie wielu użytkowników. Substytucja ta jest niezbędna i niezastąpiona w leczeniu uzależnienia od heroiny/opioidów, lecz obecna formuła nie zdaje już egzaminu.

Na świecie przyjęto różne rozwiązania: programy nisko- i średnioprogowe działają obok tych z najwyższymi wymaganiami wobec klientów. Te o najwyższych standardach oferują pełen wachlarz opieki. Te o najniższych – skupiły się na zaspokojeniu jednej potrzeby – wydaniu lekarstwa. Mimo to na każdym etapie starają się motywować do podjęcia leczenia. Każdy z programów znalazł swoje miejsce i doskonale wypełnia założenia.

W 2007 roku założyliśmy Stowarzyszenie Pacjentów Substytucyjnych JUMP’93, które zrzesza osoby leczące się substytucyjnie z całej Polski. Zaczęto nas słuchać i traktować jak specjalistów od pacjentów. Nasze spostrzeżenia brane są pod uwagę przy kreowaniu nowego podejścia do użytkowników i substytucji, występujemy na różnych szkoleniach, zaproszono nas do debaty na temat racjonalnej polityki narkotykowej.

Marzy mi się, aby w przyszłości wszystkie placówki leczenia uzależnień były dostosowane do rzeczywistych potrzeb klientów, aby każdy uzależniony, w każdej sytuacji i momencie swojej choroby, mógł liczyć na skuteczną i odpowiednią pomoc.

## OCZEKIWANIA KLIENTÓW WOBEC PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH

**Marek Zygałło**

*specjalista terapii uzależnień, MONAR Kraków*

Redukcja szkód włącza osoby przyjmujące narkotyki w tworzenie strategii i sposobów pomocy tym osobom – to jedna z głównych zasad tego podejścia. W Polsce nadal dość trudno jest dostać się klientom na konferencje dotyczące ich problemów. Na IV Krajowe Seminarium Metadonowe w Zakopanem (2008) udało mi się zebrać opinie pacjentów-uczestników programów metadonowych, by choćby w ten sposób byli włączeni w proces rozwoju leczenia substytucyjnego.

Mam nadzieję, że już wkrótce – dzięki swoim organizacjom pozarządowym – pacjenci sami będą prezentować swoje problemy na różnych krajowych forach, a może także administrować swoimi programami leczenia substytucyjnego.

Wiosną 2008 roku przeprowadziliśmy badanie opinii wśród pacjentów programów metadonowych. Oto kilka wyników: w badaniach uczestniczyły 73 osoby z kilku miast Polski, w przedziałach wiekowych: 22-28 lat (18%); 29-39 lat (56%); powyżej 40 lat (26%); najstarszy respondent miał 55 lat. 42% stanowiły kobiety, 58% mężczyźni; staż uczestnictwa w programie od jednego roku do dziewięciu lat, najczęściej – dwa lata (19%); 98% respondentów pochodziło z miast powyżej 500 tys. mieszkańców; 42% uważało, że dostęp do leczenia substytucyjnego jest trudny, a 41%, że bardzo trudny; 66% twierdziło, że bardzo trudny jest dostęp do tego leczenia w jednostkach penitencjarnych; 93% oczekuje, że oprócz metadonu będą do wyboru także inne leki; 36% stwierdziło, że poziom opieki lekarskiej jest niedostateczny; 16% tak oceniło opiekę pielęgnarską, a 18% opiekę terapeutyczną; aż 60% orzekło, że opieka socjalna jest niedostateczna; 25% czuje się niezbyt bezpiecznie w programie; 97% twierdzi, że liczba placówek jest niewystarczająca; 96% oczekuje możliwości pobierania metadonu w aptekach.

Interesujące były też odpowiedzi na pytanie: „Co Twoim zdaniem można zmienić na lepsze w programach leczenia substytucyjnego?”. Oto niektóre z nich: *ciekawe zajęcia terapeutyczne; świetlica; większa liczba placówek; dostępność innych leków; lepsza opieka psychologiczna; spotkania integracyjne; zaliczki, by nie przesiadywać w poradni; zaplecze socjalne; zmienić przepisy, aby metadon był dla ludzi, a nie ludzie dla metadonu; dostęp do recept metadonu wedle potrzeb; opiekę lekarską;*

*lekarze znający się na problemie osób uzależnionych; zaostrzyć przepisy za łamanie abstynencji; podejście personelu bardziej profesjonalne; w toaletach krepując mnie kamery; więcej zrozumienia dla pacjentów; więcej zaufania; pomoc w życiu na zewnątrz; zwiększenie liczby kadry lekarskiej, psychologicznej oraz stosowanie leków pomocniczych; wydawanie metadonu w jednostkach penitencjarnych; rozszerzenie godzin wydawania metadonu (po południu); wydawanie metadonu na siedem dni osobom pracującym; większe zaufanie personelu do pacjentów programu; ułatwiony kontakt z kierownikiem programu; poświęcenie większej uwagi nowo przyjętym do programu; indywidualne traktowanie pacjenta; podczas terapii oddzielić nowe osoby od tych, co są powyżej jednego roku; zmienić system nagradzania i karania za złamanie abstynencji; lepsza opieka lekarska w różnych problemach zdrowotnych; metadon w aptekach dla pacjentów z dużym stażem.*

Bardzo wiele osób wypowiadających się jest za tym, by było więcej placówek i miejsc w programach oraz aby metadon był wydawany na dłużej do domu, np. na siedem dni osobom pracującym i z długim stażem uczestnictwa w leczeniu substytucyjnym.

Przed leczeniem substytucyjnym w Polsce jest jeszcze długa droga rozwoju i doskonalenia. Możemy się pocieszać, że jest lepiej niż na Ukrainie, gdzie metadon zalegalizowano w 2008 roku i gdzie szacuje się, że liczba osób zakażonych HIV jest 15 razy większa niż w Polsce. Mamy też lepiej niż w Rosji, gdzie metadon ciągle jest nielegalny, prawdopodobnie za przyczyną narkomafii, która nie chce utracić klientów.

Moje życzenia dla pacjentów potrzebujących leczenia substytucyjnego to wielość i różnorodność programów tam, gdzie są potrzebne, integracja zawodowa operatorów programów substytucyjnych, jednolita komputerowa baza danych o programach, która pozwoli pacjentom korzystać z dowolnego programu, ze swoją kartą chirową. Sporo osób z Małopolski pojechałoby nad morze, w okolice Szczecina...

### Bibliografia

Dole, V.P., Nyswander, M.E., Kreek, M.J., *Narcotic blockade*, Arch. Intern. Med., 118: 304-309, 1966.



**Placówki prowadzące program metadonowy**

<b>Instytucja</b>	<b>ulica, nr</b>	<b>kod, miasto</b>	<b>telefon</b>
Instytut Psychiatrii i Neurologii	ul. Sobieskiego 1/9	02-957 Warszawa	(022) 45 82 759
Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	ul. Nowowiejska 27	00-665 Warszawa	(022) 825 20 31 wew. 341
NZOZ Centrum	ul. Piłsudskiego 49	08-110 Siedlce	506 00 74 10
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie, Poradnia Profilaktyczno-Lecnicza	ul. Leszno 17	01-190 Warszawa	(022) 33 58 101-102
NZOZ Poradnia Uzależnień dla Dorosłych Stowarzyszenia „Eleuteria”	ul. Dzielna 7	00-154 Warszawa	(022) 831 78 43, (022) 636 64 31
NZOZ Prywatny Ośrodek Detoksykacyjno-Terapeutyczny	filia przy ul. Brzeskiej 13 (tu jest realizowany program)	03-739 Warszawa	(022) 670 02 26, 516 022 402
Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych i Współuzależnień	ul. Zjednoczenia 10	41-500 Chorzów	(032) 349 93 93
Ośrodek Leczenia Uzależnień, Program Terapii Substytucyjnej Metadonem	Al. Tysiąclecia 5	20-121 Lublin	(081) 532 77 37
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdroje	ul. Żołnierska 55	71-210 Szczecin	(091) 487 26 49
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera	oś. Złotej Jesieni 1	31-826 Kraków	(012) 64 68 317
Centrum Profilaktyki Uzależnień	ul. Marcinkowskiego 21	61-745 Poznań	(061) 855 73 54
Ambulatoryjna Poradnia Leczenia Substytucyjnego przy PZOZ Starachowice	ul. Radomska 70	27-700 Starachowice	(041) 274 61 58
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Poradnia Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych	ul. Warszawska 37a	59-900 Zgorzelec	(075) 775 87 00
SPZOZ Szpital im. Babińskiego	ul. Aleksandrowska 159	91-229 Łódź-Bałuty	(042) 652 94 01-04 wew. 390 lub 444
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. Józefa Bednarza	ul. Sądowa 18	86-100 Świecie	(052) 331 10 31 wew. 344
Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych, Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ	ul. Podwale 7	50-043 Wrocław	(071) 356 07 80
Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii w Zielonej Górze	ul. Jelenia 1a	65-090 Zielona Góra	(068) 453 20 00
Centralny Zarząd Więziennictwa	ul. Rakowiecka 37a	02-521 Warszawa	(022) 640 84 21

*Artykuł relacjonuje te działania podejmowane na arenie międzynarodowej w obszarze problemu narkotyków i narkomanii, w które aktywnie włącza się Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Co roku bierzemy udział w obradach Komisji ds. Środków Odurzających, uczestniczymy w pracach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków. W listopadzie 2006 roku Polska objęła przewodnictwo w Grupie Pompidou. Od 2001 roku działa polski punkt kontaktowy (Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii) współpracujący z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.*

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA W OBSZARZE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Łukasz Jędruszek, Artur Malczewski  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

### Komisja ds. Środków Odurzających

Rada Gospodarcza i Społeczna Narodów Zjednoczonych (ECOSOC), podejmując decyzję o utworzeniu w 1946 roku Komisji ds. Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs – CND), postawiła jej za cel opracowanie międzynarodowych regulacji dotyczących kontroli nad środkami odurzającymi. W strukturze Narodów Zjednoczonych Komisja ta jest centralnym organem odpowiedzialnym za kreowanie polityki w zakresie wszelkich kwestii dotyczących narkotyków. Komisja przygotowuje analizy dotyczące międzynarodowej sytuacji odnoszącej się do problemów związanych z narkotykami i narkomanią. Obecnie w jej skład wchodzi 53 państwa. Spotkania Komisji odbywają się najczęściej raz do roku w wiedeńskiej siedzibie Organizacji Narodów Zjednoczonych. Od marca 2008 roku pracom Komisji przewodniczy Namibia.

W corocznych sesjach Komisji ds. Środków Odurzających, oprócz państw członkowskich Komisji, zazwyczaj udział biorą także przedstawiciele m.in.

Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), Europejskiego Urzędu Policji (EUROPOL), Rady Europy, Światowej Organizacji Zdrowia, Organizacji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie, Unii Europejskiej oraz licznych organizacji pozarządowych.

*W listopadzie 2006 roku Polska objęła czteroletnie przewodnictwo w Grupie Pompidou. Jednym z osiągnięć polskiej prezydencji jest progresywna polityka sąsiedzka, w wyniku której Ukraina znalazła się w gronie beneficjentów działalności wspomagającej Grupy. Działania Polski skupiają się także na nawiązaniu dialogu i współpracy z państwami Afryki Północnej.*

Przyjęto zasadę, iż państwa UE, pomimo że każdorazowo obecne na sesji, reprezentowane są przez państwo sprawujące aktualnie przewodnictwo w UE – pozwala to przemawiać jednym głosem.

Najczęściej w skład delegacji polskiej na obrady Komisji ds. Środków Odurzających wchodzi przedstawiciele: Ministerstwa Zdrowia (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), Ministerstwa Spraw Zagranicznych,

Komendy Głównej Policji, Prokuratury Krajowej, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego i Sanitarne-go oraz Stałego Przedstawicielstwa RP przy Biurze NZ i Organizacjach Międzynarodowych w Wiedniu.

Kolejna sesja Komisji, która odbędzie się w dniach 16-20 marca 2009 roku, będzie miała wyjątkowy charakter. Pięćdziesiąta druga sesja poświęcona bę-

dzie przede wszystkim wypracowaniu ostatecznego kształtu deklaracji politycznej dotyczącej oceny procesu UNGASS zapoczątkowanego w 1998 roku przez deklarację polityczną ustanowioną podczas XX Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ (Special Session of the UN General Assembly – UNGASS). Deklaracja ta jest 10-letnim projektem (1998–2008), który kładzie nacisk na propagowanie zrównoważonego podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, poprzez budowę krajowych strategii i planów działania odnoszących się zarówno do ograniczania popytu, jak i podaży narkotyków.

Podczas 51. sesji CND w 2008 roku przyjęta została rezolucja zgłoszona przez Unię Europejską *Preparations for the high-level segment of the fifty second session of the Commission on Narcotic Drugs, relating to the follow-up to the twentieth special session of the General Assembly* (rezolucja: CND 51/4). Przewiduje ona m.in. powołanie międzyrządowych eksperckich grup roboczych odpowiadających za ocenę głównych tematów procesu UNGASS, takich jak: redukcja popytu, redukcja podaży, kontrola prekursorów wykorzystywanych do produkcji narkotyków, współpraca międzynarodowa wymiaru sprawiedliwości i tzw. pranie brudnych pieniędzy oraz współpraca międzynarodowa w zakresie niszczenia nielegalnych upraw i promocji rozwoju alternatywnego. Spotkania grup roboczych odbyły się w Wiedniu w okresie od czerwca do września 2008 roku.

Na początku października 2008 roku przewodniczący Komisji ds. Środków Odurzających przedstawił roboczy dokument podsumowujący dyskusję prowadzoną na forum wiedeńskich grup roboczych. Na jego podstawie będzie opracowywany aneks do deklaracji politycznej, która zostanie przyjęta podczas 52. sesji CND w 2009 roku. Unia Europejska zgłosiła uwagi do przedstawionego dokumentu. Obecnie trwają konsultacje dotyczące ostatecznej jego wersji, którą będą mogły zaakceptować zainteresowane strony.

## **Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków**

Obecnie mija ponad pięć lat od momentu, gdy Polska uczestniczy w pracach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (tzw. Horizontal Working Party on Drugs – HDG), jednej z około 250 grup roboczych

i komitetów działających w ramach Rady Unii Europejskiej<sup>1</sup>.

Posiedzenia Horyzontalnej Grupy odbywają się raz w miesiącu, a obradom przewodniczy państwo aktualnie sprawujące prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W skład Horyzontalnej Grupy Roboczej oprócz reprezentantów państw członkowskich wchodzi także przedstawiciele EMCDDA, EUROPOL-u oraz Komisji Europejskiej. Grupa zajmuje się:

- koordynacją polityk antynarkotykowych na poziomie UE (koordynuje kwestie związane z narkotykami na poziomie innych grup roboczych Rady Unii zarówno w obszarze redukcji podaży, jak i popytu),
- opracowywaniem projektów strategii antynarkotykowych i planów działania UE w zakresie przeciwdziałania narkotykom i narkomanii,
- wymianą informacji oraz oceną polityk antynarkotykowych i problemów na poziomie UE,
- poprawą koordynacji działań podejmowanych przez państwa członkowskie w ramach Unii oraz poza nią.

Na forum HDG państwa członkowskie UE reprezentowane są przez przedstawicieli ministerstw i instytucji odpowiedzialnych za krajowe polityki antynarkotykowe. Z ramienia Polski w pracach Grupy biorą udział przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, reprezentujący Ministerstwo Zdrowia oraz przedstawiciele Komendy Głównej Policji, reprezentujący Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, które od marca 2007 roku koordynuje polskie działania podejmowane na forum HDG (wcześniej rolę tę pełniło Ministerstwo Zdrowia).

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z Komendą Główną Policji reprezentuje Polskę na forum Horyzontalnej Grupy Roboczej od kwietnia 2003 roku, tj. od momentu podpisania traktatu akcesyjnego. Do czasu wstąpienia do UE (maj 2004 roku) przedstawiciele Polski występowali jedynie w roli obserwatorów, bez prawa głosu. Wraz z chwilą akcesji do UE reprezentanci Polski zyskali prawo głosu, co dało im możliwość wpływania na kierunki rozwoju europejskiej polityki w zakresie narkotyków i narkomanii.

W ciągu ostatniego półrocza, przypadającego na okres francuskiej prezydencji, do najistotniejszych zadań stojących przed nią i Horyzontalną Grupą za-



liczyć należy opracowanie nowego *Planu działania w zakresie narkotyków na lata 2009–2012*. Polska aktywnie uczestniczyła w przygotowywaniu nowego planu. Jest on szczególnie istotny z naszego punktu widzenia, gdyż obejmuje swoim zasięgiem okres prezydentury polskiej, która przypadnie na drugą połowę 2011 roku. Warto zwrócić uwagę, że w ostatecznej wersji dokumentu uwzględniono poprawki i sugestie zaproponowane przez Polskę.

Jednym z obszarów priorytetowych w polskiej polityce zagranicznej są państwa leżące za naszą wschodnią granicą, tj. Białoruś, Rosja i Ukraina. Uczestnictwo w pracach Horyzontalnej Grupy dało Polsce realną możliwość wpływania na kształt unijnej polityki antynarkotykowej wobec tego regionu. Dzięki zaangażowaniu m.in. przedstawicieli Polski, także UE traktuje ten obszar jako jeden ze swych regionów priorytetowych w kontekście przeciwdziałania narkotikom i narkomanii.

## Grupa Pompidou Rady Europy

W listopadzie 2006 roku Polska objęła na cztery lata przewodnictwo w Grupie Pompidou. Grupa powstała w 1971 roku z inicjatywy prezydenta Francji Georges'a Pompidou. Początkowo w jej skład wchodziło jedynie siedem państw – Belgia, Francja, Niemcy, Włochy, Luksemburg, Holandia i Wielka Brytania; obecnie jest to 35 państw europejskich.

Głównym celem powstania Grupy było rozwijanie efektywnych polityk dotyczących problemu nadużywania oraz przemytu narkotyków na terenie całej Europy. Od 1980 roku Grupa Pompidou działa w ramach Rady Europy. Obecnie do najważniejszych jej zadań należy wspieranie multidyscyplinarnych, innowacyjnych i popartych badaniami polityk antynarkotykowych w państwach członkowskich Grupy.

Kierunki prac Grupy Pompidou oraz istotne kwestie polityczne związane ze zjawiskiem narkomanii omawiane są na spotkaniach ministrów państw członkowskich Grupy. W trakcie spotkań, organizowanych co trzy lata, określone są priorytety działania na kolejne lata. Warto zwrócić uwagę na rolę tzw. Stałych Korespondentów (Permanent Correspondents) w pracach tej organizacji. Są nimi przedstawiciele państw członkowskich Grupy Pompidou reprezentujący instytucje zajmujące się ograniczaniem podaży

i popytu. Spotykają się oni co sześć miesięcy w celu omówienia postępu w realizacji wyznaczonych działań. W trakcie przewodnictwa Polski w Grupie funkcję przewodniczącego Stałych Korespondentów pełni dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Utworzenie w 1982 roku grupy ekspertów ds. epidemiologii problemów narkotykowych (*group of experts in the epidemiology of drug problems*) umożliwiło zapoczątkowanie rozwoju badań i monitoringu problemów narkotykowych w Europie. W wyniku decyzji podjętej w 1982 roku, Grupa Pompidou stała się kluczowym forum europejskim w tej dziedzinie, włączając w to Europę Centralną i Wschodnią oraz stopniowo angażując w ten proces Rosję i państwa regionu Morza Śródziemnego. Do najważniejszych jej osiągnięć zaliczyć należy m.in. realizację długoterminowych przedsięwzięć, takich jak: Program Europejskich Badań w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) oraz stały monitoring sceny narkotykowej w poszczególnych miastach prowadzony wystandaryzowanymi metodami (Multi-City Study).

Wyznaczone cele Grupa Pompidou realizuje poprzez m.in.:

- sprzyjanie tworzeniu uniwersalnego forum dyskusyjnego dla decydentów politycznych oraz profesjonalistów zajmujących się rozwiązywaniem i badaniem problemu narkotyków i narkomanii,
- promowanie tworzenia kompleksowych strategii antynarkotykowych na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym,
- podnoszenie kwestii związanych z etyką i prawami człowieka w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień,
- usprawnianie systemu zbierania informacji oraz monitorowania nowych trendów zjawiska narkotyków i narkomanii,
- wypracowywanie kierunków działań odpowiednich do zaistniałych potrzeb,
- włączenie do współpracy krajów europejskich nie będących członkami Unii Europejskiej.

Osiąganiu powyższych celów sprzyjać ma sześć platform tematycznych, których zakres działania obejmuje zagadnienia z następujących obszarów: profilaktyka, leczenie, współpraca wymiaru sprawiedliwości, badania, etyka, porty lotnicze.

Działania prowadzone na tych polach są określone w programie pracy przyjmowanym co trzy lata na Konferencji Ministerialnej. Program zawiera uzasadnienie dla podejmowania konkretnych działań oraz informacje na temat zakresu ich realizacji, form współpracy, grup docelowych, szczegółowego harmonogramu działań oraz wsparcia finansowego.

Od momentu powstania Grupy zmienił się europejski kontekst, w którym przyszło jej działać. Zmiany wyrażają się we wzroście zaangażowania Unii Europejskiej w zagadnienia związane z narkotykami i rozwojem wiedzy dotyczącej tego zjawiska. Sprawia to, iż obecnie rola Grupy Pompidou uległa redefinicji. Nową misją, zaaprobowaną podczas Konferencji Ministerialnej w Dublinie w październiku 2003 roku, jest promowanie dialogu i współpracy między państwami UE a krajami trzecimi. Nie odnosi się to wyłącznie do europejskich krajów leżących poza granicami Unii, ale również do krajów znajdujących się w strefie graniczącej z Europą, tj. Afryki Północnej i Kaukazu.

## Rola Polski w pracach Grupy

Polska przystąpiła do Grupy Pompidou w 1991 roku. Do głównych obszarów zainteresowania naszego kraju należą programy dotyczące monitorowania zjawisk związanych z narkomanią. Jednym z nich jest program ESPAD, diagnozujący rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej, realizowany w Polsce od 1995 roku. Obecnie wyniki tych badań stanowią główne źródło wiedzy o skali problemu narkotykowego i alkoholowego w populacji młodzieży w wieku 15-16 oraz 17-18 lat. Kolejny projekt badawczy, w którym Polska aktywnie uczestniczy, to badania Multi-City Study. Program ten umożliwia monitorowanie wystandaryzowanymi metodami sceny lekowej w poszczególnych miastach. Polscy eksperci uczestniczyli także w innych projektach Grupy, co skutkowało m.in. opracowaniem wielu podręczników i materiałów edukacyjnych w dziedzinie problemów narkotykowych.

Podczas Konferencji Ministerialnej w Strasburgu w listopadzie 2006 roku podjęta została decyzja o przekazaniu Polsce przewodnictwa w Grupie Pompidou na okres 4 lat. Był to dla nas ogromny zaszczyt, ale jednocześnie duże wyzwanie, by sprostać zadaniom

wynikającym ze wzrastającej roli międzynarodowej Grupy Pompidou.

Obejmując przewodnictwo, strona polska za swe priorytety uznała:

- kształtowanie wizerunku i propagowanie działań Grupy na polu współpracy międzynarodowej,
- wzmacnianie funkcji pomostowej Grupy, zarówno pomiędzy ekspertami i politykami, jak i krajami i regionami,
- aktywne wspieranie działań platform tematycznych jako głównych realizatorów i kreatorów zadań merytorycznych Grupy.

Do najważniejszych inicjatyw podjętych przez polską prezydencję należy zaliczyć stworzenie nowego, niewiążącego forum współpracy dla instytucji i organizacji europejskich zajmujących się ograniczaniem zjawiska narkomanii (nie tylko z obszaru UE), tzw. Inter-Agency Cooperation Group<sup>2</sup>. Dotychczas odbyły się dwa spotkania Inter-Agency Cooperation Group: 28 listopada 2007 roku w Warszawie i 28-29 kwietnia 2008 roku także w Warszawie. Następne planowane jest na 27 stycznia 2009 roku w Krakowie.

Wśród osiągnięć polskiej prezydencji w Grupie Pompidou należy wymienić także progresywną politykę sąsiedzką, dzięki której Ukraina znalazła się w grupie beneficjentów działalności wspomagającej Grupy Pompidou, jak również udaną pracę nad rozszerzeniem współpracy na państwa Afryki Północnej.

W listopadzie 2008 roku osiągnięty został półmetek polskiej misji w Grupie. Był to odpowiedni moment, aby dokonać pierwszego podsumowania naszego przewodnictwa. W tym celu 26 listopada 2008 roku zorganizowana została w Warszawie konferencja, która zgromadziła około 120 ekspertów do spraw polityki antynarkotykowej z 35 krajów członkowskich Grupy Pompidou wraz z obserwatorami z Ukrainy i Afryki Północnej. W konferencji uczestniczyli także przedstawiciele Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA) oraz Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC).

Warto wspomnieć, że podczas konferencji wyłonieni zostali zdobywcy, przyznawanej co dwa lata, Europejskiej Nagrody w Dziedzinie Przeciwdziałania Narkomanii (European Drug Prevention Prize).

W roku 2008 nagrody zostały przyznane następującym projektom:

- „Sweep the weed out of the gate!”: bułgarski projekt promujący szkolenia młodzieży z zakresu umiejętności życiowych mających ustrzec przed ryzykownymi zachowaniami – niebezpieczeństwem, z jakim wiąże się zażywanie narkotyków,
- „Resist”: projekt grecki – gra komputerowa mająca pokazać młodym ludziom zagrożenia związane z narkotykami, rozwijająca asertywne zachowania i pokazująca, jak powiedzieć „nie” narkotykom,
- „Battle of the West”: holenderski projekt propagujący wśród młodzieży kontakt poprzez taniec (hip-hop, break dance itp.) i zadania zachęcające do współzawodnictwa. Celem tych działań jest zwiększenie świadomości na temat zagrożeń związanych z narkotykami i promocja zdrowego stylu życia.

Wydaje się, że w ciągu ostatnich dwóch lat działania Grupy stały się bardziej widoczne na arenie międzynarodowej m.in. poprzez organizowanie spotkań przedstawicieli wiodących agencji i instytucji tak europejskich, jak i światowych działających w obszarze problematyki narkotykowej. Widoczności działań Grupy służy również dorobek platform tematycznych, które skoncentrowane są na jakości, tj. profesjonalizmie i etyce oraz rozwijaniu współpracy międzysektorowej i koordynacji działań.

## Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

W 1993 roku, w celu zbierania i analizowania informacji o problemie narkotyków i narkomanii w Europie, zostało powołane Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Głównym zadaniem tej unijnej agencji jest dostarczenie Unii Europejskiej i jej krajom członkowskim obiektywnych i wiarygodnych informacji na temat zjawiska narkomanii. W efekcie działania EMCDDA członkowie wspólnoty mają dostęp do istotnych danych pomocnych w kreowaniu i ocenie polityki w obszarze narkomanii. EMCDDA oferuje decydom politycznym informacje naukowe potrzebne do przygotowywania strategii narkotykowych, jak również wspomaga naukowców i praktyków w wyborze najlepszych działań. Ponadto wskazuje na nowe obszary analizy, ważne dla stworzenia jak najpełniejszego obrazu sceny narkotykowej.

Głównym celem EMCDDA jest dążenie do zwiększenia porównywalności informacji o narkotykach

w obrębie UE. Prace prowadzone są przede wszystkim w ramach pięciu kluczowych wskaźników:

- rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej,
- zgony z powodu narkotyków oraz śmiertelność wśród narkomanów,
- liczba problemowych użytkowników narkotyków,
- rozpowszechnienie chorób zakaźnych HIV, HCV, HBV,
- zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków.

Zbierane są także dane z obszaru redukcji podaży, takie jak: konfiskaty narkotyków, ich ceny oraz czystość.

W celu realizacji swoich zadań EMCDDA korzysta z usług sieci Reitox, czyli 30 krajowych centrów monitoringu – National Focal Point, które zajmują się gromadzeniem i analizowaniem danych krajowych, zgodnie ze wspólnymi standardami i z wykorzystaniem takich samych narzędzi gromadzenia danych. Wyniki krajowego monitoringu przekazywane są do analizy do EMCDDA i ostatecznie publikowane w sprawozdaniu rocznym na temat stanu problemu narkotykowego w Europie.

W Polsce rolę Focal Point pełni jeden z działów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (powołane w 2001 roku). Centrum pracuje zarówno na potrzeby unijne, jak i krajowe. Stara się wykorzystywać doświadczenia międzynarodowe do tworzenia monitoringu na poziomie wojewódzkim i gminnym. Centrum zleca, prowadzi i inicjuje projekty badawcze, które mają na celu lepsze poznanie problemu narkomanii oraz śledzenie trendów w tym zakresie. Wyniki zbierania i analizowania danych przedstawiane są każdego roku w raporcie dla EMCDDA<sup>3</sup>. Warto zauważyć, że w 2007 roku EMCDDA powołało nowy komitet naukowy, w skład którego w drodze konkursu wszedł polski przedstawiciel<sup>4</sup>.

## Przypisy

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków można znaleźć w numerze 1/2007 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.

<sup>2</sup> Więcej informacji na ten temat znaleźć można w numerach 4/2007 i 2/2008 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.

<sup>3</sup> Roczne raporty znajdują się na stronie <http://www.kbnp.gov.pl/> w dziale epidemiologia.

<sup>4</sup> Prof. Krzysztof Krajewski jest jednym z 15 naukowców komitetu. Czytelnikom zainteresowanym rolą komitetu oraz EMCDDA polecamy wywiad z dyrektorem EMCDDA Wolfgangiem Götzem, który ukazał się w nr 4/2007 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.

*Analizy danych statystycznych i badań ankietowych z zakresu problematyki narkotyków i narkomanii wskazują na co najmniej zahamowanie trendu wzrostowego problemu w ostatnich latach. Czy spadek będzie miał charakter trwały, czy zarejestrowana zmiana jest chwilowa?*

# PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE. ROZMIARY I TRENDY ZJAWISKA

Janusz Sierosławski  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Problem narkomanii ma charakter interdyscyplinarny. Znajduje się on w polu zainteresowania różnych służb, takich jak lecznictwo, oświata, pomoc społeczna, organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, media. Każda z nich styka się z tym zjawiskiem od innej strony. Stąd też zapewne wiele różnych sposobów rozumienia pojęcia narkoman. Dla jednych narkoman to ktoś uzależniony od narkotyków, dla innych to osoba, która czasami używa narkotyków, dla jeszcze innych ktoś, kto obraca się w kręgach subkultury towarzyszącej narkotykom. Spośród różnych perspektyw, z jakich patrzeć można na to zjawisko, wybierzmy spojrzenie społeczne i potraktujmy narkomanię jako problem społeczny. W takim ujęciu narkoman to ktoś, kto regularnie używa narkotyków i w związku z tym doświadcza różnych poważnych problemów – zdrowotnych, prawnych, psychologicznych czy – ogólnie mówiąc – życiowych. Innymi słowy narkoman to ktoś, dla kogo narkotyki stały się stałym elementem stylu życia, zakłócającym normalne funkcjonowanie społeczne. Przyjmując taką definicję, kładziemy nacisk na szkody doświadczane czy powodowane przez osobę używającą narkotyków związane z ich przyjmowaniem. Definicja ta jest szersza niż medyczna, zakładająca uzależnienie, i węższa niż przyjmowana niekiedy przez publicystów czy wychowawców, którzy widzą narkomana w każdym, kto sięga po narkotyki, choćby incydentalnie. Warto zauważyć, że zaproponowane

tu rozumienie pojęcia narkomanii i co za tym idzie terminu narkoman integruje wyróżnione wcześniej perspektywy. Stanowi ono dogodny punkt wyjścia do racjonalnych działań zapobiegawczych i pomocowych, pozostawiając z boku kwestię moralnej oceny narkotyków i ich używania, na gruncie której łatwo o stygmatyzację utrudniającą takie działania. Podstawą takich działań powinno być oszacowanie rozmiarów i dynamiki problemu.

Prześledzenie trendów dotyczących problemu narkotyków i narkomanii w latach 90. oraz w obecnej dekadzie i ocena rozmiarów problemu jest przedmiotem tego opracowania.

## Okazjonalne używanie narkotyków

Informacji o rozpowszechnieniu eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji

psychoaktywnych dostarczają wyniki badań ankietowych realizowanych na próbach reprezentatywnych populacji generalnej lub pewnych jej segmentów, np. młodzieży szkolnej.

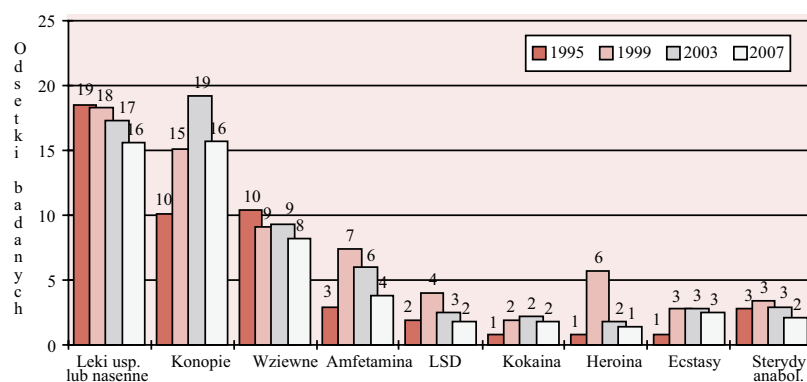
Badania takie przeprowadzano w Polsce wielokrotnie, tutaj przytoczymy wyniki badań szkolnych wykona-

*W 2007 roku po marihuanę i haszysz chociaż raz w ciągu całego życia sięgnęło 16% uczniów trzecich klas gimnazjów. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia znalazły się substancje wziewne (8%), a na trzecim amfetamina (4%).*

nych w 1995, 1999, 2003 i 2007 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież – ESPAD (Hibell, 2004, Sierosławski, 2007) oraz wyniki badań



**Wykres 1. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu**



populacji generalnej zrealizowanych w 2002 i 2006 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Sierosławski, 2006).

Badania szkolne objęły dwie ogólnopolskie reprezentatywne próby losowe uczniów w wieku 15-16 oraz 17-18 lat. Jednakowa metodologia w każdej edycji tego badania zapewnia porównywalność danych, a tym samym możliwość śledzenia trendu.

Używanie substancji psychoaktywnych badano przedstawiając respondentom w ankiecie listę środków z prośbą o zaznaczenie tych, których kiedykolwiek używali. Tak skonstruowany wskaźnik traktować można jako wskaźnik co najmniej eksperymentowania z substancjami. Pytano również o używanie poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, co potraktować można jako wskaźnik aktualnego używania.

Wyniki badań pokazały, że zdecydowana większość respondentów nigdy po substancje nielegalne nie

sięgała. Wśród tych, którzy mają za sobą takie doświadczenia, większość stanowią osoby, które co najwyżej eksperymentowały z marihuaną lub haszyszem. W 2007 roku chociaż raz w ciągu całego życia używało tych substancji 16% uczniów trzecich klas gimnazjów (wykres 1.). Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia są substancje wziewne (8%), a na trzecim amfetamina (4%).

W ostatnich latach obserwujemy stabilizację lub spadek rozpowszechnienia doświadczeń z narkotykami.

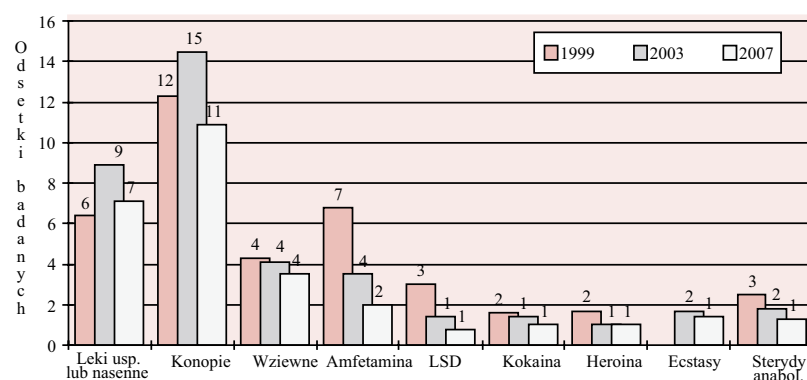
W latach 1999–2003 mieliśmy do czynienia ze wzrostem. Trzeba dodać, że w okresie 1995–1999 problem narkotyków wykazywał bardzo silny trend wzrostowy.

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także stawia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach trzecich gimnazjów w 2007 roku używało tego środka ponad 11% uczniów (wykres 2.). Kolejne miejsca zajmują także substancje wziewne – 4% i amfetamina – 2%. (Sierosławski, 2007).

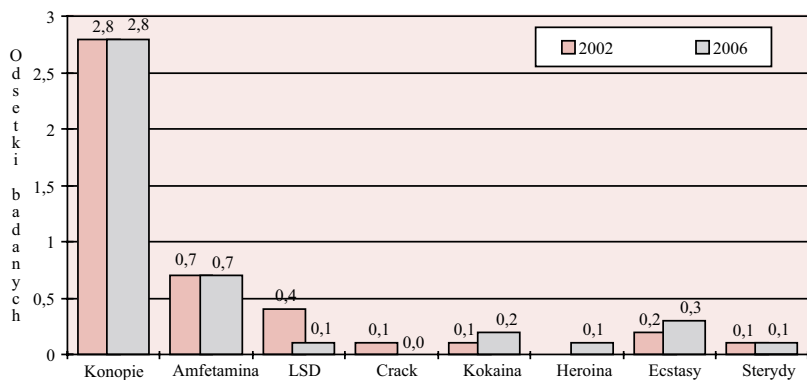
Spadek rozpowszechnienia używania amfetaminy był większy i rozpoczął się wcześniej niż spadek rozpowszechnienia używania przetworów konopi. Oznacza to zatem znaczącą poprawę sytuacji w obszarze bardziej groźnej substancji.

W latach 90. narkotyki przestały być domeną tylko młodzieży. Już badanie podjęte w Warszawie w 1997 roku przekonało, że narkotyki wkraczają w świat dorosłych, przynajmniej gdy pod uwagę brało się mieszkańców stolicy. Badania powtórzone w Warszawie w 2002 roku wraz z badaniami ogólnopolskimi wykazały niewielki wzrost rozpowszechnienia używania narkotyków, głównie przetworów konopi. Jak ujawniły ogólnopolskie badania z 2002 roku narkotyki obecne są w świecie dorosłych w sposób widoczny już na poziomie całego

**Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem**



**Wykres 3. Używanie substancji nielegalnej przez osoby w wieku 16-64 lata w czasie 12 miesięcy przed badaniem – wyniki ogólnopolskich badań ankietowych w 2002 i 2006 roku**

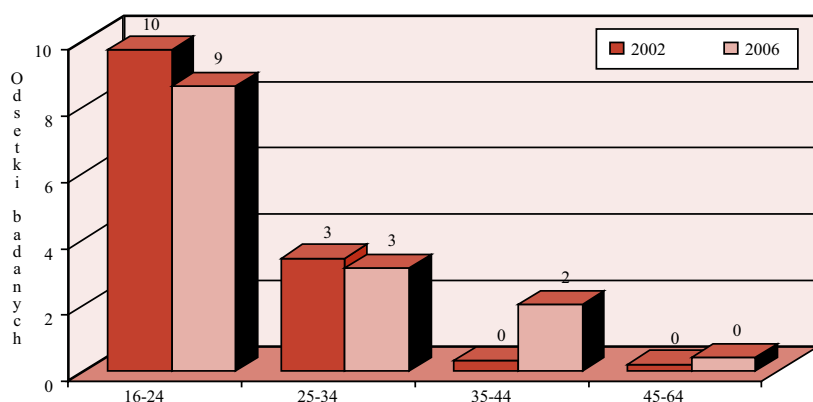


kraju, chociaż rozpowszechnienie ich używania jest bardzo niskie (wykres 3.). Wedle wyników tych badań spośród substancji nielegalnych przetwory konopi są relatywnie najbardziej widoczne. Wśród środków używanych przez mieszkańców naszego kraju pojawia się też amfetamina – rozpowszechnienie używania każdego z pozostałych środków nie przekracza 0,5%.

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 okazjonalnego używania narkotyków (Sierosławski, 2006).

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 (wykres 4.). W 2006 roku w stosunku do

**Wykres 4. Używanie jakiegokolwiek substancji nielegalnej w czasie 12 miesięcy wg wieku – wyniki ogólnopolskich badań ankietowych w 2002 i 2006 roku**



2002 roku nieznacznie spadły odsetki użytkowników w wieku 16-24 lata, wzrosły zaś w grupie wiekowej 35-44 lata.

## Problemowe używanie narkotyków

### Oszacowania

Oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków w całym kraju dokonano po raz pierwszy w 1994 roku. Oszacowano wówczas liczbę problemowych użytkowników narkotyków

dla 1993 roku metodą wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w dwóch województwach – wrocławskim i kieleckim. Bazując na wskaźnikach doszacowania, które zostały określone na podstawie danych lecznictwa stacjonarnego oraz policji ekstrapolowano wyniki z dwóch województw na poziom całego kraju (Moskalewicz, Sierosławski, 1995). Oszacowania przeprowadzone z ich wykorzystaniem dały wynik w granicach 20-40 tys. problemowych użytkowników narkotyków w skali kraju (Moskalewicz, Sierosławski, 1995).

Kolejne oszacowanie przeprowadzono dla roku 2001 z zastosowaniem metody punktu referencyjnego (*benchmark*) (Tylor, 1997). Źródłami danych do oszacowania były dane lecznictwa stacjonarnego, ambulatoryjnego oraz dane zebrane w badaniu ankietowym populacji generalnej. Te ostatnie to informacje o znanych respondentom problemowych

użytkownikach narkotyków gromadzone na kartach nominacji. Wyniki tego oszacowania wskazują, że liczba problemowych użytkowników narkotyków w 2001 roku mieściła się w przedziale 33-75 tys. osób. Oznacza to duży wzrost w stosunku do pierwszej połowy lat 90., który potwierdzany jest przez dynamikę wszystkich innych wskaźników problemu narkotyków i narkomanii.

W 2006 roku badania populacji generalnej zostały powtórzone i ponownie zebrano dane o znanych

respondentom użytkownikach narkotyków (Sierosławski, 2008). Dotyczyły one 2005 roku. Wynik mieścił się w przedziale 100-125 tys. osób. Oszacowanie dla 2005 roku przyniosło zatem znacznie większe liczby niż oszacowanie dla 2001 roku. Warto zauważyć, że za wzrost wyników odpowiada przede wszystkim ponad dwukrotne zwiększenie się wskaźnika doszacowania, który jest pochodną proporcji osób leczonych wśród nominowanych. Wzrost wskaźnika doszacowania wynika z ponad dwukrotnego spadku odsetka osób leczonych (z ok. 33% do ok. 15%). Trzeba nadmienić, że badania w 2002 i 2006 roku zrealizowano dokładnie w ten sam sposób, ze szczególną dbałością o zapewnienie porównywalności wyników. Wzrost liczby problemowych użytkowników narkotyków w latach 2001–2005 był większy niż dynamika zgłaszalności do leczenia w tym czasie. Warto dodać, że porównanie wskaźników rozpowszechnienia okazjonalnego używania narkotyków według badań z 2002 i 2006 roku sugerowało stabilizację, zaś porównanie wskaźników postrzeganej dostępności poszczególnych narkotyków wykazało nawet istotny spadek.

Kwestią otwartą pozostaje, w jakim stopniu mamy do czynienia z rzeczywistym wzrostem rozpowszechnienia problemu, a w jakim z większym wyczuleniem społecznym oraz większą umiejętnością identyfikacji problemowych użytkowników narkotyków przez przeciętnych mieszkańców. Pierwsze lata naszego stulecia to czas ożywionej działalności edukacyjnej na tym polu, czas licznych kampanii organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz dużego zaangażowania mediów. Większa łatwość identyfikacji problemowego użytkownika narkotyków przed rozpoczęciem leczenia powoduje, że proporcja leczonych wśród nominowanych przez respondentów jest mniejsza, a co za tym idzie oszacowanie osiąga większe wartości. Gdyby ta hipoteza była słuszna, oznaczałoby to, że rozpowszechnienie

problemowego używania narkotyków w 2001 roku mogło być niedoszacowane.

Trochę światła na tę kwestię rzucić może osobne oszacowanie rozpowszechnienia problemowego używania tradycyjnych na naszej scenie narkotykowej opiatów oraz problemowego używania innych środków, takich jak amfetamina, ecstazy, kokaina, przetwory konopi itp. W Polsce używanie wielu różnych środków ma już dość długą tradycję, stąd do przeprowadzenia takiego oszacowania zdefiniować trzeba jednoznaczne kryterium stratyfikacyjne. Ze względu na zakres zebranych danych dla uproszczenia podzielimy problemowych użytkowników narkotyków na tych, którzy sięgają po opiaty oraz tych, którzy nie używają środków z tej grupy. Można założyć, że wśród

*Spośród problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków do najgroźniejszych należą zgony z powodu przedawkowania oraz zakażenia HIV. Ich rozpowszechnienie od wielu lat pozostaje co najmniej stabilne.*

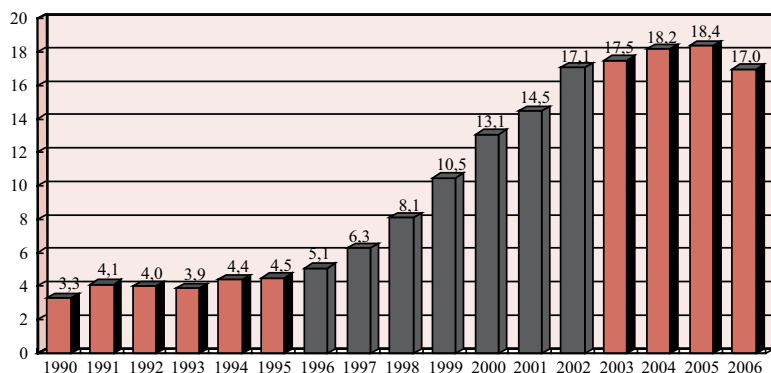
problemowych użytkowników opiatów dominują osoby, których problem zawsze był łatwiej rozpoznawalny przez otoczenie i łatwiej definiowalny w kategoriach narkomanii. Hipoteza taka znajduje uzasadnienie zarówno w dłuższej obecności tych środków na naszej scenie narkotykowej, jak również w ich szczególnie

dużym potencjale uzależnienia, przyczyniającym się do relatywnie szybkiej degradacji społecznej.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów jest też istotne z perspektywy oceny potrzeb w zakresie leczenia substytucyjnego, które adresowane może być tylko do tej grupy uzależnionych. W Polsce ten typ terapii jest bardzo słabo rozwinięty, dostępność takiego leczenia jest dalece niezadowalająca, wystarczy wspomnieć, że pod tym względem zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie. Oszacowanie potrzeb w tym względzie może zatem spełnić rolę czynnika stymulującego rozwój oferty leczenia substytucyjnego.

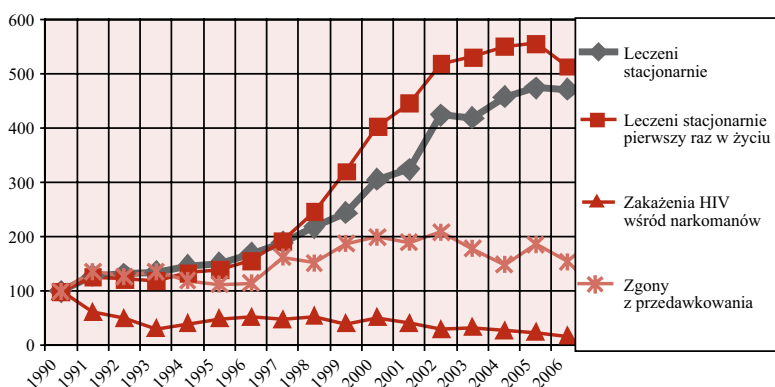
Przeprowadzenie wiarygodnych oszacowań rozpowszechnienia problemowego używania opiatów napotyka na problemy z dostępnością danych. Wprawdzie w badaniach terenowych zbieramy informacje o używaniu opiatów przez osoby wskazywane przez respondentów, ale danych takich brakuje w statystykach lecznictwa, traktowanych jako punkt odniesienia

**Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego po raz pierwszy w życiu w latach 1990–2006 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców)**



(benchmark) do przeprowadzenia oszacowań. Statystyki leczenia zawierają jedynie informacje o diagnozie medycznej, która nie daje podstaw do jednoznacznego wydzielenia osób używających opiatów. Stąd uciec się musimy do kolejnego oszacowania, przyjmując założenia o proporcji użytkowników opiatów wśród osób podejmujących leczenie. Na podstawie danych z monitoringów lokalnych oraz danych z diagnoz psychiatrycznych możemy założyć, że udział użytkowników opiatów wśród leczonych stacjonarnie kształtuje się na poziomie 60%, zaś wśród leczonych ambulatoryjnie – na poziomie 50%. Dla uproszczenia przyjęto ten sam udział użytkowników opiatów w 2001 i 2005 roku. Powyższe wskaźniki procentowe posłużyły do określenia liczby użytkowników opiatów oraz użytkowników innych środków.

**Wykres 6. Dynamika problemów zdrowotnych związanych z narkotykami w latach 1990–2006 (1990=100)**



Wedle tak przeprowadzonego oszacowania liczba problemowych użytkowników opiatów w 2005 roku mieściła się w przedziale 25-29 tys. Wielkości te nie odbiegają znacznie od analogicznego oszacowania dla 2001 roku – 14-28 tys.

Inaczej jest w przypadku użytkowników innych środków. Ich liczba w 2005 roku mieściła się w przedziale 71 900-98 500, podczas gdy w 2001 roku zawierała się w zakresie 25-55 tys. Można zatem przyjąć, że za przeważającą część wzrostu liczby problemowych użytkowników narkotyków w latach 2001–2005 odpowiada

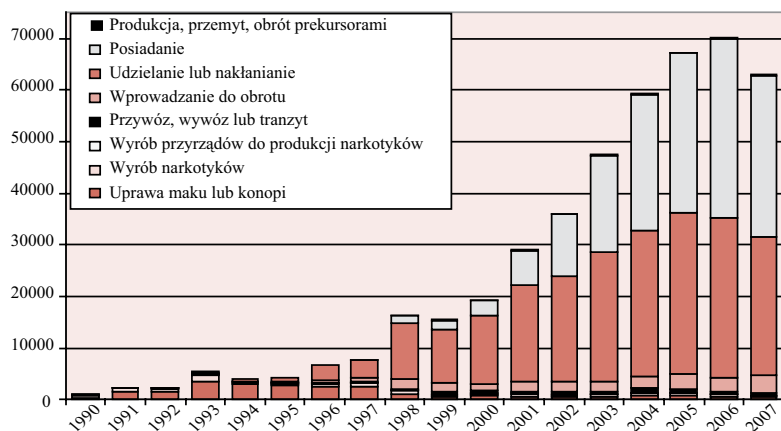
zwiększenie się liczby problemowych użytkowników środków innych niż opiaty.

Przeprowadzone wyżej oszacowania trzeba opatrzyć poważnymi zastrzeżeniami, wynikającymi ze wspomnianej wcześniej dostępności danych. Wypada też dodać, że porównanie oszacowań z 2001 i 2005 roku napotyka na problemy metodologiczne, które biorą się z założeń metody punktu referencyjnego. Do założeń tych należą: założenie o zamkniętym charakterze szacowanej populacji oraz założenie o kompetencji respondentów w zakresie identyfikacji problemowych użytkowników narkotyków w swoim otoczeniu. Oba te założenia wydają się być w mniejszym stopniu spełnione w przypadku szacowania rozmiarów populacji problemowych użytkowników środków innych niż opiaty. Po pierwsze, popu-

lacja ta, jak wynika z oszacowań, podlega większej dynamice, stąd też w mniejszym stopniu ma charakter populacji zamkniętej. Po drugie, wzory używania narkotyków innych niż opiaty wydają się być mniej destruktywne i stanowią względnie nowe zjawisko, a zatem są mniej rozpoznawalne społecznie. Wynika zatem, że do wyników oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków innych niż opiaty, szczególnie uzyskanych w 2001 roku, powinniśmy



**Wykres 7. Przestępczość przeciw ustawie o zapobieganiu/przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1990–2007 (liczba przestępstw stwierdzonych przez policję)**



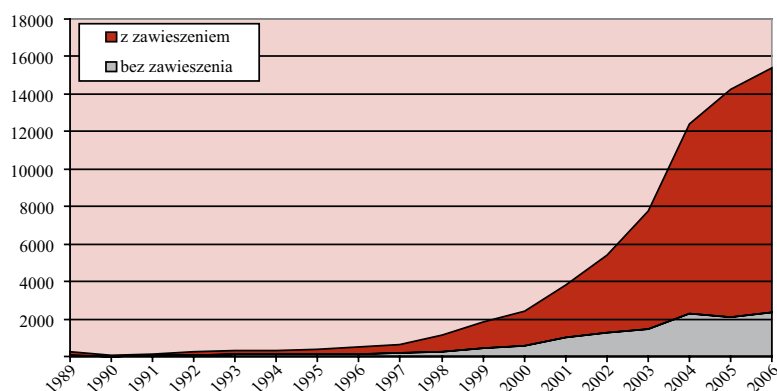
podchodzić z mniejszym zaufaniem. W tym przypadku znaczny wzrost między 2001 i 2005 rokiem może być po części wynikiem „uczenia się” przez mieszkańców naszego kraju identyfikacji w swoim otoczeniu problemowych użytkowników narkotyków innych niż opiaty.

### Dane lecznictwa

Informacji o trendach w narkomanii rozumianej jako uzależnienie bądź używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy dostarczają też dane statystyczne lecznictwa.

Informacje o liczbie leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń pochodzą ze stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Dane obejmują również

**Wykres 8. Skazani na karę pozbawienia wolności za przestępstwa przeciwko ustawie o zapobieganiu/przeciwdziałaniu narkomanii (liczba skazanych)**



specjalistyczne leczenie uzależnień lekowych, które funkcjonuje w ramach psychiatrycznej służby zdrowia, czyli oddziały detoksykacyjne dla narkomanów, a także ośrodki rehabilitacyjne, w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej.

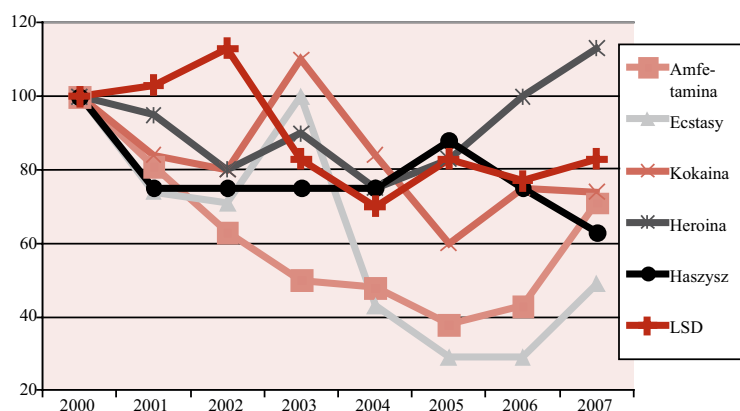
W 2006 roku przyjęto do lecznictwa stacjonarnego 13 198 osób z problemem narkotyków. Oznacza to spadek o 122 osoby, czyli o 0,9% w stosunku do 2005 roku, kiedy to przyjęto 13 320 pacjentów. Wskaźnik leczonych na 100 tys. mieszkańców w 2006

roku pozostał na tym samym poziomie co w 2005 roku i wyniósł 34,9. Stabilizacja liczby pacjentów w 2006 roku nastąpiła po okresie spadku tempa wzrostu w latach 2002–2005. Trzeba przypomnieć, że okres ten poprzedzony był znaczącym trendem wzrostowym w latach 1996–2002. W latach 1991–1995 obserwowano także tendencję wzrostową, ale o bardzo słabym nasileniu.

Do analiz trendów epidemiologicznych bardziej użytecznym wskaźnikiem jest liczba osób przyjętych do leczenia pierwszy raz w życiu. Wskaźnik ten ilustruje tempo, w jakim narasta pojawianie się nowych przypadków w lecznictwie, lepiej zatem oddaje trend narastania zjawiska niż ogólna zgłaszalność do leczenia. Na wykresie 5. prześledzić można wskaźniki zgłoszeń pierwszorazowych na 100 tys. mieszkańców. W pierwszej połowie lat 90.

zgłaszalność pierwszorazowa rosła bardzo powoli, w latach 1996–2002 notujemy bardzo duży wzrost, w kolejnych latach tempo wzrostu bardzo osłabło, zaś w 2006 roku obserwujemy wręcz spadek. Warto zauważyć, że pomiędzy 2001 i 2005 rokiem wskaźnik zgłaszalności pierwszorazowej zwiększył się o 27%. Wyniki te pozostają w zgodności z przytoczonymi wcześniej oszacowaniami. Wprawdzie estymowana liczba narkomanów wzrosła bardziej niż wskaźnik zgłaszalności do leczenia, ale trzeba

**Wykres 9. Dynamika średnich cen narkotyków w sprzedaży ulicznej według danych policji (2000–2007)**



pamiętać o tym, że wskaźnik ten ilustruje zmiany zjawiska z pewnym opóźnieniem.

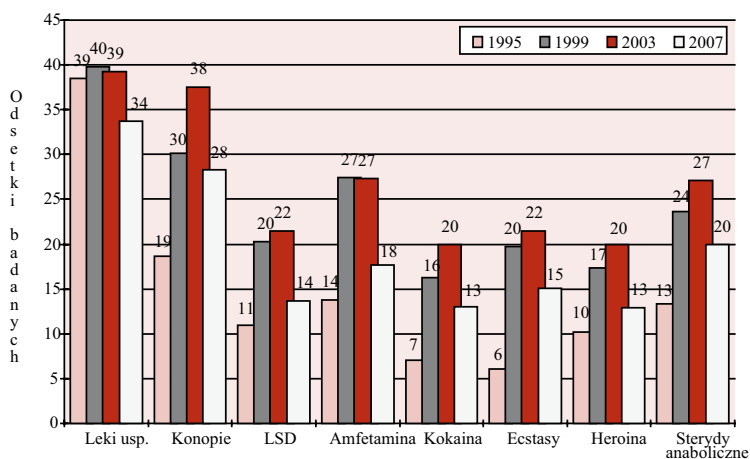
Przedstawione rozważania uzupełnić można o analizę struktury wieku osób zgłaszających się do leczenia. W latach 1997–2001 konsekwentnie rósł odsetek osób w wieku 16-24 lata i spadał udział grupy wiekowej 25-34 lata. Jeszcze w 1997 roku odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata kształtował się na poziomie 40%, ale w 2001 roku wynosił już 57%. Proporcje najmłodszych, tj. do 15. roku życia, i najstarszych pacjentów, tj. powyżej 45. roku życia, były względnie stałe. Te pierwsze wynosiły 3-4%, te drugie – 7-8%. W 2002 roku nastąpiła zmiana opisanej tendencji. Odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do 55%, czyli do poziomu z 2000 roku. Jednocześnie wzrosły nieznacznie odsetki najstarszych pacjentów (powyżej 44. roku życia)

oraz osób z grupy wiekowej 25-34 lata. W kolejnych latach obserwujemy kontynuację tej tendencji, tzn. spadku odsetka pacjentów w wieku 16-24 lata i wzrostu frakcji 25-34 lata i 35-44 lata. W 2006 roku odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata spadł do poziomu 41%, zaś udział najstarszych (powyżej 44. roku życia) zwiększył się do 16%. Warto zauważyć, że odsetek pacjentów w wieku 16-24 lata osiągnął w 2006 roku poziom z 1997 roku, natomiast odsetek osób najstarszych, tj. powyżej 45. roku życia zwiększył się w tym czasie ponad dwukrotnie. Zmiany w strukturze wieku zdają się odzwierciedlać dwa procesy. Pierwszy o charakterze demograficznym – starzenie się populacji, drugi o charakterze epidemiologicznym – zmniejszanie się tempa narastania skali zjawiska narkomanii. Zwiększanie się proporcji osób z młodszych grup wiekowych można było traktować jako sygnał narastania fali zjawiska. Odwrócenie tej tendencji może sugerować początek stabilizacji jego rozmiarów.

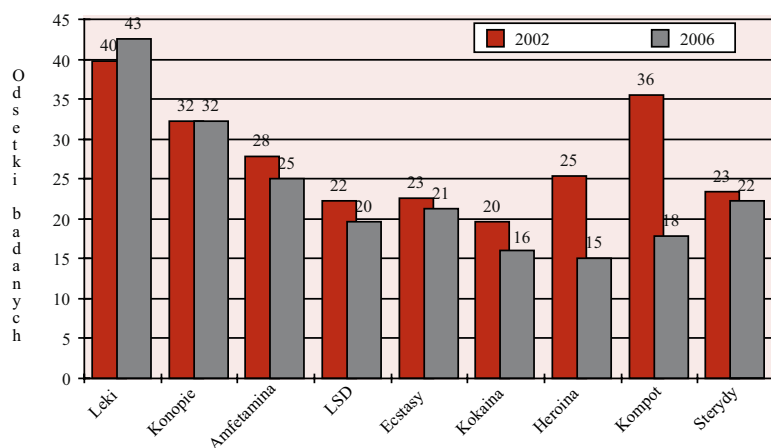
## Problemy związane z narkotykami

Spośród problemów zdrowotnych związanych z używaniem narkotyków do najgroźniejszych należą zgon z powodu przedawkowania oraz zakażenia HIV. Na wykresie 6. zestawiono wskaźniki dy-

**Wykres 10. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy uznali poszczególne substancje za łatwe lub bardzo łatwe do zdobycia**



**Wykres 11. Odsetki osób w wieku 16-64 lata, które uznały poszczególne substancje za łatwe lub bardzo łatwe do zdobycia**



no zakażenia HIV, jak i zgony pozostają względnie stabilne. Oznacza to, że mimo wzrostu rozpowszechnienia narkomanii, nasilenie problemów związanych z narkotykami, przynajmniej tych najbardziej dramatycznych, nie ulega większym zmianom. Stabilizacja rozpowszechnienia tych problemów w dużej części jest efektem realizacji programów redukcji szkód, takich jak wymiana igieł i strzykawek lub edukacja użytkowników narkotyków w zakresie zwiększania bezpieczeństwa przy używaniu substancji.

Ta interpretacja znajduje dodatkowe uzasadnienie w trendach zakażeń HIV. Trend nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w zastrzykach przebiega zupełnie inaczej niż wśród pozostałych grup. W tym pierwszym przypadku możemy mówić o stabilizacji w ostatnich latach, w tym drugim widać wyraźny wzrost.

## Dostępność narkotyków

Od 1997 roku, po penalizacji posiadania narkotyków oraz znacznym wzmocnieniu sił policyjnych skierowanych do zwalczania nielegalnego rynku narkotyków, wielokrotnie wzrosły liczby wykrytych przestępstw przeciw postanowieniom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (wykres 7.). Duże znaczenie miało też rozszerzenie uprawnień policji (dostawa kontrolowana, zakup kontrolowany itp.) oraz współpraca międzynarodowa w zakresie ścigania przestępczości związanej z narkotykami. Trend wzrostowy uległ przyspieszeniu po 2000 roku, kiedy to penalizacją objęto także posiadanie niewielkich

ilości narkotyków z przeznaczeniem na własny użytek. Pewne wyhamowanie tempa wzrostu pojawiło się już w 2006 roku, zaś w 2007 roku liczba przestępstw wykrytych po raz pierwszy od wielu lat spadła.

Dane z wykresu pokazują, że pod względem ilościowym w obrazie przestępczości przeważają czyny polegające na udzielaniu narkotyków lub nakłanianiu do ich używania oraz posiadanie narkotyków. W pierwszej połowie obecnej dekady szczególnie szybko rosła liczba wykrytych przypadków posiadania narkotyków.

Znaczny wzrost był też charakterystyczny dla udzielania narkotyków lub nakłaniania do ich użycia. Generalnie w obrazie stwierdzonej przestępczości przeciw ustawie dominują przestępstwa charakterystyczne dla popełnianych przez użytkowników narkotyków.

W ślad za wzrostem liczby przestępstw wykrywanych przez policję zwiększała się liczba wyroków skazujących na karę pozbawienia wolności (wykres 8.). Rosnąca szybko liczba osób skazanych za przestępstwa przeciw ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oznaczała poważne obciążenie dla systemu penitencjarnego. Znaczna część skazanych to użytkownicy narkotyków, z których nie wszyscy chcą się pogodzić z koniecznością rezygnacji z sięgania po substancje w warunkach odbywania kary pozbawienia wolności. Sprzyja to tworzeniu się narkotkowego podziemia w zakładach karnych, co stanowi nowe wyzwanie dla systemu penitencjarnego. Od 2004 roku obserwujemy zahamowanie tempa wzrostu liczby osób skazanych, w tym stabilizację liczby osób skazanych na bezwzględną karę pozbawienia wolności.

Jednym z najlepszych wskaźników dostępności substancji są ich ceny. Dane o cenach narkotyków na nielegalnym rynku w naszym kraju zbierane są przez policję. Reprezentatywność tych danych jest trudna do oceny, biorąc jednak pod uwagę, że zbierane są one od pewnego czasu w podobny sposób, mogą posłużyć do śledzenia trendu. Zaprezentowane na wykresie 9. dane wskazują na spadek cen większości narkotyków w latach 2000–2005.

W kolejnych latach ceny większości narkotyków zaczęły rosnąć. Analiza dynamiki cen narkotyków skłania do konkluzji, że od 2006 roku dostępność narkotyków spada.

O zmianach w dostępności narkotyków możemy także wnioskować na podstawie wyników badań ankietowych wśród młodzieży i dorosłych. Opinie i przekonania o dostępności narkotyków są wprawdzie pośrednim wskaźnikiem podaży, ale ich zmiany mogą dostarczyć użytecznych informacji o dynamice nielegalnego rynku narkotyków.

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych sondowano w badaniach ankietowych, pytając respondentów o to, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „niemożliwe”, a z drugiego „bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Odsetki uczniów trzecich klas gimnazjów (wiek 15-16 lat), którzy zadeklarowali łatwy bądź bardzo łatwy dostęp do poszczególnych substancji w badaniach ESPAD z 1995, 1999, 2003 i 2007 roku zaprezentowano na wykresie 10.

Jak wynika z porównania rezultatów badania z 2007 roku z wynikami z lat wcześniejszych, dostępność większości narkotyków w ocenach młodzieży po dynamicznym wzroście w latach 1995–2003, w roku 2007 wykazuje spadek (Sierosławski, 2007). Także wyniki badań prowadzonych z użyciem tego samego pytania na próbach losowych mieszkańców całego kraju w 2002 i 2006 roku pokazują zmniejszenie się dostępności narkotyków (wykres 11.) (Sierosławski, 2006).

Wydaje się, że zaostrenie prawa w 1997 roku oraz ponownie w 2000 roku, a także zwiększona aktywność policji oraz znajdujące potwierdzenie w statystykach jej sukcesy nie miały bezpośredniego wpływu na dynamikę rynku substancji nielegalnych. Jeśli taki wpływ nastąpił, to był on znacznie opóźniony.

## Podsumowanie

Analizy danych statystycznych i badań ankietowych z zakresu problematyki narkotyków i narkomanii wskazują na co najmniej zahamowanie trendu wzrostowego problemu w ostatnich latach. W świetle

dostępnych danych możemy mieć nadzieję na spadek rozmiarów zjawiska.

Odpowiedzi wymaga przede wszystkim pytanie o wkład efektów szeroko rozumianych reakcji społecznych w odwrócenie trendu wzrostowego problemu narkotyków i narkomanii. Innymi słowy trzeba wiedzieć, w jakim stopniu spadek rozpowszechnienia zjawiska wynika z szeroko pojętych reakcji społecznych, włączając w to różnego typu działania profilaktyczne, a w jakim jest przejawem własnej dynamiki zjawiska.

Można sugerować, że wkład szeroko rozumianego zapobiegania może być znaczny, bowiem tendencje spadkowe pojawiły się także w obszarze dostępności substancji.

Kolejne pytanie, do jakiego skłaniają wyniki analiz, to pytanie o trwałość notowanej obecnie tendencji do spadku wskaźników. Czy spadek będzie miał charakter trwały, czy stanowi chwilowe załamanie trendu? Na rozstrzygnięcie tej kwestii poczekać trzeba do zebrania kolejnych danych oraz realizacji następnych badań.

## Bibliografia

Hibell B. at all, „The ESPAD REPORT 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries”, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.

Moskalewicz J., Sierosławski J., „Zastosowanie nowych metod szacowania rozpowszechnienia narkomanii”, *Alkoholizm i Narkomania* nr 4 (21), 1995.

Sierosławski J., „Narkomania w Polsce w roku 2003. Dane lecznictwa stacjonarnego”, *Serwis Informacyjny Narkomania* nr 1 (28), 2005.

Sierosławski J., „Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 roku”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, <http://www.narkomania.gov.pl/>.

Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, <http://www.narkomania.gov.pl/>.

Sierosławski J., „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, <http://www.narkomania.gov.pl/>.

Taylor C., „Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview” in: G.V. Stimson, M. Hickman, A. Quirk, M. Fischer, C. Taylor (ed.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA, Lisbona 1997.



*Po sześciu latach system szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków ugruntował się. Pomimo wielu obaw i niepokojów sprawdziła się idea wyboru podmiotów szkolących w drodze konkursu i rezygnacja z arbitralnego wskazywania jednej tylko instytucji uprawnionej do takich działań. Przyjęte rozwiązanie pobudziło zdrowe współzawodnictwo między realizatorami szkoleń.*

# REFLEKSJE NA TEMAT SYSTEMU SZKOLEŃ W DZIEDZINIE UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Garść wspomnień

Na początek chciałabym zaproponować krótką podróż w czasie – do listopada 2002 roku. Jesteśmy w Popowie, w ośrodku Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Przybyło tutaj niemal pięćdziesięciu najbardziej zasłużonych i doświadczonych terapeutów uzależnień, z co najmniej 18-letnim stażem pracy. Przyjechali, aby uczestniczyć w specjalnej, skróconej edycji szkolenia przeznaczonego wyłącznie dla osób z największym doświadczeniem w terapii uzależnienia od narkotyków. Są z różnych zakątków kraju, z różnych placówek, reprezentują przede wszystkim publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Gościem honorowym, a równocześnie wykładowcą, jest Martien Kooyman, który w 1972 roku założył w Holandii jedną z pierwszych społeczności terapeutycznych w Europie, nazwaną Emiliehoeve. Wizyta ta zbiegła się z wydaniem w języku polskim jego książki *Společnosť terapeutická dla uzależněných*. Wykłady Kooymana stanowiły dobry pretekst do dyskusji na temat systemu pomocy dla osób uzależnionych, wracano pamięcią do początków społeczności terapeutycznych w Polsce, zastanawiano się nad dalszymi możliwościami rozwoju tej formy pomocy, analizowano różnice i podobieństwa pomiędzy polskimi i holenderskimi rozwiązaniami. Wieczorem wszyscy słuchacze otrzymali z rąk ówczesnego wiceministra zdrowia Andrzeja Kosiniaka-Kamysza oraz Anny Ciupy, reprezentującej Polskie Towarzystwo Psychologiczne, certyfikaty specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. Wśród uczestników uroczystości nie było tragicznie zmarłego Marka Kotańskiego, duchowego ojca wielu zebranych

terapeutów, któremu przyznano symboliczny certyfikat specjalisty terapii uzależnień nr 1.

Opowieściom o początkach rozwoju społeczności terapeutycznych w Polsce nie było końca. Wspominano osoby, które zapisały piękną kartę w budowaniu systemu pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków, jak Marek Kotański, Zbigniew Thielle<sup>1</sup>, Ewa Andrzejewska<sup>2</sup>. Przywoływano pacjentów, którzy już odeszli, którym nie udało się pomóc, i tych, którzy „wyszli na prostą”. Te nostalgiczne nuty mieszały się z satysfakcją i zadowoleniem z powodu otrzymania zasłużonych i długo oczekiwanych wyrazów uznania oraz z radością ze spotkania dawno niewidzianych koleżanek i kolegów. Tematy rozmów dotyczyły nie tylko przeszłości. Z ciekawością spoglądano także w przyszłość. Zastanawiano się, jak system szkoleń dla terapeutów uzależnień będzie się rozwijał i w jakim kierunku podążał. Wyrażano troskę o zachowanie wysokich standardów kształcenia oraz o trwałość przyjętych rozwiązań.

## Gdzie jesteśmy po sześciu latach?

Po sześciu latach szkoleń system ugruntował się. Zbudowano solidne podstawy prawne dla jego funkcjonowania w postaci odpowiednich przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz rozporządzeń ministra zdrowia. Regulują one m.in. takie kwestie, jak kryteria oceny ofert składanych na konkurs przez podmioty szkolące, podstawę programową szkolenia, zasady przyznawania dofinansowania dla uczestników szkoleń. Wypracowano także zasady i kryteria wyboru rekomendowanych przez Krajowe Biuro superwizorów oraz placówek stażowych.

Pomimo wielu obaw i niepokojów sprawdziła się idea wyboru podmiotów szkolących w drodze konkursu i rezygnacja z arbitralnego wskazywania jednej tylko instytucji uprawnionej do prowadzenia takich działań. Przyjęte rozwiązanie pobudziło zdrowe współzawodnictwo między realizatorami szkoleń, którzy w trosce o ich wysoki poziom modyfikują treści oraz sposób realizacji, odpowiednio do gromadzonych doświadczeń i potrzeb słuchaczy. Pomimo zmian merytorycznych wprowadzanych przez podmioty szkolące, podstawa programowa, określona przez ministra zdrowia, pozostaje taka sama dla wszystkich podmiotów szkolących. Obejmuje ona: moduł I – obowiązkowy wyłącznie dla osób ze stażem pracy w terapii uzależnień krótszym niż dwa lata, w którym słuchacz jest zobowiązany do uczestniczenia w seminarium na temat psychopatologii, warsztatach koncentrujących się na umiejętnościach interpersonalnych niezbędnych w pracy terapeutycznej oraz odbycia stażu klinicznego w placówce rekomendowanej przez Krajowe Biuro (łącznie 250 godzin dydaktycznych); moduł II – obowiązkowy dla wszystkich uczestników szkolenia, obejmujący trening interpersonalny i intrapsychiczny, zajęcia teoretyczne, warsztatowe, staż kliniczny i superwizję kliniczną (łącznie 400 godzin dla instruktora terapii uzależnień oraz 440 godzin dla specjalisty terapii uzależnień).

U podstaw określenia minimum programowego leżało przekonanie, że istnieje pewien zasób wiedzy i umiejętności niezbędnych w pracy terapeuty uzależnień, bez względu na różnice w filozofii i teorii pomagania reprezentowane przez podmioty szkolące. Ponadto, tworząc założenia systemu szkoleń, brano pod uwagę postulat integracyjnego podejścia w terapii uzależnień, który rekomenduje znajomość przez terapeutę wielu podejść terapeutycznych i ich umiejętne wykorzystywanie w zależności od potrzeb klienta.

Podstawa programowa umożliwia podmiotom szkolącym włączanie do programu szkolenia wielu dodatkowych zagadnień i obszarów tematycznych, co czyni je bardziej specyficznymi i zróżnicowanymi. Innowacyjne treści wprowadzane przez poszczególnych realizatorów wynikają przede wszystkim z istniejących pomiędzy nimi różnic w filozofii pomagania oraz w sposobie definiowania przyczyn i mechanizmów uzależnienia od środków psychoaktywnych. I tak np. dla jednych uzależnienie pozostaje głównie symptomem innych zaburzeń funkcjonowania człowieka, dla drugich to przede

wszystkim choroba spełniająca medyczne kryteria ICD 10. Katolicki Uniwersytet Lubelski (KUL) poszerzył swój program o zagadnienia z zakresu antropologii oraz profilaktyki uzależnień, Instytut Psychologii Zdrowia (IPZ) koncentruje się na podejściu behawioralno-poznawczym oraz strategiczno-strukturalnej koncepcji terapii Jerzego Mellibrudy. Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych (PFST) główny nacisk kładzie na społeczność terapeutyczną jako podstawową metodę oddziaływań terapeutycznych. Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii (PTZN) rozszerzyło treści dotyczące reintegracji społecznej. Kierując się swoimi preferencjami, słuchacz może wybrać najbardziej interesujące go szkolenie. Niektóre z nich mają status studiów podyplomowych (taką ofertą dysponuje KUL).

Wszystkie podmioty, bez względu na istniejące między nimi różnice, powinny umożliwić słuchaczom nabycie m.in. takich umiejętności, jak: rozumienie różnych modeli i teorii uzależnień, rozumienie psychologicznych mechanizmów uzależnień, nawiązywanie relacji terapeutycznej, motywowanie klienta do zmiany zachowań, prowadzenie postępowania diagnostycznego, dostosowywanie oddziaływań terapeutycznych do potrzeb pacjenta, podejmowanie grupowych oraz indywidualnych interwencji terapeutycznych i kryzysowych. Absolwenci szkoleń powinni także umieć rozpoznawać swoje ograniczenia, rozumieć znaczenie pracy własnej pod superwizją kliniczną oraz postępować w zgodzie z zasadami etyki pomagania.

Od 2002 roku szkolenie ukończyło 695 osób, z czego 511 uzyskało tytuł specjalisty terapii uzależnień, a 184 instruktora terapii uzależnień. Po sześciu latach realizacji szkoleń najbardziej doświadczonymi podmiotami są: Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski oraz Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii – Oddział w Katowicach. Słuchacze najczęściej są absolwentami takich kierunków studiów, jak: pedagogika, resocjalizacja, psychologia i socjologia. Nie dziwi zatem informacja, że większość z nich kształci się w zakresie specjalisty terapii uzależnień.

## W trosce o jakość szkoleń

Od początku wdrażania systemu szkoleń Krajowe Biuro postanowiło przeznaczać każdego roku dodatkowe

środki finansowe na prowadzenie badań ewaluacyjnych. Rozpoczęto je w 2005 roku i nadal są kontynuowane. Obejmują wszystkie części szkolenia: zajęcia treninżowe, teoretyczno-warsztatowe, staż i superwizję kliniczną. Celem badań ewaluacyjnych jest uzyskanie odpowiedzi m.in. na następujące pytania:

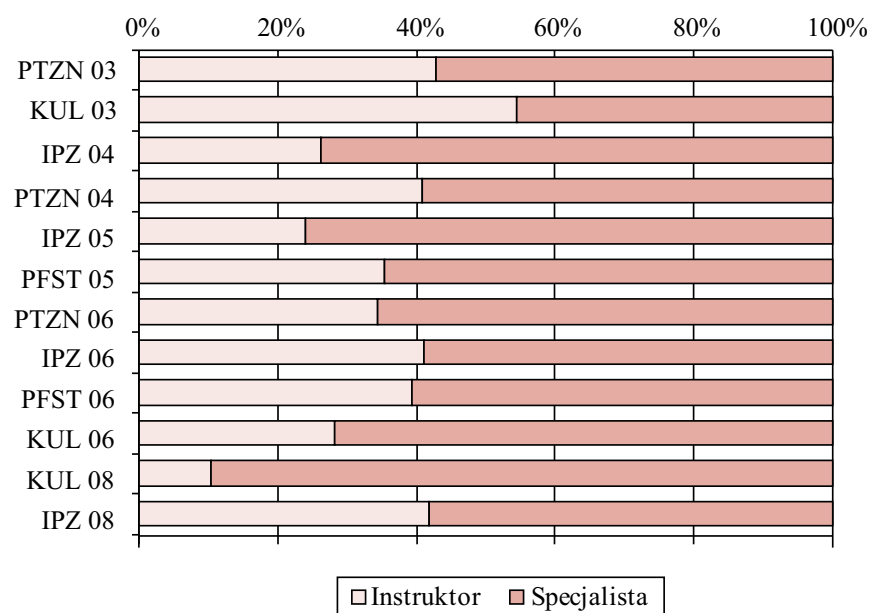
1. Jak doświadczenie zawodowe uczestników wpłynęło na realizację celów szkolenia?
2. Czy i w jakim stopniu uczestnicy są zadowoleni z realizowanym szkoleniem? Jakie czynniki miały na to wpływ?
3. W jakim stopniu został zrealizowany założony program zajęć?

Dane pochodzące z badań ankietowych, wywiadów pogłębionych z uczestnikami szkoleń oraz wywiadów z prowadzącymi zajęcia analizowane są w następujących obszarach:

- skuteczność ze względu na stopień realizacji założonych celów programu;
- użyteczność ze względu na potrzeby odbiorców;
- stosowalność, czyli możliwość wykorzystania najlepszych rozwiązań zaproponowanych w programie.

Z prowadzonych badań wynika, że realizowane szkolenia najczęściej spełniają oczekiwania słuchaczy. Uczestnicy wyrażają pozytywne opinie i wymieniają liczne korzyści z udziału w szkoleniu: usystematyzowanie wiedzy, nabycie nowych umiejętności, podniesienie kwalifikacji, wymianę doświadczeń.

**Wykres 1. Zestawienie danych o zakresie kształcenia uczestników certyfikowanych szkoleń w latach 2003–2008 we wszystkich podmiotach szkolących**



Szczególnie cenionymi elementami są superwizje kliniczne oraz staż kliniczny. Słuchacze podkreślają ich praktyczny wymiar. Dzięki nim mogą zweryfikować posiadane umiejętności terapeutyczne. Podczas wywiadów i rozmów ze słuchaczami oraz prowadzącymi zajęcia zgłaszane są także istotne uwagi i postulaty dotyczące podniesienia jakości szkoleń i ich usprawnienia. Wprowadzenie modułu I dla osób ze stażem pracy krótszym niż dwa lata, zmniejszenie liczby godzin wykładów na rzecz większej liczby zajęć warsztatowych dobrze pokazuje, w jaki sposób wyniki badań ewaluacyjnych są wykorzystywane w praktyce.

Analiza danych pochodzących z ewaluacji dostarcza także wielu interesujących informacji na temat doświadczenia zawodowego osób podejmujących szkolenie, ich wykształcenia czy motywacji.

Jeśli weźmiemy pod uwagę wiek uczestników szkoleń, to widzimy, że przystępują do nich osoby coraz młodsze (wykres 2.). Tendencję tę widać szczególnie wyraźnie w dwóch ostatnich edycjach szkolenia realizowanych przez KUL i IPZ, które rozpoczęły się w 2007 roku (poddane ewaluacji w 2008 roku). Wykres pokazuje, że ponad 80% szkolących się osób nie przekroczyło 40. roku życia oraz że systematycznie rośnie liczba słuchaczy, którzy rozpoczynają szkolenie tuż po podjęciu pracy zawodowej.

Wśród motywów skłaniających do podjęcia szkolenia najczęściej wymieniana jest chęć podniesienia kwalifikacji, doskonalenie zawodowe oraz zdobycie nowych umiejętności. Ważnym powodem pozostaje także kwestia uzyskania certyfikatu i sprostania wymogom formalnym stawianym terapeutom uzależnień. Inne przyczyny to chęć zdobycia lub usystematyzowania wiedzy, wymiana doświadczeń oraz rozwój osobisty.

## Problemy w realizacji szkoleń

Kilkuletni okres wdrażania systemu szkoleń ujawnił nie tylko jego zalety, ale też niedostatki. Niektóre z nich wymagają podjęcia interwencji na poziomie przepisów prawnych, inne

zaś podjęcia merytorycznej, rzeczowej dyskusji i wypracowania przez podmioty szkolące i Krajowe Biuro wspólnych rekomendacji. Z obserwacji oraz badań ewaluacyjnych wynika, że rola i zadania instruktora terapii uzależnień nie zostały jasno sprecyzowane. Ma to określone konsekwencje na poziomie kształcenia – moduły szkoleniowe dla specjalisty i instruktora są niemal identyczne. Prawdopodobnie trudności w dookreśleniu specyfiki szkolenia dla instruktora stanowią odbicie kłopotów w jednoznacznym określeniu jego roli w procesie terapii osób uzależnionych.

Inną istotną kwestią pozostaje integracja wszystkich części szkolenia, w szczególności zaś staży klinicznych z częścią wykładowo-warsztatową. Obecnie placówki stażowe zwracają uwagę, że nie zawsze wiedzą, jakie wymagania stawiać stażystom, przede wszystkim słuchaczom modułu I, w którym uczestniczą osoby ze stażem pracy krótszym niż dwa lata. Kierownicy placówek stażowych oczekują także lepszej współpracy z podmiotami szkolącymi w celu ustalenia priorytetów oraz zintegrowania stażu z treściami programu, tak aby opiekunowie stażystów mogli się odwoływać do treści wykładów i warsztatów realizowanych w części dydaktycznej. Powyższe kwestie zgłaszane są przede wszystkim przez kierowników ośrodków stażowych. Z punktu widzenia uczestników stażu pewnym manka-

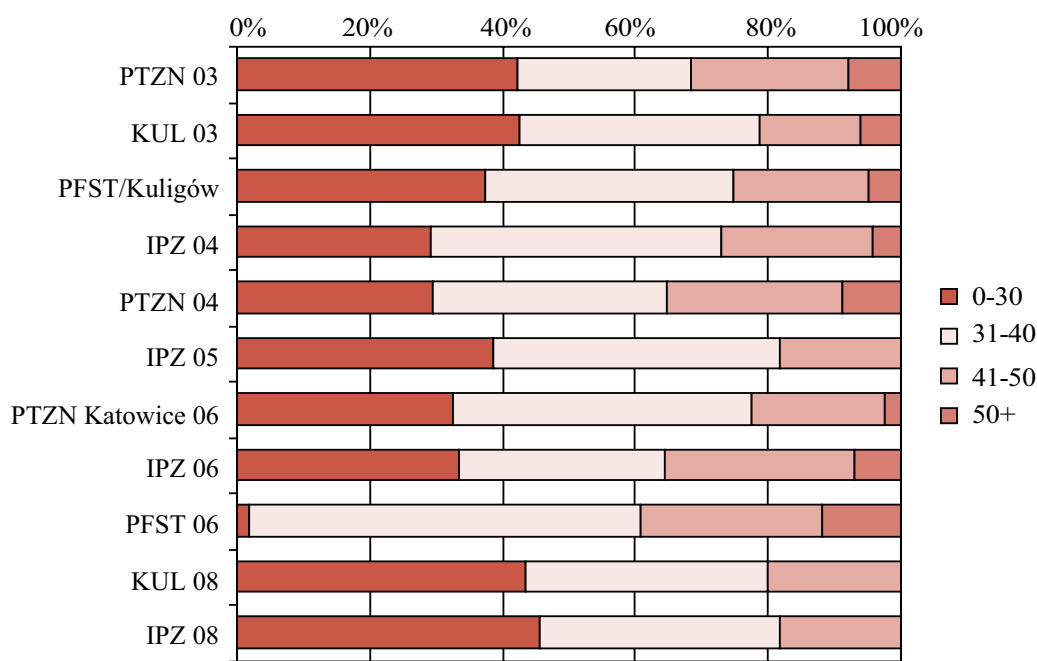
mentem jest zdominowanie listy ośrodków stażowych przez placówki stacjonarne, co ogranicza rozwój umiejętności terapeutycznych potrzebnych do pracy w innych miejscach niż ośrodki zamknięte.

Inne problemy pojawiają się w przypadku superwizji klinicznej. Występują duże różnice dotyczące wymagań stawianych przez superwizorów. Jedni żądają prezentacji pracy na nośnikach elektronicznych, inni akceptują wyłącznie omówienie przez superwizantów określonych problemów, których doświadczają w pracy jako terapeuci. Różnice dotyczą także zakresu superwizji. Jedni superwizorzy koncentrują się na relacji terapeutycznej, inni zajmują się także procesem diagnozy czy przygotowaniem studium przypadku na egzamin. Wszystkie powyższe zagadnienia wymagają bardziej szczegółowych ustaleń, co jest zaplanowane na 2009 rok.

## Planowane zmiany prawne

W ciągu kolejnych lat wdrażania systemu szkoleń zaobserwowaliśmy, że istnieje całkiem spora grupa osób, które po ukończeniu szkolenia przez kilka lat nie przystępują do egzaminu. Przez odpowiednią zmianę przepisów ustawy chcielibyśmy zmotywować instruktorów i specjalistów terapii uzależnień, aby

**Wykres 2. Zestawienie danych o wieku uczestników certyfikowanych szkoleń w latach 2003–2008 we wszystkich podmiotach szkolących**



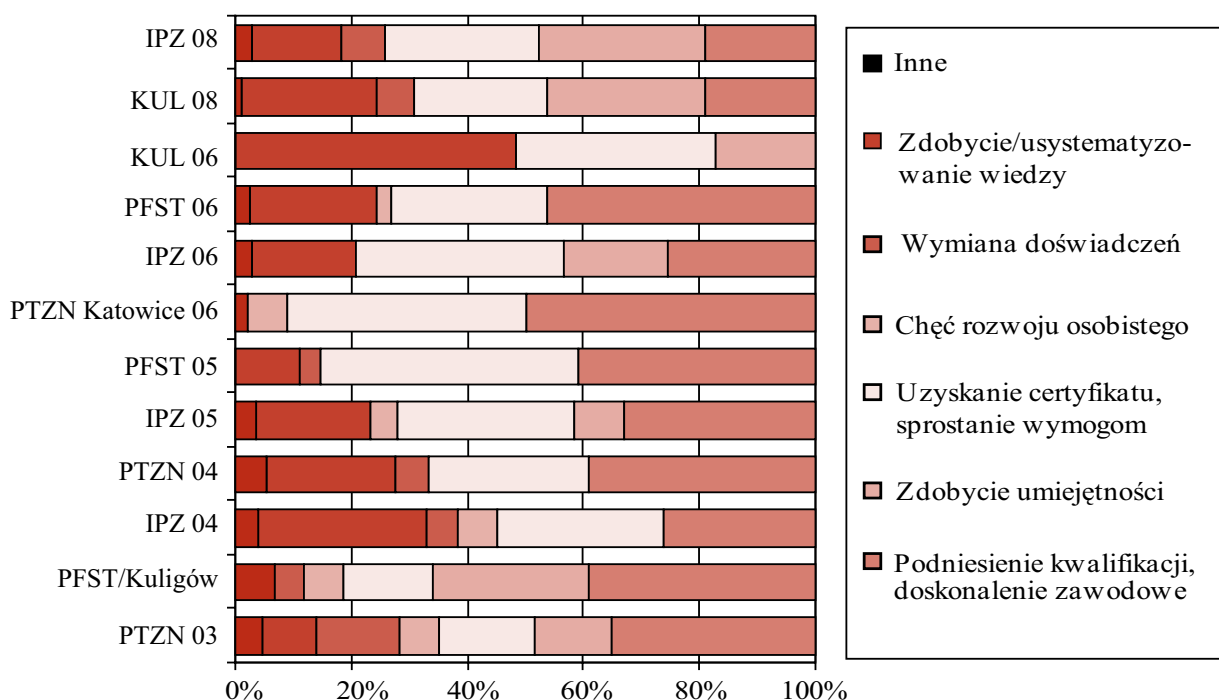


przystępowali do egzaminu nie później niż półtora roku po ukończeniu szkolenia – a nie po trzech czy czterech latach, jak to się zdarza obecnie. Zamierzamy też poszerzyć katalog kierunków studiów, których ukończenie będzie uprawniało do podjęcia szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień np. o filozofię. Dobra wiadomość jest także dla absolwentów innych studiów humanistycznych i społecznych. Zgodnie z przygotowywanym projektem nowelizacji ustawy także oni po zdobyciu tytułu magistra oraz ukończeniu studiów podyplomowych z resocjalizacji, socjoterapii czy pedagogiki będą mogli przystępować do szkolenia w zakresie specjalisty terapii uzależnień. Ponadto wspólnie z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ustaliliśmy, że osoby, które uzyskały tytuł specjalisty lub instruktora terapii uzależnień od narkotyków, nie będą musiały przechodzić całego cyklu szkoleniowego chcąc otrzymać tytuł specjalisty psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub instruktora. W takich wypadkach wystarczy pomyślne zdanie egzaminu końcowego. Takie same rozwiązania będą miały zastosowanie w przypadku absolwentów szkoleń prowadzonych pod nadzorem PARPA.

## Refleksje poegzaminacyjne

Od 2008 roku Krajowe Biuro jest odpowiedzialne za przeprowadzanie egzaminów końcowych. Do tej pory, zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, to podmioty szkolące miały nad nimi nadzór. Przebieg egzaminów w sesji wiosennej i jesiennej 2008 roku skłania do kilku refleksji i umożliwia sformułowanie istotnych rekomendacji. Po analizie części pisemnej (testowej) egzaminu wydaje się, że słuchacze zbyt małe znaczenie przykładają do czytania zalecanych lektur, a znaczna część pytań jest sformułowana na ich podstawie. Przygotowanie studium przypadku na część ustną egzaminu także stwarza pewne problemy. Najczęściej popełniany błąd polega na zaprezentowaniu bardzo szczegółowej diagnozy, przy równoczesnym powierzchownym opisie postępowania terapeutycznego. Ponadto często występują trudności w powiązaniu wyników postępowania diagnostycznego z planem postępowania terapeutycznego. Niekiedy odnosi się wrażenie, że diagnoza oraz ustalenie planu terapii to dwa niezależne procesy, pomiędzy którymi trudno dostrzec związek. Z kolei instruktorzy terapii uzależnień często opisują całość postępowania tera-

**Wykres 3. Zestawienie danych o motywacji uczestników do podjęcia szkolenia (lata 2003–2008 we wszystkich podmiotach szkolących)**



peutycznego, podczas gdy komisję egzaminacyjną najbardziej interesuje refleksja zdającego instruktora nad jego rolą i udziałem w prowadzonych oddziaływaniach terapeutycznych. Warto, aby przed egzaminem słuchacze wzięli pod uwagę kilka wskazówek:

- Zapoznali się z obowiązkowymi lekturami (spis dostępny na stronie internetowej Krajowego Biura [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) w części System szkoleń).
- Przygotowując studium przypadku, należy w równej mierze koncentrować się zarówno na diagnozie, jak i na opisie podejmowanych oddziaływań terapeutycznych.
- W przygotowanym studium przypadku należy opisać, jaki był związek pomiędzy diagnozą, podjętymi przez terapeutę działaniami oraz efektami terapii.
- W przypadku instruktorów terapii uzależnień, należy przede wszystkim opisać tę część oddziaływań

terapeutycznych, za którą był odpowiedzialny sam zdający.

Zachęcam również uczestników szkoleń do zapoznania się ze stroną internetową Krajowego Biura [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl), na której znaleźć można m.in. aktualne informacje na temat zasad prowadzenia staży i supervizji klinicznej, warunków dofinansowania szkoleń przez Krajowe Biuro, ośrodków stażowych oraz proponowanych programów staży.

### Przypisy

- <sup>1</sup> Z. Thielle – w latach 1971–76 ordynator oddziału leczenia toksykomanów przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu, autor pionierskiej pracy „Toksykomanie, zagadnienia społeczne i kliniczne” Thielle, Zgierski, 1976, PZWL.
- <sup>2</sup> E. Andrzejewska – w latach 70. ordynator Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży Uzależnionej Lekowo w Garwolinie.

## Jak powstawał system szkoleń i certyfikacji w dziedzinie uzależnienia od narkotyków?

W 2000 roku dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński, uznając stworzenie systemu szkoleń za jedno z priorytetowych zadań, powołał zespół do opracowania założeń systemu szkoleń i certyfikacji. Jego najbardziej aktywnymi członkami byli: Piotr Adamiak, Bogusława Bukowska – koordynator, Karina Chmielewska, Piotr Jabłoński, Marek Liciński, Jolanta Łazuga-Koczurowska, Elżbieta Rachowska, Marek Zygałto.

Istotny wkład w końcowy efekt prac zespołu miała także Elżbieta Waniewska z Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia, która opracowane założenia merytoryczne przełożyła na język przepisów i znalazła rozwiązanie dla wielu problemów natury prawnej.

W znowelizowanej w 2000 roku ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzono art. 14 ust. 2a, mówiący o możliwości prowadzenia rehabilitacji pacjentów uzależnionych od narkotyków przez osoby posiadające wykształcenie co najmniej średnie, o ile ukończyły specjalistyczne szkolenie zatwierdzone i certyfikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Na podstawie art. 14 ust. 2a ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii 6 marca 2002 roku zostało podpisane porozumienie pomiędzy ministrem zdrowia a dyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w sprawie powierzenia przez ministra prowadzenia postępowania certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków dyrektorowi Krajowego Biura.

Pierwszym podmiotem szkolącym w trybie skróconym było Polskie Towarzystwo Psychologiczne, które w 2002 roku przeprowadziło szkolenie dla najbardziej doświadczonych terapeutów uzależnień, z co najmniej 10-letnim stażem pracy w terapii uzależnienia od narkotyków. Kierownikiem tego szkolenia była Anna Ciupa. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodziła: Alicja Bukowska, Bogusława Bukowska, Anna Ciupa, Karina Chmielewska i Paweł Świątki.

Pierwsze szkolenie w trybie pełnym zostało przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oddział w Zielonej Górze we współpracy z Uniwersytetem w Zielonej Górze. Jego kierownikiem była prof. Dorota Rybczyńska.

Od 2002 roku system szkoleń i certyfikacji wspiera prof. Czesław Czabała, który aktywnie włączył się w proces kształcenia supervisorów oraz przewodniczył wielu zespołom działającym na rzecz systemu szkoleń.

Obecnie system działa na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.

*Wraz z rozwojem nowych technologii zwiększają się też możliwości świadczenia pomocy osobom uzależnionym oraz ich bliskim. W Polsce działa już serwis internetowy, w którym specjaliści udzielają porad i wsparcia za pośrednictwem poczty elektronicznej.*

## DO INTERNETU PO POMOC

**Tomasz Kowalewicz**  
**Fundacja Praesterno**

Pod internetowym adresem [www.narkomania.org.pl](http://www.narkomania.org.pl) działa Serwis pomocowo-edukacyjny adresowany do wszystkich osób, które stykają się z problemem narkomanii – zarówno do młodych ludzi (także do tych, którzy biorą narkotyki) i rodziców, jak i do nauczycieli oraz do specjalistów, zajmujących się terapią osób uzależnionych bądź profilaktyką osób zagrożonych uzależnieniem.

Od 2004 roku – na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Serwisem zarządza Fundacja Praesterno, która od połowy lat 90. uczestniczy w prowadzeniu w 8 miastach w Polsce programu przeciwdziałania młodzieżowej patologii społecznej, współpracuje ze szkołami, realizując zajęcia profilaktyczne dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, oferuje również programy szkoleniowe i inne formy doskonalenia zawodowego dla nauczycieli i osób działających w obszarze profilaktyki.

### Internet gwarantuje anonimowość

*Kobieta, lat 50: Mam 21-letniego syna, który jest uzależniony od narkotyków. Rok temu ukradł mi bardzo dużo pieniędzy. Obecnie pracuje, jednakże zamierza rzucić pracę, gdyż, jak mówi, nie lubi jej. Obawiam się, że gdy to zrobi, znowu zacznie wynosić z domu rzeczy i kraść pieniądze. Mąż grozi synowi, że jeżeli nie będzie pracował, to wyrzuci go z domu. Nie wiem, co robić. Czy wyrzucenie syna z domu w takiej sytuacji to dobry pomysł?*

Zainicjowanie udzielania w internecie pomocy osobom mającym problem z narkotykami oraz ich bliskim związane było z zauważeniem rosnącej roli internetu jako medium, z którego korzysta coraz większa część naszego społeczeństwa. O ile w 2004 roku co czwarte gospodarstwo domowe deklarowało posiadanie dostępu do sieci, o tyle w 2005 roku odsetek gospodarstw

domowych wyposażonych w internet wynosił już 30%. W liczbach bezwzględnych to wzrost o ponad pół miliona gospodarstw domowych.

Stopień wyposażenia gospodarstw domowych w urządzenia i technologie informacyjno-telekomunikacyjne oraz w dostęp do sieci jest znacznie zróżnicowany w zależności od wysokości dochodów i wielkości miejscowości zamieszkania. Internet w domu posiada (dane za 2005 rok):

- aż 71% gospodarstw deklaruujących miesięczny dochód netto powyżej 7200 zł (i tylko 14% gospodarstw z dochodem poniżej 1440 zł netto miesięcznie),
- 40% gospodarstw zlokalizowanych w miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców (i tylko 19% gospodarstw wiejskich).

Drugą istotną cechą internetu – poza rosnącą powszechnością dostępu – to anonimowość kontaktu realizowanego za jego pomocą. Wysłanie e-maila w żadnym stopniu nie narusza prywatności autora i umożliwia zadanie dowolnego pytania bez ryzyka ujawnienia się.

Wydaje się, że te dwie cechy medium (rosnąca powszechność dostępu oraz anonimowość kontaktu) istotnie wpłynęły na sukces, jakim okazała się internetowa poradnia antynarkotykowa.

### Struktura Serwisu

*Dziewczyna, lat 17: Mam koleżankę, która bierze narkotyki, chcę jej pomóc zerwać z uzależnieniem. Jak to zrobić? Pomóżcie. Może kiedyś będzie mi wdzięczna, no nie?*

### Poradnia i FAQ

Podstawową sekcję Serwisu stanowi poradnia, gdzie internauci mogą zadawać pytania, korzystając ze standardowego ekranu.

Poza sformulowaniem pytania autor e-maila proszony jest o podanie swojej płci, wieku, miejscowości zamieszkania, województwa. Pytający musi też określić adresata – psychologa, lekarza lub prawnika (dane na ich temat zostały spersonalizowane – użytkownikom znane są nazwiska ekspertów udzielających odpowiedzi). W Serwisie znajduje się strona z najczęściej zadawanymi psychologowi i lekarzowi pytaniami oraz odpowiedzi na te pytania (FAQ).



## Bazy danych

Klienci Serwisu mają do dyspozycji kilka baz danych:

a. ogólnopolską bazę placówek pomocowych świadczących usługi osobom uzależnionym i zagrożonym uzależnieniem (baza została opracowana na podstawie wydanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogólnopolskiego informatora „Gdzie szukać pomocy”).

Bazę można przeszukiwać według dwóch kryteriów:

- województwa,
- rodzaju placówki (ambulatoryjna, detoksykacyjna, stacjonarna, prowadząca badania na obecność HIV).

W bazie znajduje się ogółem 461 placówek.

b. poza ogólnopolską bazą placówek pomocowych ta sekcja Serwisu zawiera ogólnopolskie telefony zaufania,

c. sekcja zawiera także bazę danych o pozarządowych organizacjach świadczących na terenie Warszawy pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków oraz ich bliskich, a także informacje o konkretnych placówkach i programach pomocy.

## Czytelnia

Kolejnym działem oferowanym przez Serwis jest czytelnia z kilkudziesięcioma artykułami uporządkowanymi według następujących tematów:

- badania,
- metody leczenia stosowane w Polsce,
- narkomania na świecie,
- pomoc,
- prawo,
- profilaktyka,
- promocja zdrowego stylu życia,
- wychowanie.

Do najczęściej czytanych artykułów, umieszczonych w Serwisie, należą:

- Marii Monety-Malewskiej – „Jak poznać, że ktoś zażywa narkotyki?”,
- „Raport o stanie zagrożenia demoralizacją i przestępczością nieletnich oraz patologiami wśród dzieci i młodzieży w województwie wielkopolskim”,
- Mieczysława Wojciechowskiego – „Od inicjacji do uzależnienia”,
- Roberta Rejniaka – „Formy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków”,
- Grażyny Świątkiewicz – „Szybka ocena i reakcja”.



## Przegląd książek i czasopism

Na oddzielnych stronach Serwis proponuje przegląd książek poświęconych problematyce narkomanii oraz informuje o wydawanych w Polsce wybranych czasopismach poruszających problemy dotyczące narkomanii („Alkoholizm i Narkomania”, „KARAN – Narkomanii Nie”, „Remedium”, „Serwis Informacyjny Narkomania”, „Monar na Bajzlu”).



## Działanie poradni internetowej

Kobieta, lat 30: *Czy z palenia heroiny można wyjść samemu, bez terapii, pomocy psychologa? Dokładnie rok temu dowiedziałam się, że mój facet od 1,5 roku pali heroinę. Mimo wielu rozmów nie zdecydował się na terapię, bo stwierdził, że takich starych jak on (30 lat) to nigdzie nie leczą, a ośrodki są prowadzone tylko dla młodych. Jego kolega, ponoć trzeźwy narkoman, nawbił mi do głowy, że po kilkudniowym głodzie Adam sam dojdzie do siebie i przy odrobinie silnej woli wyjdzie bez pomocy ośrodka. Czułam, że mnie wręczają, ale chciałam w to wierzyć.*

W poradni internetowej każdy może sformułować pytanie i w łatwy sposób skierować je do specjalisty (wysyłane jest ze strony www, nie wymaga otwierania żadnego programu pocztowego, wystarczy kliknąć przycisk „wyślij”). Internauta samodzielnie decyduje, do którego spośród trzech specjalistów (lekarza, prawnika, psychologa) trafi jego pytanie. Na ogół wybór użytkowników jest właściwy, choć czasem zdarza się, że specjaliści przekazują sobie otrzymane wiadomości (np. psycholog odsyła pytanie do lekarza, powiadamiając o tym fakcie autora).

Na ogół odpowiedzi udziela się w ciągu 24 godzin od otrzymania wiadomości, choć oczywiście (np. w dniach, w których pojawia się dużo pytań albo jeśli pytanie dotyczy trudnego problemu) zdarza się, że jej opracowanie przedłuża się, a wtedy porada trafia do pytającego nieco później.

Miesięcznie do poradni wpływa około 200 pytań. Prawie 2/3 pytań (63%) jest kierowanych do psychologa, 1/3 (34%) do lekarza, 3% do prawnika.

Najczęściej do poradni piszą osoby, w których najbliższym otoczeniu znajdują się używający mniej lub bardziej intensywnie środków psychoaktywnych (52%). Ponad połowa tych pytających to znajomi – koledzy, przyjaciele lub partnerzy – zaniepokojeni i bezradni w kontakcie z bliskimi biorącymi narkotyki. Druga kategoria w tej grupie to członkowie rodziny biorących narkotyki (najczęściej rodzice lub rodzeństwo). Osoby używające środków psychoaktywnych stanowią 42% pytających. Wśród osób piszących 6% stanowią osoby proszące o materiały informacyjne na temat narkotyków oraz poszukujące teoretycznej wiedzy dotyczącej narkomanii.

Niemal 2/3 pytających (63%) stanowią kobiety, nieco ponad 1/3 (37%) – mężczyźni. Co piąty pytający jest w wieku poniżej 18 lat, 70% to osoby dorosłe (od 18. roku życia), 10% nie podało swojego wieku.

W miejscowościach liczących do 50 tys. mieszkańców mieszka 30% respondentów, 13% pochodzi z miast liczących 50-100 tys. mieszkańców, a 57% z miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Najczęstszymi narkotykami, których dotyczy problem poruszany w e-mailach, są marihuana i amfetamina.



## Najczęstsze pytania i problemy

Mężczyzna, lat 25: *Od 7 lat palę marihuanę, odkąd zamieszkałem w Gdańsku, ponad 2 lata palę codziennie, po kilka skrętów, do tego 2 piwa, a w weekendy zdarzają się i inne narkotyki. Od 7 dni jestem zupełnie czysty, mam strasznie dość swojego życia w uzależnieniu. Mam jednak problem z utrzymaniem trzeźwości: od roku regularnie rzucam ćpanie co kilka miesięcy, jednak wytrzymuję tylko od jednego do 4 tygodni. Nie mam tyle siły, aby pokonać mój problem. Wszyscy wokół mnie tak żyją – moi znajomi, w szczególności moja dziewczyna.*

Różne kategorie osób zadających pytania zwracają się z różnymi problemami. Używający środków psychoaktywnych najczęściej skarżą się na rozmaite dolegliwości somatyczne i psychoemocjonalne, chcąc albo dowiedzieć się, czy są one skutkiem brania narkotyków, albo jak poradzić sobie z nimi (często wskazują dolegliwości, których doświadczają po odstawieniu narkotyków). Zdarza się, że – po opisie doświadczeń ze środkami psychoaktywnymi – pada pytanie: „Czy ja jestem uzależniony od narkotyków?”. Oddzielna kategoria problemów to pytanie, co

zrobić, żeby przestać brać narkotyki. Przy czym spora grupa piszących jawnie deklaruje niechęć osobistego udania się z tym kłopotem do specjalisty.

Podstawowy problem osób, których bliski (członek rodziny, przyjaciel, partner) używa narkotyków, stanowi poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: Jak mogę mu/jej pomóc? Zdarza się, że oferowana pomoc jest odrzucana przez uzależnionego. W takiej sytuacji pytanie przybiera postać: Jak zmusić go/ją do leczenia? W tym kontekście pojawia się czasem kwestia ubezwłasnowolnienia.

Generalną strategią realizowaną przez odpowiadających specjalistów jest przekazanie rzetelnej informacji będącej odpowiedzią na zadane pytanie (często też wskazanie źródeł internetowych, gdzie można znaleźć więcej informacji na dany temat).

Specjaliści odpowiadają poważnie także na pytania, co do których istnieje podejrzenie, że mogą być żartem, ale nie można z całą pewnością wykluczyć, że pytanie dotyczy rzeczywistego problemu (np.: *Mój 7-letni syn przyszedł wczoraj o 12 w nocy kompletnie zaćpany. Co mam zrobić?*). Podkreślenia wymaga fakt, że e-maile będące ewidentnymi wygłupami zdarzają się niezwykle rzadko.

Najczęściej udzielaniu informacji towarzyszy sugestia, by nie poprzestawać na poradzie „wirtualnej”, by „w realnym świecie” udać się do specjalisty. Tę poradę argumentuje się szczegółowo w odpowiedziach kierowanych do osób, które deklarują, że „za żadne skarby” nie pójdą do poradni uzależnień lub innej placówki tego typu. Celem jest zmniejszenie lęku pytającego przed osobistym kontaktem ze specjalistą, a fakt zwrócenia się z pytaniem do poradni internetowej interpretuje się jako potrzebę kontaktu z profesjonalistą.

Specjaliści nie prowadzą psychoterapii przez internet. Najczęściej komunikacja kończy się po udzieleniu jednej odpowiedzi na pytanie. Tylko pojedyncze osoby nawiązują dłuższą korespondencję, traktując zadawanie kolejnych pytań jako pretekst do podtrzymania kontaktu. Częściej zdarza się przesłanie przez pytającego podziękowania za poradę. Bardzo rzadko natomiast specjalista spotyka się z negatywną oceną swojej odpowiedzi na zadane pytanie.

## Poradnia wciąż się rozwija...

Chłopak, lat 18: *Mam takie pytanie... Czy po zielonym może się zrypać psychika? I w ogóle, dlaczego czuję*

*się taki pusty ostatnio? Czy to przez zielone? Bo wcale często nie palę... Nie wiem, co mi się dzieje... Czuję, że wszyscy coś przede mną ukrywają... że rozmawiają o mnie potajemnie, że mnie obgadują. Żle mi przez to. Proszę, niech mi coś ktoś powie, bo nie wiem, co się ze mną dzieje...*

Dwa i pół roku prowadzenia przez Fundację Praesterno internetowej poradni udowodniło sens jej istnienia. Potrzebne okazało się miejsce, w którym ludzie przeżywający problemy z narkotykami – własne lub swoich bliskich – mogą otrzymać pomoc w postaci informacji e-mailowej na nurtujące ich pytania. Niewątpliwą zaletą tej formy komunikacji jest gwarancja anonimowości pytającego oraz łatwość (jeśli dysponuje dostępem do internetu) zwrócenia się do specjalisty z wątpliwościami i problemami. Tego typu poradnictwo nie stanowi oczywiście alternatywy dla skutecznych działań mających na celu wyjście z narkomanii lub udzielenie poważniejszej pomocy osobom współuzależnionym. Ale też nie taki cel postawiła przed sobą nasza poradnia.

Na bieżąco rozbudowuje się i uzupełnia w Serwisie bazę artykułów (dział Czytelnia) umożliwiających osobom poszukującym informacji poszerzenie wiedzy na interesujące ich tematy. Szczególny nacisk kładzie się na zwiększenie bazy artykułów poradniczych, które – jak pokazuje ranking najczęściej czytanych materiałów – cieszą się największym zainteresowaniem użytkowników Serwisu.

Rozbudowywany jest też dział FAQ – najczęściej zadawanych pytań wraz ze standardowymi odpowiedziami (choć często zapoznanie się z odpowiedziami na te pytania prowokuje osoby zainteresowane do zwrócenia się ze szczegółowym pytaniem do specjalisty).

\* \* \*

Analizując dotychczasowe funkcjonowanie poradni internetowej, można przypuszczać, że znaczenie tej formy kontaktu z osobami dotkniętymi zjawiskiem narkomanii będzie wzrastać. Wirtualna pomoc nie zastąpi kontaktu ze specjalistami, może jednak odegrać niebagatelną rolę w motywowaniu do odwiedzenia właściwych placówek oferujących profesjonalną pomoc uzależnionym oraz ich bliskim.

*Artykuł stanowi przedruk z Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA, nr 2/2006.*

## OGÓLNOPOLSKIE KAMPANIE EDUKACYJNE

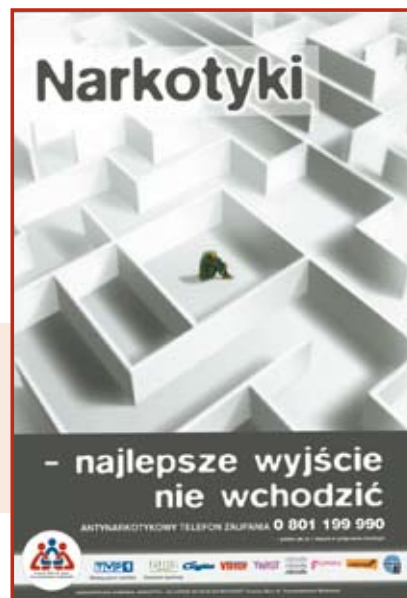


### 2000–2001 „ZNAJDŹ CZAS DLA SWOJEGO DZIECKA”

Głównym przesłaniem kampanii skierowanej do rodziców i opiekunów było zwrócenie uwagi na znaczenie rodziny jako czynnika chroniącego dziecko przed używaniem narkotyków oraz podkreślenie roli wychowawczej rodziców bądź opiekunów w profilaktyce uzależnień.

### 2002–2003 „NARKOTYKI – NAJLEPSZE WYJŚCIE NIE WCHODZIĆ”

Zadaniem kampanii było uwrażliwienie młodzieży na fakt, że używanie narkotyków wiąże się z poważnymi szkodami zdrowotnymi i społecznymi. Jednym z istotnych jej elementów były działania nastawione na zwiększenie bezpieczeństwa młodzieży w miejscach rekreacji, głównie w klubach, dyskotekach i na koncertach.



### 2004 „UCZELNIE WOLNE OD NARKOTYKÓW”

Kampania prowadzona wspólnie z Kancelarią Prezydenta RP zachęcała organizacje studenckie oraz władze uczelni do podejmowania na ich terenie oraz w domach studenckich działań profilaktycznych na rzecz ograniczania używania narkotyków przez młodzież akademicką. W ramach kampanii Krajowe Biuro zleciło przeprowadzenie badania na temat używania środków psychoaktywnych przez studentów oraz wydało broszurę informacyjno-edukacyjną.

### 2005–2006 „BLIŻEJ SIEBIE – DALEJ OD NARKOTYKÓW”

Przewodnią ideą kampanii była teza, że dobre relacje pomiędzy rodzicami bądź opiekunami i dziećmi służą budowaniu więzi i bliskości, co w znacznym stopniu chroni młodzież przed sięganiem po substancje psychoaktywne, a zwłaszcza przed uzależnieniem. Celem kampanii było uwrażliwienie rodziców i opiekunów na problemy związane z zjawiskiem narkomanii, podniesienie społecznego poziomu wiedzy w tym zakresie, a jednocześnie podkreślenie znaczenia dobrej komunikacji w rodzinie. W pierwszym roku przekaz kampanii – poprzez hasło „Rozmawiaj więcej ze swoim dzieckiem” – zwracał uwagę na dialog jako jeden z najważniejszych elementów budowania dobrych relacji w rodzinie. W drugim roku większą uwagę skupiono już na jakości tych relacji, posługując się hasłem „Szukaj porozumienia ze swoim dzieckiem”.





## OGÓLNOPOLSKIE KAMPANIE EDUKACYJNE



### 2006–2007 „WSPARCIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII”

Kampania skierowana do społeczności lokalnych miała na celu wsparcie samorządów w skutecznym zapobieganiu narkomanii. Adresatami projektu były gminne władze samorządowe, pracownicy pomocy społecznej, placówek oświatowych, policji, lokalnych organizacji pozarządowych oraz całe społeczeństwo obywatelskie. Projekt został zrealizowany w ramach programu Transition Facility 2004 przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnych przy współpracy Krajowego Biura. Zaangażowały się w niego 802 gminy, a efektem całego przedsięwzięcia było przygotowanie ponad 450 gminnych programów przeciwdziałania narkomanii oraz wydanie podręcznika na temat budowania lokalnych strategii zapobiegania narkomanii.

### 2007–2008 „PILNUJ DRINKA”

Kampania informacyjna dotycząca bezpieczeństwa młodzieży podczas imprez muzycznych w klubach i dyskotekach. Celem kampanii było zwrócenie uwagi na zagrożenia związane z substancjami dodawanymi do napojów w celu oszołomienia przyszłej ofiary, i to najczęściej z zamiarem dokonania na niej gwałtu, kradzieży lub innego przestępstwa. Na potrzeby kampanii powstała strona internetowa – [www.pilnujdrinka.pl](http://www.pilnujdrinka.pl) – informująca o substancjach i ich niebezpiecznym działaniu, a także zawierająca porady, jak się przed tym ustrzec i co robić, gdy padnie się ofiarą takiego przestępstwa.



### 2008 „CZY WIESZ, CO PRZEWOZISZ?”

Kampania informacyjna dotycząca bezpieczeństwa obywateli polskich podczas podróży zagranicznych. Kampania pod patronatem ministra zdrowia oraz ministra spraw wewnętrznych i administracji miała na celu ochronę polskich turystów przed nieświadomym przemytem. Działania profilaktyczne podjęte w jej ramach miały zwrócić uwagę podróżnych udających się za granicę na istniejące zagrożenia ze strony narkotykowych grup przestępczych, zachęcając jednocześnie do nawyku kontroli bagażu i stałego nad nim nadzoru.

DM



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

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

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: (022) 621 27 98

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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne