



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (46) 2009

NR 2

2009

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

zajęci bieżącą pracą, zawalenii sprawami „nie cierpiącymi zwłoki” i problemami wymagającymi natychmiastowego rozwiązania, rzadko mamy czas, aby spojrzeć na dziedzinę, którą się zajmujemy z dystansem i zastanowić się, jak sprawy mają się w szerszej perspektywie i dłuższym okresie czasowym. Do takiej refleksji zmusza lektura raportu ESPAD na temat doświadczeń młodzieży europejskiej ze środkami psychoaktywnymi. Ten największy europejski program badawczy dotyczący używania środków psychoaktywnych został przeprowadzony w 2007 roku już po raz czwarty, w 35 krajach europejskich, z wykorzystaniem podobnego kwestionariusza – zastosowanego zarówno w każdym kraju realizującym program, jak i w poprzednich pomiarach, które miały miejsce w latach 1995, 1999 i 2003. We wszystkich edycjach badano młodzież w wieku 15 i 16 lat. Raport przedstawia rozmiar i intensywność doświadczeń młodzieży z paleniem tytoniu, piciem alkoholu, używaniem narkotyków oraz przyjmowaniem leków nasennych i uspokajających bez przepisu lekarza. Gorąco zachęcam do zapoznania się z omówieniem raportu oraz dodatkowym opisem prezentującym polskie dane w kontekście rezultatów europejskich. Podsumowanie wyników jest optymistyczne. Zarówno na poziomie europejskim, jak i w naszym kraju rejestrujemy wyhamowanie trendu wzrostowego konsumpcji środków psychoaktywnych obserwowanego we wcześniejszych pomiarach. Czy nastąpiła trwała zmiana stylu życia młodzieży europejskiej, czy mamy do czynienia z chwilowym odwróceniem tendencji? Odpowiedź przyniesie kolejna edycja programu badawczego.

Nie cichnie dyskusja wokół marihuany na temat stopnia jej szkodliwości i właściwości uzależniających. W poprzednim numerze Serwisu zrelacjonowano wybór badań naukowych rozstrząsających tę kwestię, z których konkluzja była oczywista: zażywanie cannabis zwiększa ryzyko występowania objawów psychotycznych i afektywnych. W bieżącym numerze Serwisu dr Jarosław Uziałło potwierdza tezę mówiącą o tym, że marihuana uzależnia. Artykuł koncentruje się na neurobiologicznych mechanizmach wpływu środków psychoaktywnych na organizm. Analiza działania THC – substancji czynnej w cannabis – pokazuje, że pobudza ona układ nagrody w mózgu, podobnie jak inne substancje psychoaktywne. Z danych klinicznych wynika, że osoby palące marihuanę uzależniają się trwale w około 10% przypadków. Odstawienie marihuany powoduje niepokój, zaburzenia snu, bóle głowy. Nastrój obniża się, nawet do stanu depresji. Pojawia się anhedonia. Obecność objawów abstynencyjnych potwierdza fakt, że marihuana jest silnym narkotykiem.

Gościem tego numeru jest Andrew Tatarsky – autor wydanej przez KBPN książki „Redukcja szkód w psychoterapii”. W udzielonym wywiadzie przekonująco uzasadnia konieczność rozwijania programów substytucyjnych, podkreślając, że podejście drug free pozostawia poza skutecznymi programami pomocy szereg osób uzależnionych, ponieważ rozmija się często z potrzebami i możliwościami wielu pacjentów. Tatarsky przypuszcza, że nasze poglądy w tej sprawie wynikają ze starego, sztywnego systemu myślenia, a nie z faktów i nie są poparte rzetelną teorią naukową. Według Gościa Serwisu, sposobem na zmianę postaw jest zapewnienie środowisku działającemu w obszarze uzależnień poczucia bezpieczeństwa, przekonanie go, że model redukcji szkód nie stanowi zagrożenia dla jego egzystencji, wprost przeciwnie – zwiększa możliwość efektywnego działania.

Problematykę redukcji szkód poruszaną w aktualnym numerze Serwisu uzupełnia doniesienie z badania klientów programów niskoprogowych, zrealizowanego równolegle w Polsce i we Francji. Polskie wyniki pokazują, że w ostatnich latach spada liczba programów wymiany igieł i strzykawek oraz liczba punktów wymiany. Może to być skutkiem spadku popytu na te usługi (w związku z objęciem dotychczasowych klientów programami substytucyjnymi, spadkiem popularności iniekcyjnego zażywania narkotyków). Mimo zmniejszenia ilości programów, nie zmniejszyła się średnia ilość igieł na jednego użytkownika (czyli dostępność do czystych igieł pozostaje na dotychczasowym poziomie). Mimo tego tylko niewiele mniej niż co trzeci badany używa wielokrotnie tego samego „sprzętu”!

Brak miejsca nie pozwala na prezentację wszystkich artykułów obecnych w aktualnym numerze Serwisu. Zwrócę jeszcze tylko uwagę na omówienie materiałów z internetu, wskazujących na zmianę paradygmatu w globalnym podejściu do problematyki narkomanii. Odpowiedź na pytanie zadane w tytule doniesienia: „Czy wojna z narkotykami odchodzi w przeszłość?”, wydaje się być pozytywna. Administracja Baracka Obamy oficjalnie zakończyła „wojnę z narkotykami” jako obowiązującą doktrynę rządu, rozpoczętą za kadencji prezydenta Richarda Nixona w 1969 roku. Stany Zjednoczone rozpoczynają nowy rozdział w polityce narkotykowej, oparty na edukacji, profilaktyce i redukcji szkód.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

WYJŚĆ NAPRZECIW LUDZIOM UZALEŻNIONYM

Z Andrew Tatarskim rozmawia Mateusz Mularski 2

Współpraca międzynarodowa

ANTYNARKOTYKOWY PLAN DZIAŁAŃ UNII EUROPEJSKIEJ NA LATA 2009–2012

Waldemar Krawczyk 5

Profilaktyka

MECHANIZMY PERSWAZJI I REKLAMY ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH W INTERNECIE – CZĘŚĆ II

Tomasz Zakrzewski 11

REALIZACJA ZAJĘĆ Z MŁODZIEŻĄ W RAMACH PROGRAMU „FRED GOES NET”

Robert Rejniak 14

Leczenie, redukcja szkód

BIOLOGICZNE PODSTAWY UZALEŻNIEŃ

Jarosław Uziółło 20

Współpraca międzynarodowa

KALENDARIUM WYDARZEŃ 25

Badania, raporty

PIERWSZE OGÓLNOPOLSKIE BADANIE KLIENTÓW ORAZ PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH

Artur Malczewski 26

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ UCZNIÓW – WYNIKI BADAŃ ESPAD

..... 32

POLSKA NA TLE EUROPY 36

Społeczności lokalne, regiony

WDRAŻANIE SZYBKIEJ OCENY SYTUACJI ORAZ STAN PRAC NAD MONITOROWANIEM PROBLEMU NARKOTYKÓW

Artur Malczewski 38

OWOCNA DEKADA

Anna Mroczek 41

Recenzja

WYKORZYSTANIE INTERNETU DO POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM 47

KOMUNIKAT 48

Internet

CZY WOJNA Z NARKOTYKAMI ODCHODZI W PRZESZŁOŚĆ? III i IV okładka

Andrew Tatarsky jest doktorem psychologii klinicznej. Prowadzi prywatną praktykę w Nowym Jorku i specjalizuje się w psychoterapii uzależnień od alkoholu i narkotyków skoncentrowanej na redukcji szkód. Jego podejście do leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych ewoluowało przez ponad dwadzieścia lat pracy psychoterapeuty, superwizora, dyrektora programu, wykładowcy. Posiada znaczący dorobek na polu leczenia uzależnień i redukcji szkód. Wykładał na New School University, City University of New York i Alcoholism Council of New York. Kierował ambulatoryjnymi programami odwykowymi w Washton Institute of Addictions, University of Medicine and Dentistry of New Jersey i wieloma innymi. Autor licznych publikacji na temat uzależnień, polskiemu środowisku terapeutycznemu znany jest głównie z książki „Redukcja szkód w psychoterapii”, wydanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2007 roku.

WYJŚĆ NAPRZECIW LUDZIOM UZALEŻNIONYM

Z Andrew Tatarskim rozmawia Mateusz Mularski



– Jak Pan sądzi, dlaczego oferowanie klientom tylko terapii polegającej na pełnej abstynencji nie jest wystarczające?

Problem z oferowaniem klientom terapii polegającej tylko na pełnej abstynencji leży w tym, że w stosunku do większości ludzi uzależnionych takie podejście nie jest efektywne.

Biorąc pod uwagę dane statystyczne, możemy stwierdzić, że tylko niewielki odsetek tej populacji jest zainteresowany korzystaniem z tego typu oferty leczenia. Terapia polegająca na pełnej abstynencji jest bardzo wymagająca i tak naprawdę pomaga wyjść z nałogu wyłącznie małej grupie ludzi spośród tych, którzy zdecydują się na taką formę leczenia. Ponadto terapia abstynencyjna sama w sobie jest ograniczona, bo już na samym początku stwarza barierę w postaci pełnej abstynencji ludziom, którzy nie zawsze są zdecydowani na tak ogromną życiową zmianę. Ale są być może gotowi na inne pozytywne zmiany w swoim zachowaniu. Całkowita abstynencja to dla wielu osób poprzeczka postawiona zbyt wysoko, i tak naprawdę tylko mały procent spośród ogromnej rzeszy ludzi uzależnionych jest w stanie zaakceptować takie rozwiązanie. A zatem już na starcie ograniczamy sobie własne

możliwości interwencji terapeutycznej, a tym samym uniemożliwiamy większości uzależnionym rozpoczęcie procesu leczenia. I tak na dobrą sprawę w tradycyjnym modelu proces terapii nie zaczyna się w tym miejscu, w którym powinien, czyli w miejscu, w którym są klienci. Większość z nich to czynni narkomani, którzy być może nie do końca mają sprecyzowane cele dotyczące swojego leczenia. Na przykład część z nich może być zainteresowana tylko ograniczeniem używania substancji psychoaktywnych albo chce używać ich w bezpieczniejszy sposób. Reasumując, oferta terapii polegającej na pełnej abstynencji nie jest skierowana do wszystkich uzależnionych, tylko do małej grupy osób, które są zdeterminowane do leczenia.

– Na czym polega psychoterapia oparta na redukcji szkód?

Redukcja szkód jest swego rodzaju filozofią polegającą na minimalizowaniu zagrożeń wynikających z używania środków psychoaktywnych. Jest to alternatywa w stosunku do tradycyjnych metod koncentrujących się na zachowaniu całkowitej abstynencji w trakcie leczenia. Redukcja szkód nie skupia się na abstynencji jako jedynej formie pomocy i jedynym wyznaczniku sukcesu w terapii. Redukcja szkód bierze pod uwagę każdą formę leczenia, która w jakimkolwiek stopniu przyczynia się do minimalizowania negatywnych skutków wynikających z brania narkotyków, oczywiście włączając w to także abstynencję jako jeden

z możliwych rezultatów, jakim może się zakończyć leczenie. Ale równocześnie nie zamykając drzwi do wielu innych alternatywnych metod terapeutycznych, które mogą zmniejszyć te negatywne skutki. Jako trend filozoficzny redukcja szkód ma wiele zastosowań. Na przykład bardzo ważna z punktu widzenia zdrowia publicznego jest wymiana igieł i strzykawek, co w olbrzymi sposób obniża ryzyko przenoszenia takich chorób, jak HIV czy HCV. A to chroni zarówno narkomanów, jak i całe społeczeństwo. Słowem jest to sytuacja, w której wszyscy wygrywamy.

– Problem w docieraniu do narkomanów często polega na tym, że są to jednostki bardzo dyskryminowane w swoich społecznościach. W jaki sposób Pana zdaniem terapeuci zajmujący się redukcją szkód mogą dotrzeć do tych ekstremalnie marginalizowanych środowisk?

Sądzę, że redukcja szkód jest dobrym i skutecznym narzędziem w docieraniu do środowisk ludzi uzależnionych. Rdzeniem tej filozofii jest akceptacja narkomanów takimi, jakimi są w danym momencie życia. Chodzi o to, by zaoferować im pomoc, która bazuje na współczuciu i zrozumieniu ich życiowej sytuacji oraz na pomaganiu im w podejmowaniu lepszych decyzji życiowych, a tym samym polepszeniu jakości ich życia. Innymi słowy redukcja szkód w swoim założeniu jest filozofią, która nie stygmatyzuje, ale uczłowiecza narkomana, widzi go jako jednostkę, która ma takie samo prawo do dobrej jakości leczenia jak reszta społeczeństwa. Takie podejście mówi samo za siebie i niejako zachęca ludzi uzależnionych do nawiązania kontaktu z terapeutami posługującymi się metodą redukcji szkód. Jest to zupełnie inny model podejścia do człowieka dotkniętego problemem narkotykowym niż ten, z którym spotykają się w placówkach o tradycyjnym profilu leczenia. I to ludzi do nas przekonuje.

– Dlaczego narkomani są wciąż dyskryminowani, mimo ogromu współczesnej wiedzy, jaką dysponujemy na temat tej choroby?

Sądzę, że na świecie funkcjonuje uniwersalna ideologia lub też swego rodzaju dogmat na temat narkomanów, który działa w świadomości całych społeczeństw i który stygmatyzuje, dehumanizuje obraz człowieka uzależnionego. Skąd się bierze ten pogląd i dlaczego

się utrzymuje, to bardzo skomplikowany i złożony problem.

– W jaki sposób definiuje Pan swój sukces w pracy z ludźmi uzależnionymi?

Sukces może być definiowany w bardzo różny sposób. Pierwszą miarą sukcesu jest to, że interwencja polegająca na redukcji szkód jest dużo bardziej efektywna niż tradycyjna. Dużo łatwiej jest też utrzymać klienta w procesie terapii, dzięki tworzeniu relacji terapeutycznej, szczególnej więzi między terapeutą a klientem. Poprzez wspieranie i zachęcanie klientów do kontynuowania terapii i pracowania nad sobą, w opozycji do tradycyjnych metod, które utrudniają podjęcie terapii poprzez wymóg abstynencji, co ani nie zachęca ludzi do leczenia, ani nie pomaga utrzymać się w procesie terapeutycznym. Redukcja szkód jest po prostu dużo bardziej efektywna. Jest to metoda, która wychodzi naprzeciw ludziom uzależnionym, spotyka ich tu i teraz, w takim miejscu, w jakim się znajdują i zachęca ich do podjęcia terapii. Może nie po to, by ich od razu wyleczyć, ale po to, by rozpocząć ten proces pozytywnych zmian. A potem, zamiast weryfikować sukces terapeutyczny poprzez to, czy klient utrzymuje abstynencję, czy też nie, możemy spojrzeć na jego progres terapeutyczny z różnych perspektyw. Zaczynając od redukcji ilości używek, które bierze, poprzez bezpieczniejszy sposób ich przyjmowania lub też poprzez zamianę narkotyku na inny, mniej szkodliwy. Redukcja szkód widzi problem przyjmowania narkotyków w kontekście osoby i jej środowiska, a nie zjawiska.

A zatem widzenie problemu narkotykowego w kontekście redukcji szkód jest bardziej kompleksowe i bardziej systematyczne. Możemy spojrzeć przekrojowo na wszystkie czynniki, które powodują branie narkotyków oraz negatywne efekty narkomanii jako potencjalne wskaźniki sukcesu. Tymi wskaźnikami mogą być np.: polepszenie zdrowia psychicznego i fizycznego klientów, obniżona przestępczość, poprawienie relacji rodzinnych, niższe bezrobocie. Te czynniki między innymi świadczą o tym, że redukcja szkód jest po prostu dużo bardziej efektywna.

– Wiem, że od kilku lat współpracuje Pan z polskimi terapeutami. Jakie zmiany zaobserwował Pan przez

ten czas w zakresie stosowania metody redukcji szkód w naszym kraju?

Obserwuję duży wzrost zainteresowania zagadnieniem redukcji szkód w Polsce. Zauważyłem, że rośnie grono osób, które chcą się więcej dowiedzieć na ten temat. Dotyczy to zwłaszcza środowiska specjalistów, ludzi na co dzień pracujących z osobami uzależnionymi. Wielu polskich specjalistów już od dawna wprowadza metodę redukcji szkód do istniejących już programów pomocy, które są realizowane w placówkach terapeutycznych oraz do swojej indywidualnej pracy terapeutycznej. Niektórzy nawet starają się włączyć pewne elementy redukcji szkód do praktyki tradycyjnych placówek bazujących na metodzie całkowitej abstynencji. Na przykład w Krakowie, dzięki staraniom Marka Zygadły, szefa krakowskiego Monaru, istnieje jeden z najbardziej rozwiniętych systemów pomocy osobom uzależnionym, który w pełni integruje redukcję szkód z innymi podejściami, poczynając od programu wymiany igieł i strzykawek, poprzez łatwo dostępne poradnie, możliwość psychoterapii redukcji szkód, dostępność detoksu, a kończąc na centrum rehabilitacyjnym. Zatem w Krakowie macie wspaniały model, który może służyć za przykład dla innych placówek w kraju.

– Jednak na tle Unii Europejskiej Polska wypada dość słabo. Mamy jeden z najniższych wskaźników dostępności programów redukcji szkód w Europie. Co może być tego główną przyczyną?

Niestety, nie mogę odpowiedzieć na to pytanie, wskazując na przyczyny w poszczególnych krajach. Nie mogę wskazać konkretnych przyczyn, dlaczego w Polsce jest tak, a nie inaczej. Każdy kraj, każdy region ma swoją specyfikę, historię i dynamikę społeczną, która wpływa na to, że jedne trendy przyjmują się łatwiej, a inne trudniej. Mogę jedynie powiedzieć, że na całym świecie da się zaobserwować pewną społeczno-polityczną dynamikę, gdzie mamy do czynienia z mocno zakorzenionym starym systemem terapii. Widać to w strategiach rządów, które u podstaw mają właśnie te tradycyjne modele terapii, bazujące jedynie na programach abstynencyjnych. Trzeba też pamiętać, że wszelkie zmiany zaczynają się od dołu. I tą pierwszą siłą oddolną są właśnie narkomani, którzy domagają się lepszej oferty terapeutycznej, która bazuje na sprawdzonych metodach. A z drugiej strony mamy rzesze specjalistów, którzy w odpowiedzi na

to zapotrzebowanie, pracują nad zmianą tego mało wydajnego systemu. Jakkolwiek rewolucja zawsze zaczyna się od zwykłych ludzi, a instytucje z czasem się do tego dostosowują. Tego typu dynamikę widzę zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Wiele krajów europejskich, które nie tak dawno zaszczyliły ideę redukcji szkód na swoim gruncie, dziś wyprzedza pod tym względem Stany Zjednoczone. Od kiedy zacząłem pracować ze specjalistami w Polsce, czyli od czasów mojej pierwszej wizyty cztery lata temu, widzę, że grupa osób zainteresowanych moimi wykładami rośnie, obserwuję bardziej refleksyjne podejście do tematu. A zatem jeśli chodzi o przyszłość metody redukcji szkód w Polsce, to sądzę, że wszystko idzie w dobrym kierunku.

– Co jest największym wyzwaniem dla idei redukcji szkód, jeśli chodzi o włączenie jej do polityki narkotykowej poszczególnych krajów?

Cieężko mi jest powiedzieć, co jest największym wyzwaniem. Jak już wspomniałem, mamy głęboko zakorzenione stare systemy myślenia, które mają sztywne, niezmiennie ideologiczne podejście do tematu problemu narkotykowego. To podejście nie bazuje na żadnych faktach i nie jest poparte żadną teorią naukową. Te stare systemy działania chcą się utrzymać, mają w tym swój interes. Dzieje się tak dlatego, że wiele instytucji, wiele indywidualnych karier zawodowych zostało zbudowanych na tym niewydajnym systemie i bazuje na tych starych modelach. Myślę, że poważnym wyzwaniem dla idei redukcji szkód jest zmiana podejścia do tej idei właśnie przez te stare systemy. Chodzi o to, by pomóc zrozumieć ludziom pracującym według starych wzorców, że redukcja szkód nie stanowi zagrożenia dla ich egzystencji. Myślę, że zwolennicy tradycyjnego podejścia powinni zrozumieć, że redukcja szkód jest tylko swego rodzaju ulepszeniem starego modelu, poszerzeniem oferty terapeutycznej i zdrowotnej. Wszystko to może i powinno opierać się na już stworzonych instytucjach. Ważne jest, aby wspólnie wypracować więcej dróg wyboru dla ludzi uzależnionych, stworzyć nowe, bardziej kreatywne sposoby interwencji w stosunku do klientów. Ja osobiście widzę redukcję szkód jako udoskonalenie tradycyjnego modelu poprzez stworzenie nowych możliwości oddziaływania na problem narkotykowy. I mogę powiedzieć, że moim zdaniem

Antynarkotykowy Plan Działań Unii Europejskiej na lata 2009–2012¹ jest częścią realizacji strategii narkotykowej UE na lata 2005–2012. Cele w nim postawione wynikają zarówno ze strategii UE, jak również ze strategii narodowych państw członkowskich oraz z oceny wyników realizacji poprzedniego planu działań, który obowiązywał w latach 2005–2008. Obecny plan jest szczególnie istotny dla Polski, gdyż jego realizacja przypada na czas polskiej prezydencji w UE (druga połowa 2011 roku). Polska będzie odpowiedzialna za ewaluację wielu działań i celów określonych w planie, będzie też tworzyła zręby przyszłej strategii narkotykowej UE.

ANTYNARKOTYKOWY PLAN DZIAŁAŃ UNII EUROPEJSKIEJ NA LATA 2009–2012

Waldemar Krawczyk

Ekspert wiodący Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków Rady UE

Ekspert Centralnego Biura Śledczego KGP

Narkotyki stanowią jedno z największych zagrożeń dla rozwoju społeczeństwa europejskiego, eliminując z normalnego życia miliony młodych ludzi. Z drugiej strony narkotyki i powiązana z nimi przestępczość, najczęściej zorganizowana, stanowią też jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla bezpieczeństwa i porządku publicznego państw. Przemysł narkotyków i nielegalny nimi obrót to źródło potężnego kapitału i dochodu dla świata przestępczego. Środki uzyskane ze sprzedaży narkotyków są przeznaczane m.in. na działalność terrorystyczną, nielegalny zakup broni, korupcję itp. Znaczna część środków uzyskanych z tego procederu trafia do legalnego obrotu w wyniku m.in. prania pieniędzy. Skutki oddziaływania narkotyków i przestępczości narkotykowej nie mogą być rozpatrywane tylko w kategoriach prawnych czy ekonomicznych. Szeroko rozumiana problematyka narkotykowa powinna być analizowana z różnych perspektyw: od politycznej, przez zdrowotną, badawczą, do codziennej praktyki w tej dziedzinie, zmierzającej do ograniczenia podaży i popytu na narkotyki.

Unia Europejska jest jednym z kluczowych podmiotów międzynarodowych, który samodzielnie lub poprzez państwa członkowskie podejmuje działania w zakresie zapobiegania niepożądanym zjawiskom związanym z narkotykami i zwalczania ich. Droga do wspólnej strategii antynarkotykowej UE nie była jednak łatwa, tym bardziej, że prawodawstwo narkotykowe jest domeną państw członkowskich. Nie tylko sama przestępczość narkotykowa, ale w ogóle

problem narkotyków i związanych z nimi negatywnych konsekwencji nie był przedmiotem bezpośredniego i wspólnego zainteresowania ze strony państw członkowskich Wspólnoty aż do lat 80. ubiegłego wieku. Pierwsze propozycje współpracy w tym zakresie padły poza strukturami wspólnotowymi. W 1971 roku prezydent Francji Georges Pompidou zaproponował nawiązanie współpracy międzynarodowej na gruncie europejskim w zakresie rosnącego problemu narkotyków, obejmującej zarówno problematykę zdrowotną, jak i ograniczanie popytu na narkotyki, a także w pewnym zakresie problematykę przestępczości. Inicjatywa ta przyjęła nazwę Grupy Pompidou. Sformalizowano ją w ramach Rady Europy, na mocy uchwały Komitetu Ministrów z 27 marca 1980 roku w sprawie utworzenia grupy współpracy w zakresie zwalczania narkomanii oraz przemytu i handlu narkotykami. Grupa ta jest organem współpracy międzyrządowej, który służy zacieśnieniu współpracy i wymianie informacji.

Pierwszą inicjatywą antynarkotykową zaprezentowaną na forum Wspólnoty Europejskiej była propozycja prezydenta Francji Francois Mitteranda z 9 października 1989 roku, tzw. Program Siedmiu Punktów, która – poza postulatami wspólnych metod analitycznych, utworzenia agencji wspólnotowej, harmonizacji narkotykowych polityk państw członkowskich i wyznaczenia osób kontaktowych – przewidywała: zacieśnienie kontroli na granicach zewnętrznych, wypracowanie metody koordynacji działań właściwych organów ochrony porządku

publicznego państw członkowskich, dokonanie oceny wdrażania na poziomie regionalnym Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku oraz przyspieszenie procedury jej ratyfikacji przez państwa członkowskie, koordynację działań państw członkowskich wobec krajów produkujących narkotyki oraz krajów tranzytu takich środków i współpracę z tymi państwami, a także określenie polityki UE w zakresie prania pieniędzy pochodzących z nielegalnego handlu narkotykami.

W 1989 roku Rada Europy zdecydowała o powołaniu Europejskiego Komitetu ds. Polityki wobec Narkotyków (fr. Comité Européen Pour la Lutte Anti-Drogue – CELAD). W jego skład wchodził krajowy koordynator ds. narkotyków, a podstawowym zadaniem CELAD miało być koordynowanie krajowych polityk wobec problemu narkotyków. Komitet ten skupiał się w działaniach koordynacyjnych przede wszystkim na aspekcie ograniczania popytu. Jednakże jego działalność zaowocowała przyjęciem w 1990 roku przez Radę Europy pierwszego Europejskiego Planu Walki z Narkotykami, którego projekt został przygotowany właśnie przez CELAD. Plan ten był pierwszą próbą wspólnego podejścia państw członkowskich do problemu narkotyków zarówno na płaszczyźnie zdrowotnej, jak i prawno-karnej. Stworzył on zręby europejskiej polityki współpracy w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej. Późniejsze strategie UE dotyczące narkotyków odwoływały się do rozwiązań zaproponowanych w ramach CELAD.

Strategia narkotykowa UE na lata 2005–2012

W grudniu 2004 roku Rada Europy jednogłośnie przyjęła strategię narkotykową UE na lata 2005–2012², której celem jest „ochrona i podniesienie poziomu dobrobytu społeczeństw i jednostek, ochrona zdrowia publicznego, zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa publicznego i przyjęcie zrównoważonego, zintegrowanego podejścia do problemu narkotyków”.

Strategia koncentruje się na dwóch obszarach polityki: zmniejszeniu popytu i zmniejszeniu podaży oraz na trzech zagadnieniach o szerokim przekroju: koordy-

nacji, współpracy międzynarodowej, badaniach oraz informacji i ocenie.

Strategia narkotykowa UE na lata 2005–2012 była pierwszą, w której tworzeniu aktywnie uczestniczyła Polska. Jednym z jej elementów, o którego zamieszczenie w strategii Polska skutecznie zabiegała, było uznanie Europy Wschodniej za obszar priorytetowy w działaniach UE. Konsekwencją tego zapisu jest szeroka współpraca oraz pomoc szkoleniowa i techniczna dla państw tego regionu (Rosja, Ukraina, Białoruś, Mołdowa i Gruzja) w celu zapobiegania produkcji i handlu narkotykami. Praktycznym przejawem pomocy dla trzech państw regionu, tj. Białorusi, Ukrainy i Mołdowy, był projekt BUMAD o wartości około 10 mln euro, współfinansowany przez Komisję Europejską i UNODC. W ramach tego projektu realizowane były szkolenia dla służb antynarkotykowych oraz zakupiony został sprzęt i wyposażenie techniczne dla laboratoriów kryminalistycznych, służące między innymi do analizy narkotyków.

Polityka antynarkotykowa jest domeną państw członkowskich UE. Samo przyjęcie strategii stanowiło więc jasny sygnał, że polityczne zainteresowanie problemem narkotyków na terenie UE przewyższa różnice w podejściu do tego problemu, istniejące w poszczególnych państwach członkowskich. Przyjęcie strategii wskazuje na to, że wysiłki UE skierowane będą na koordynację działań poszczególnych zaangażowanych stron. Celem strategii UE jest dodanie wartości krajowym strategiom przy jednoczesnym przestrzeganiu zasad pomocniczości i proporcjonalności określonych w Traktatach. Strategia podkreśla, że państwa członkowskie powinny wziąć pod uwagę wpływ, jaki strategię krajowe mają na inne państwa członkowskie, sposoby, w jakie poszczególne strategię krajowe mogą się uzupełniać oraz wkład, jaki mogą one wnieść w osiągnięcie celów strategii Unii Europejskiej. Ma ona również za zadanie umożliwienie wykorzystania dynamiki i potencjalnych działań na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i ponadnarodowym oraz maksymalne wykorzystanie dostępnych zasobów.

Polityka narkotykowa UE realizowana jest poprzez działania wspólnotowe, które mają szeroki zakres i obejmują różne dziedziny:

1. W dziedzinie zdrowia publicznego UE uzupełnia działania państw członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków zażywania narkotyków. Działania w zakresie ograniczenia popytu obejmują również informację i profilaktykę.
2. W zakresie ograniczania podaży narkotyków kluczowym elementem jest współpraca pomiędzy policją, służbami celnymi i władzami sądowymi poszczególnych państw członkowskich.
3. Ważnym elementem ograniczania podaży jest minimalizacja zysków z przestępczości narkotykowej poprzez ograniczenie procederu prania pieniędzy. Prawodawstwo wspólnotowe przewiduje wiele środków mających na celu zapobieganie praniu pieniędzy pochodzących z handlu narkotykami.
4. W obszarze stosunków zewnętrznych UE podejmuje działania na arenie międzynarodowej w połączeniu z inicjatywami politycznymi, takie jak plany działań i dialog dotyczący narkotyków z różnymi organizacjami na całym świecie, jak również udziela wsparcia za pośrednictwem programów rozwoju.
5. Niezwykle ważnym elementem w zapobieganiu podaży narkotyków jest kontrola prekursorów do ich wytwarzania w myśl zasady, że nie ma narkotyków bez prekursorów. W zakresie prekursorów prawodawstwo UE zapewnia ramy dla kontrolowania handlu prekursorami zarówno na terenie Wspólnoty, jaki i z państwami trzecimi.

Skuteczna realizacja polityki antynarkotykowej możliwa jest jedynie przy odpowiedniej koordynacji działań. Koordynacja na poziomie UE powinna odbywać się za pośrednictwem Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków Rady Unii Europejskiej (HDG). Główne zadania HDG to opracowanie klarownej i spójnej polityki antynarkotykowej, która zostanie przyjęta przez Radę oraz realizacja tej polityki w imieniu Rady. Zadania te realizowane są poprzez:

- monitorowanie i, jeżeli jest to wymagane, przyspieszanie działań we wszystkich innych organach UE, które są odpowiedzialne za realizację strategii antynarkotykowej;
- pomoc w celu unikania powielania się prac w samej grupie i w poszczególnych organach;
- sygnalizowanie rozbieżności pomiędzy założeniami strategii a podejmowanymi działaniami;
- sugerowanie podjęcia inicjatyw tam, gdzie jest to wymagane.

Praktyczna realizacja strategii narkotykowej UE na lata 2005–2012 odbywa się poprzez plany działań. Pierwszy uchwalony był na lata 2005–2008 i drugi, bieżący, na lata 2009–2012.

W pierwszym planie na lata 2005–2008³ określono ponad 80 działań, które miały pomóc w koordynowaniu głównych obszarów interwencji państwa w zakresie narkotyków, obejmujących zdrowie publiczne, egzekwowanie prawa, cło, wymiar sprawiedliwości w sprawach karnych oraz stosunki zewnętrzne. Wdrażanie działań leżało w gestii państw członkowskich, EMCDDA, Europolu oraz Komisji Europejskiej. Komisja odgrywała ważną rolę w ułatwianiu prac i przy ocenie postępów, a ponadto monitorowała wykonywanie prawodawstwa antynarkotykowego.

Ostateczny cel planu działań na lata 2005–2008 określono jako: „(...) znaczne zmniejszenie powszechności zażywania narkotyków przez ludność oraz zmniejszenie społecznych i zdrowotnych skutków zażywania narkotyków oraz nielegalnego handlu nimi”. Cel ten został częściowo zrealizowany, na co wskazuje specjalny raport KE⁴, opracowany przy współpracy państw członkowskich, EMCDDA i Europolu. Główne wnioski wynikające z tego raportu to:

1. Zażywanie narkotyków w UE nadal utrzymuje się na wysokim poziomie. Dostępne dane pokazują, że zażywanie heroiny, marihuany i narkotyków syntetycznych utrzymuje się na stałym poziomie lub zmniejsza się, natomiast zażywanie kokainy staje się w wielu państwach członkowskich coraz częstsze. Z zebranych danych wynika, że UE udało się przynajmniej opanować złożone społecznie zjawisko powszechnego zażywania i nadużywania narkotyków w społeczeństwie, a także, że w coraz większym stopniu skupia się ona na działaniach mających na celu ograniczenie szkód powodowanych przez zażywanie narkotyków wśród jednostek i w społeczeństwie.
2. Całkowita liczba osób w UE, które w pewnym momencie przyjmowały narkotyki (*lifetime prevalence*), szacowana jest na 70 mln w przypadku marihuany, co najmniej 12 mln w przypadku kokainy, 9,5 mln w przypadku tabletek ekstazy oraz 11 mln w przypadku amfetaminy, przy czym wiadomo, że przynajmniej pół miliona osób uzależnionych od takich narkotyków jak heroina, poddawanych jest leczeniu substytucyjnemu.

3. Chociaż trudno uznać sytuację za zadowalającą, dane z państw o zbliżonym stopniu rozwoju w innych częściach świata pokazują, że spożycie marihuany, kokainy i amfetaminy/metamfetaminy w UE jest znacznie niższe niż np. w Stanach Zjednoczonych. Podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o liczbę zgłaszanych zakażeń wirusem HIV związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków.
4. Strategie antynarkotykowe państw członkowskich są coraz bardziej zbieżne i istnieje tendencja do realizowania strategii krajowych na podstawie odpowiednich planów działania (w Polsce polityka antynarkotykowa realizowana jest na podstawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który łączy w sobie cechy strategii i planu działań).
5. W zakresie współpracy międzynarodowej można zauważyć, że stanowiska państw UE na międzynarodowych forach zajmujących się problemem narkotyków (np. w Komisji ds. Środków Odurzających Organizacji Narodów Zjednoczonych) są obecnie lepiej skoordynowane. Zintegrowane i wyważone podejście UE do problemu narkotyków służy w coraz większym stopniu jako wzór dla innych państw na całym świecie. Największe kontrowersje wśród państw trzecich budzi podejście UE do problematyki redukcji szkód spowodowanych zażywaniem narkotyków. Głównymi oponentami UE w tym względzie są Stany Zjednoczone i Rosja.
6. Do słabości w realizacji planu działań należy zaliczyć utrzymujące się w niektórych obszarach problemy z koordynacją strategii. Chociaż jakość informacji dotyczących zażywania narkotyków, profilaktyki oraz leczenia na terenie UE stale się poprawia, nadal brakuje wielu istotnych danych. Szczególnie widoczny jest brak wiarygodnych wskaźników dotyczących ograniczenia podaży narkotyków, jak również brak szczegółowych informacji dotyczących zasięgu pomocy antynarkotykowej dla krajów trzecich i wyników tych działań.

Istotnym problemem wynikającym z analizy sytuacji narkotykowej w UE jest niewystarczające zaangażowanie społeczne w ograniczanie spożycia narkotyków. Unia Europejska musi podjąć dodatkowe wysiłki, aby ograniczyć problemy zdrowotne, społeczne, rozwojowe i gospodarcze wynikające ze spożycia narkotyków. Miliony Europejczyków na pewnym etapie zażywało narkotyki lub bierze je obecnie, a pomiędzy polityką

publiczną a zachowaniem obywateli istnieje rozdźwięk, którego żadne społeczeństwo nie może ignorować. Istnieją dowody na to, że jednym z najbardziej skutecznych (i opłacalnych) podejść w zakresie zwalczania zażywania narkotyków oraz leczenia i ograniczania szkód jest partnerska współpraca z organizacjami wolontariuszy i usługodawcami. W ramach realizacji planu działań na lata 2005–2008 Komisja Europejska zainicjowała w 2006 roku Forum Społeczeństwa Obywatelskiego ds. Narkotyków, w skład którego wchodziłi przedstawiciele organizacji pozarządowych, EMCDDA i Komisji Europejskiej. Rozwijanie tej formy współpracy jest jednym z fundamentów planu działań UE na lata 2009–2012.

Narkotykowy plan działań na lata 2009–2012

20 grudnia 2008 roku Rada Unii Europejskiej przyjęła narkotykowy plan działań na lata 2009–2012. Plan ten powstał na podstawie strategii narkotykowej na lata 2005–2012 oraz uwzględniał osiągnięcia, słabości i wnioski płynące z planu działań na lata 2005–2008.

Plan działań na lata 2009–2012 skupia się na pięciu celach głównych:

1. Poprawa koordynacji działań zarówno na szczeblu europejskim, jak i krajowym. Współpraca oraz podnoszenie świadomości publicznej w zakresie ograniczania popytu i ograniczania szkód, w tym budowanie struktur porozumienia ze społeczeństwem obywatelskim.
2. Ograniczenie popytu na narkotyki oraz negatywnych skutków ich zażywania przez poprawę zasięgu, jakości oraz skuteczności interwencji, które mają na celu ograniczenie popytu, tj. usług profilaktycznych, leczniczych oraz ograniczania szkód. Współpraca oraz podnoszenie świadomości publicznej w zakresie ograniczania popytu i ograniczania szkód, w tym budowanie struktur porozumienia ze społeczeństwem obywatelskim.
3. Ograniczenie podaży narkotyków poprzez skuteczniejsze egzekwowanie prawa na szczeblu unijnym zmierzające do zmniejszenia dostępności narkotyków (ograniczenie handlu i produkcji), wykorzystując w pełni potencjał Europolu i innych struktur UE. Koncentracja działań opartych na wywiadzie kry-

minalnym, zgodnie z którym największą uwagę należy zwrócić na dostawców i producentów, którzy powodują największe szkody lub stanowią najpoważniejsze zagrożenie. Poprawa spójności wskaźników ograniczenia podaży.

4. Poprawa współpracy międzynarodowej zmierzająca do skutecznego wykorzystania środków finansowych przeznaczonych przez UE na długofalowe rozwiązania światowych problemów narkotykowych. Konsekwentne promowanie unijnego zrównoważonego podejścia do problematyki narkotykowej.
5. Pogłębienie wiedzy dotyczącej wszystkich aspektów zażywania narkotyków przez szersze i lepiej skoordynowane badania i dane, w tym dane dotyczące przestępczości związanej z narkotykami oraz sposobu funkcjonowania rynku dostaw narkotyków.

Przedstawione wyżej cele główne realizowane będą poprzez określenie priorytetów, celów szczegółowych (w sumie jest ich 24) oraz działań (zdefiniowano 72 działania) opisanych w pięciu blokach tematycznych: koordynacja, ograniczenie popytu, ograniczenie podaży, współpraca międzynarodowa oraz informacje, badania i oceny. W każdym bloku tematycznym określone są:

- priorytet dla danego bloku tematycznego,
- cele szczegółowe zmierzające do realizacji priorytetów,
- działania, które należy podjąć, aby zrealizować określony cel,
- harmonogram realizacji poszczególnych działań z maksymalnym horyzontem czasowym do 2012 roku,
- strona odpowiedzialna za realizację określonych działań. W zależności od rodzaju działań mogą to być państwa członkowskie, EMCDDA, Komisja Europejska, Rada UE, Europol, Eurojust lub prezydencja,
- wskaźniki realizacji poszczególnych działań i celów,
- narzędzia oceny osiągniętych celów.

Priorytetem bloku **koordynacja** jest „skuteczniejsze opracowywanie i wdrażanie strategii”. Będzie on realizowany poprzez zdefiniowane cztery cele szczegółowe, którym odpowiada dziewięć działań. Zdefiniowane cele zmierzają do zagwarantowania:

- że wyważone i zintegrowane podejście do polityki antynarkotykowej znajduje odbicie w krajowych

strategiach oraz podejściu UE wobec krajów trzecich i na forach międzynarodowych,

- skutecznej koordynacji działań na szczeblu UE i szczeblu krajowym,
- udziału społeczeństwa obywatelskiego w polityce antynarkotykowej.

Jedną z najważniejszych inicjatyw zmierzających do włączenia społeczeństwa obywatelskiego w aktywną realizację polityki antynarkotykowej UE jest europejska kampania w sprawie narkotyków. Została ona zainicjowana 26 czerwca 2009 roku, w Międzynarodowym Dniu Walki z Nadużywaniem Narkotyków i Nielegalnym Handlem Narkotykami, podpisaniem deklaracji przystąpienia do kampanii. W uroczystości podpisania deklaracji wzięli udział przedstawiciele 120 organizacji pozarządowych i instytucji rządowych. Europejska kampania w sprawie narkotyków opiera się na zasadzie wspólnej odpowiedzialności i dlatego zachęca wszystkich do podpisania deklaracji i podjęcia zobowiązania, które będzie stanowiło jedną z odpowiedzi na problem narkotykowy. Jacques Barrot, komisarz ds. wolności, sprawiedliwości i bezpieczeństwa, oświadczył: „Zachęcanie europejskich organizacji i obywateli do odgrywania aktywnej roli stanowi jeden z priorytetów określonych w nowym planie działań UE w zakresie narkotyków na lata 2009–2012, którego jednym z najważniejszych elementów jest europejska kampania w sprawie narkotyków. Chcemy, żeby kampania ta dotarła do Europejczyków w ich codziennym życiu, dając im możliwość wyrażenia opinii oraz zobowiązania się do podjęcia konkretnych działań”.

W trakcie uroczystości zobowiązanie w ramach europejskiej kampanii w sprawie narkotyków podjęło 21 organizacji i osób. Ze strony polskiej deklarację podpisał Jerzy Owsiak, szef Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, który był gościem specjalnym. W trakcie swojego wystąpienia w sposób żywiłowy przedstawił on cele Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy i Przystanku Woodstock związane z przeciwdziałaniem narkomanii.

Priorytetem bloku **ograniczenie popytu** jest „ograniczenie popytu na narkotyki oraz zdrowotnych i społecznych konsekwencji spożycia narkotyków przez poprawę zasięgu, jakości i skuteczności usług profilaktycznych, leczniczych i ograniczających szko-

dy”. Będzie on realizowany poprzez zdefiniowanych sześć celów szczegółowych, którym odpowiada czternaście działań. Cele szczegółowe obejmują między innymi:

- zapobieganie wysoce ryzykownym zachowaniom osób przyjmujących narkotyki, w tym przyjmujących narkotyki dożylnie, poprzez ukierunkowane działania profilaktyczne,
- zwiększenie skuteczności rehabilitacji i leczenia osób uzależnionych od środków odurzających poprzez poprawę oferty, dostępności i jakości usług,
- zagwarantowanie dostępu do opieki zdrowotnej dla osób zażywających narkotyki w zakładach karnych w celu profilaktyki i ograniczania szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem narkotyków,
- zagwarantowanie dostępu do usług ograniczających szkody w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się HIV/AIDS, wirusowego zapalenia wątroby typu C i innych zakażeń krwiopochodnych związanych z narkotykami oraz ograniczenia liczby zgonów spowodowanych zażywaniem narkotyków w UE.

Priorytetowym celem bloku **ograniczenie podaży** jest „wymierna poprawa skuteczności egzekwowania prawa w dziedzinie narkotyków na szczeblu unijnym. Pełne wykonywanie przez Europol, Eurojust i inne struktury unijne funkcji, do realizacji których zostały powołane, na rzecz skuteczności, zgodności inicjatyw krajowych z działaniami na szczeblu unijnym, koordynacji działań w całej Unii oraz wykorzystania ekonomii skali”. Będzie on realizowany poprzez zdefiniowanych pięć celów szczegółowych, którym odpowiada 21 działań. Cele szczegółowe obejmują między innymi:

- wzmocnienie skutecznej współpracy służb antynarkotykowych oraz współpracy sądowej w dziedzinie zwalczania handlu narkotykami oraz egzekwowania prawa w odniesieniu do produkcji, handlu narkotykami lub prekursorami oraz prania pieniędzy pochodzących z tego handlu,
- szybkie i skuteczne reagowanie na szczeblu operacyjnym i politycznym na pojawiające się zagrożenia (np. nowe rodzaje narkotyków, nowe trasy przetrzutu),
- skuteczne ograniczenie produkcji narkotyków syntetycznych.

Priorytetowym celem bloku **współpraca międzynarodowa** jest „poprawa skuteczności współpracy UE z krajami trzecimi oraz organizacjami międzynaro-

dowymi w dziedzinie narkotyków poprzez ściślejszą koordynację strategii w obrębie UE. Promowanie na całym świecie europejskiego, zrównoważonego podejścia do problemu narkotyków”. Będzie on realizowany poprzez zdefiniowane cztery cele szczegółowe, którym odpowiada osiemnaście działań. Cele szczegółowe obejmują między innymi:

- systematyczne uwzględnianie zagadnień polityki antynarkotykowej UE w stosunkach z krajami trzecimi i regionami oraz w szerszych ramach strategii rozwoju i bezpieczeństwa,
- promowanie i wdrażanie w UE podejścia dotyczącego rozwoju alternatywnego we współpracy z państwami trzecimi, ze zwróceniem uwagi na prawa człowieka i bezpieczeństwo ludzi,
- lepszą współpracę z krajami uczestniczącymi w europejskiej polityce sąsiedztwa, w tym z państwami Europy Wschodniej.

Priorytetowym celem bloku **informacja, badania i ocena** jest „poprawa zrozumienia wszystkich aspektów zjawiska zażywania narkotyków w celu rozszerzenia podstawowej wiedzy służącej kształtowaniu polityki publicznej i podnoszenia świadomości wśród obywateli na temat społecznych i zdrowotnych skutków zażywania narkotyków oraz prowadzenie badań naukowych”. Będzie on realizowany poprzez zdefiniowane cztery cele szczegółowe, którym odpowiada dziesięć działań. Cele szczegółowe obejmują między innymi:

- rozszerzenie podstawowej wiedzy o narkotykach przez promowanie badań naukowych,
- dalsze opracowywanie instrumentów do monitorowania sytuacji w zakresie narkotyków i skuteczności podejmowanych działań, zwłaszcza w zakresie ograniczenia podaży narkotyków,
- zapewnienie stałej oceny prowadzonej polityki antynarkotykowej.

Przypisy

¹ Plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2009–2012 (2008/C 326/09), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 20.12.2008, C 326/7.

² Strategia Antynarkotykowa UE (2005–2012), CORDROGUE 77, SAN 187, ENFOPOL 178, RELEX 564.

³ Plan Działania UE w zakresie narkotyków na lata 2005–2008, (2005/C 168/01), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 08.07.2005, C 168/1.

⁴ Dokument roboczy służb Komisji – „Sprawozdanie w sprawie oceny końcowej planu działania UE w zakresie narkotyków” (2005–2008) (dok. 13407/08 ADD 3).

Narkotyki stały się w internecie takim samym produktem reklamowym jak pospolite rzeczy. Aby zachęcić do ich użycia, wykorzystuje się cały wachlarz możliwości perswazji i manipulacji, od zabawy poczynając, a kończąc na serwowaniu pseudonaukowej argumentacji.

MECHANIZMY PERSWAZJI I REKLAMY ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH W INTERNECIE – CZĘŚĆ II

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Artykuł opisuje kolejne mechanizmy wpływu stosowanego w sieci w celu reklamowania środków psychoaktywnych. Nie jest to zazwyczaj nakłanianie wprost, o którym mówi ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii w art. 58 pkt 1: *Kto, wbrew przepisom ustawy, udziela innej osobie środka odurzającego lub substancji psychotropowej, ułatwia albo umożliwia ich użycie albo nakłania do użycia takiego środka lub substancji, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*. Argumentacja jest podawana w specyficzny sposób, wykorzystywany jest cały wachlarz zabiegów nastawionych na wywołanie pożądanej przez nadawcę reakcji lub przyjęcie określonej postawy.

Pozory bezstronności

Wiele portali społecznościowych zamieszcza artykuły będące przedrukami z gazet, także dotyczące narkotyków, informujące o pozytywnych skutkach ich działania. Na przykład: *(...) ecstasy, jak twierdzą specjaliści, jest jedynym lekiem, który może pomóc w terapii zespołu stresu pourazowego. (...) Pozwólcie nam legalnie aplikować narkotyki – apelują psychiatrzy czy Niestety, nauka do tej pory nie znalazła leku na tę chorobę. Żadne substancje nie pomagały. Z wyjątkiem... ecstasy* – donosi „The Economist”. Cytaty pochodzą z jednego z polskich portali społecznościowych. Teksty budują pozytywny obraz MDMA (ecstasy) poprzez zwiększenie poczucia wiarygodności informacji dzięki wskazaniu nadawców będących autorytetami – „naukowcy” oraz powołaniu się na wiarygodne źródło – brytyjską gazetę o zasięgu globalnym. Przeciętny odbiorca nie sprawdza materiałów źródłowych. Artykuł zaś nie podaje genezy „apelu” i nie wyjaśnia faktu, że „The Economist” popiera legalizację

miękkich narkotyków. Dzięki temu zachowany jest pozór bezstronności, co zwiększa skuteczność perswazyjną przytaczanych argumentów.

Innym mechanizmem jest proporcja zamieszczanych informacji pronarkotykowych do informacji o negatywnych skutkach zażywania środków psychoaktywnych. Na jedynym z portali redagowanych przez internautów stosunek ten wyniósł 10 do 1. 10% informacji negatywnych stanowi swoiste alibi dla reklamy środków psychoaktywnych.

Półprawdy

Marihuana już od dawna była przepisywana przez różnych znachorów i medyków na najróżniejsze dolegliwości. Z czasem odkrywano coraz nowsze zastosowania tego lekarstwa – pisze na jednym z blogów komentator. Na stronach publikowane są argumenty potwierdzające tę tezę. Informacja w sieci rozchodzi się błyskawicznie. Pojawia się na wielu stronach poświęconych THC. Zastosowanie m.in. *Cannabis sativa* do celów medycznych jest szeroko opisywane w naukowych periodykach. Autorzy tekstów argumentują w kontekście pozytywnego oddziaływania kanabinoidów (także tych pochodzenia syntetycznego, jak nabilon czy dronabilon), iż marihuana ma zbawienny wpływ na szereg chorób, w tym jaskrę, anoreksję, AIDS, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane czy jako środek przeciwwymiotny w chemioterapii chorób nowotworowych. Na przykład: *(...) w przypadku AIDS marihuana pobudza apetyt, zapobiega utracie masy ciała, a co za tym idzie przeciwdziała osłabieniu organizmu*. Mechanizm przekonywania opiera się na braku prezentacji całościowej informacji na temat wykorzystania kanabinoidów do celów medycznych. Często pomijane są kluczowe fakty dla

pełnego zrozumienia zastosowań. Zamiennie używane są nazwy marihuana i np. lek Marinol. Pomijany jest fakt, że medyczne korzyści z przyjmowania np. THC nie wynikają z właściwości psychoaktywnych, a dawkowanie pod ścisłą kontrolą medyczną nie wywołuje efektów uzależnienia. Istotny jest także kontekst przedstawiania informacji. Na wielu stronach półprawdy o charakterze quasinaukowym są konfrontowane z ustawową kontrolą *cannabis* w sposób mający wywołać negatywną postawę wobec prawnych regulacji dotyczących marihuany.

W służbie reaktancji

W internecie znajdujemy strony gromadzące informacje o interwencjach policyjnych związanych z narkotykami: *Policjanci zorganizowali wczoraj (...) obławę na imprezowiczów, którzy zmierzali z narkotykami na koncert muzyki klubowej Global Gathering 2009 w Poznaniu. W ręce mundurowych wpadło 65 osób. Większości zatrzymanych osób grozi kara do trzech lat pozbawienia wolności czy Zielonogórska policja zatrzymała 22-latkę, który miał przy sobie kilkanaście porcji amfetaminy (...).* Nagromadzenie informacji pokazujących, że narkotyki stanowią „owoc zakazany” może wywoływać u odbiorcy efekt reaktancji, umacniając bądź zmieniając jego przekonania. „Reaktancja psychologiczna jest to dążenie do przywracania wolności wyboru zagrożonej przez kogoś, kto próbuje nam coś narzucić lub czegoś zakazać”¹. To, czego się nam zakazuje, staje się poprzez ów zakaz bardziej atrakcyjne. Nagromadzenie informacji na temat egzekwowania prawa ma na celu wywołanie sprzeciwu u odbiorcy. Jednocześnie pojawia się niechęć wobec źródła przeszkód oraz motywacja do przywrócenia stanu swobody, wolności.

Szersze spojrzenie jako sposób budowania postawy „za”

Z konopnego włókna można robić nie tylko tkaniny, ale też bardzo wytrzymałe nici i sznury, a także materiał izolacyjny. Papier do XX wieku produkowano prawie wyłącznie z konopi. Nowe technologie pozwoliłyby na wytwarzanie ogromnych jego ilości za niewiarygodnie małe pieniądze. I to właśnie, jak już napisałem, było przyczyną bezwzględnej wojny o pieniądze, na której najgorzej wyszły same konopie, stając się rośliną nielegalną – pisze na temat marihuany jeden z internautów.

Reklama od dawna wykorzystuje technikę „szerszej percepcji” przy budowaniu pozytywnych skojarzeń z produktem. Mechanizm przekierowujący uwagę na inne, mniej ważne aspekty produktu jest stale wykorzystywany w marketingu. Budowanie pozytywnej siatki skojarzeń ma doprowadzić do podjęcia decyzji: kupuje.

Jednocześnie jest to technika wpływu opierająca się na *priming’u* (torowaniu)² – popularnej w laboratoryjnych eksperymentach metodzie z zakresu psychologii poznawczej. Torowanie w kontekście narkotykowym ma za zadanie zbudować odpowiednią siatkę poznawczą wokół danego narkotyku (w tym przypadku marihuany) o określonym pozytywnym zabarwieniu; tworzyć pozytywny kontekst narkotyku, chociaż nie odnosi się do niego wprost.

Argumentacja przez porównanie

(...) Wiadomo, że wspomniana analiza badawcza stwierdza nie tylko to, iż porcja wypalanej trawki powoduje mniejszy uszczerbek na zdrowiu niż drink alkoholowy i papierosy. To samo można stwierdzić nawet wtedy, gdy ludzie spożyją identyczne ilości konopi i używek legalnych – pisze na blogu jeden z angielskich internautów. Argumentacja przez porównanie często jest wykorzystywana do reklamy nielegalnych środków odurzających. Zestawienie substancji psychoaktywnych legalnych z kontrolowanymi (w tym wypadku marihuana) ma za zadanie „umniejszyć” skutki zażywania tych innych. Fakt, czy dana substancja jest legalna, czy nie, wynika z szeregu uwarunkowań – w tym kulturowych, ale skutki używania ww. substancji psychoaktywnych potwierdzają ich negatywny wpływ na część populacji. Tego typu argument ma za zadanie wzbudzić mechanizm deprecjacji i często jest podawany bez źródeł argumentujących zasadność samego porównania.

Usunięcie kontekstu kulturowego

Była używana w czasach prekolumbijskich głównie przez górali andyjskich na terenie dzisiejszego Peru, Boliwii i Ekwadoru, gdzie liście koki żuto z wapniem lub popiołem roślinnym nie tylko w celach rekreacyjnych, ale również, aby przetrwać w warunkach ciężkiej pracy na dużych wysokościach. (...) Żucie liści koki było też ważnym elementem w czasie ceremonii religijnych Inków w czasach hiszpańskiej konkwisty w XVI wieku – oto cytat z artykułu

zamieszczonego w sieci. W wielu publikacjach internetowych na temat środków psychoaktywnych brak jest argumentacji dotyczącej znaczenia wpływu kontekstu kulturowego na używanie środków psychoaktywnych. Kultura wypracowuje m.in. normy i wzorce zachowań oparte na społecznym systemie wartości. Kultura w ujęciu socjobiologicznym „nie przeciwstawia się naturze, lecz sprzyja adaptatywnym wzorcom”³, czyli jako taka przyczynia się do przetrwania gatunku czy danej populacji. Człowiek bez kontaktu ze zbiorowością teoretycznie nie posiadałby odpowiednich możliwości adaptacyjnych, nie przetrwałby. We wszystkich kulturach środki psychoaktywne są obecne i pełnią różnorodne funkcje, m.in. rytualne, ludyczne czy medyczne. To zbiorowość poprzez kulturę „wybiera” i „uczy się używać” danego środka psychoaktywnego tak, aby spełniał swe funkcje, a jednocześnie nie stanowił zagrożenia z punktu widzenia populacyjnego. W tym celu kultura „tworzy” normy wokół danego środka psychoaktywnego poprzez kształtowanie rytuałów związanych z jego używaniem. Wzorce zachowań mają funkcje kontrolne, m.in. związane z nadużywaniem danej substancji, która może z punktu widzenia populacji doprowadzić do epidemii.

W doniesieniach na temat narkotyków opisywana jest ich historia bądź zastosowanie środków odurzających do celów religijnych, z jednoczesnym pominięciem informacji o wpływie kultury na kwestie związane z wartością wzorców używania czy funkcją społecznego tabu.

Stopa w drzwiach

Mechanizm tzw. stopy w drzwiach, opisany przez Jonatana Freedmana i Simona Frasera, ma za zadanie wpłynąć na zachowanie konsumenta. Spełnienie „małej”, nie wywołującej „oporu” odbiorcy prośby, zwiększa znacząco prawdopodobieństwo pozytywnej reakcji na właściwą, główną ofertę sprzedaży. Podobny mechanizm jest wykorzystywany przy indukcji odbiorcy treściami związanymi z narkotykami, przy czym funkcję „małej” prośby spełniają odpowiednio podane argumenty o charakterze racjonalnym, np. doniesienia naukowe, a wywołujące „większy opór” argumenty są podawane w następnej kolejności. Artykuły opatrzone tytułami „Marihuana zwalczy pandemię świńskiej grypy” czy „Marihuana zwiększa inteligencję” pojawiają się w internecie i docierają do potencjalnych użytkowników narkotyku.

Posługiwanie się autorytetem

Autorytet zwiększa prawdopodobieństwo skuteczności perswazji. W informacjach w sieci na temat narkotyków odnajdziemy także i ten sposób wpływu na odbiorcę. Powoływanie się na rzekome bądź prawdziwe wypowiedzi osób ze stopniami naukowymi, podpisywanie tekstów nazwiskami naukowców czy odnoszenie się do badań instytutów naukowych, akademii medycznych, raportów organizacji czy uniwersytetów stanowi nieodłączną część treści pronarkotykowych, które odnajdujemy na stronach internetowych. Prosty mechanizm wokół argumentacji odwołuje się do następującego stereotypu: jeśli coś jest poparte autorytetem naukowym, to znaczy, że jest prawdziwe i niepodważalne.

Podsumowanie

Lista metod reklamy środków psychoaktywnych w sieci jest niezwykle bogata. Wykorzystywanych jest wiele mechanizmów wpływu. Autorzy reklamy wzmacniają wiarygodność źródła przekazu czy samej informacji, omijając niewygodne lub negatywne fakty związane z używaniem środków odurzających bądź też ograniczając ich liczbę. Dobierają informacje w taki sposób, by stanowiła pozytywne tło poznawczo-afektywne dla samych narkotyków. Często przeinaczają lub nieprecyzyjnie podają fakty stwierdzone naukowo, nie podnoszą wagi kontekstu kulturowego w procesie tworzenia wzorców używania poszczególnych środków psychoaktywnych.

Na koniec zapoznajmy się z dostępną w sieci wypowiedzią działacza na rzecz legalizacji konopi indyjskich: *Bądźmy „precyzyjni” i promujmy pozytywne spojrzenie na środki zmieniające lub rozszerzające świadomość. Przemilczajmy negatywne skutki brania drogów, podkreślajmy ich lecznicze właściwości. Nie martwcie się, sumienie nie będzie Was dręczyć, wymienianiem wad zajmie się druga strona – rząd.*

Przypisy

¹ J. Strelau, Psychologia ogólna, t. 2, GWP, Gdańsk 2007.

² Priming (z ang. to prime – torować, poprzedzać, uprzedzać, przygotowywać) – zjawisko polegające na zwiększeniu prawdopodobieństwa wykorzystania określonej kategorii poznawczej w procesach percepcyjnych i myślowych wskutek wielokrotnej ekspozycji bodźca zaliczanego do tej kategorii, bądź bodźca semantycznie lub afektywnie powiązanego z tą kategorią.

³ E.O. Wilson, O naturze ludzkiej, PIW, Warszawa 1988.

W artykule opisano, opierając się głównie na doświadczeniach bydgoskich, przebieg realizacji zajęć z młodzieżą w ramach programu wczesnej interwencji „Fred goes net”¹.

REALIZACJA ZAJĘĆ Z MŁODZIEŻĄ W RAMACH PROGRAMU „FRED GOES NET”

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii

Ekspert KBPN ds. wdrażania projektu „Fred goes net”

Program „Fred goes net” obejmuje dwa elementy. Jeden jest oczywisty, albowiem dotyczy bezpośredniej pracy z młodzieżą, prowadzenia wywiadów, przygotowania pomocy i materiałów dydaktycznych, rozmów motywacyjnych i wreszcie samych zajęć grupowych. Drugim równie istotnym obszarem jest współpraca z instytucjami, które w wyniku badania RAR zostały określone jako główni partnerzy, z racji zajmowania się młodzieżą stanowiącą potencjalnych uczestników programu².

Ścieżki dostępu

Główną ścieżką dostępu do grupy docelowej i tym samym główną instytucją, z którą podjęto współpracę przy realizacji programu w Polsce, jest szkoła.

W naszym kraju prawo zobowiązuje szkołę do podejmowania działań profilaktycznych w zakresie zachowań problemowych dzieci i młodzieży oraz do działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych. W realizacji tych zadań szkoła powinna współpracować z rodziną ucznia oraz różnymi instytucjami (poradnia, policja, sąd). Szkoła ma prawny obowiązek reagowania w przypadku zidentyfikowania ucznia zagrożonego demoralizacją lub używającego substancji psychoaktywnych (mówi o tym m.in. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Sportu z 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczególnych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem – Dz. U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226).

W Bydgoszczy podpisano porozumienie pomiędzy Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) a Wydziałem Edukacji Urzędu Miasta Bydgoszczy, na podstawie którego wszystkie szkoły gimnazjalne i po-

nadgimnazjalne zostały włączone do programu „Fred goes net”.

W odniesieniu do młodzieży, która popełniła czyn karalny związany z narkotykami (tj. posiadanie narkotyków) lub popełniła przestępstwo pośrednio związane z narkotykami lub alkoholem, nawiązano współpracę z policją i sądem rodzinnym (kuratorzy), zajmującym się orzekaniem i nadzorem nad wykonywaniem orzeczonych środków wychowawczych lub poprawczych.

Do programu były kierowane przede wszystkim osoby pomiędzy 13. a 19. rokiem życia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych. Z policją i sądem ustalono, że do programu może być kierowana również młodzież starsza, nawet do 23. roku życia.

Poza osobami używającymi nielegalnych substancji psychoaktywnych kwalifikowane były również osoby używające alkoholu. Uwzględnienie powyższego kryterium kwalifikacji uzasadnione było wynikami badań dotyczących używania alkoholu przez młodzież na poziomie krajowym i lokalnym, wzorami używania substancji przez młodzież (dość częste łączenie alkoholu z narkotykami), a także obowiązującymi w szkole procedurami działań interwencyjnych (dotyczą również problemu picia przez uczniów alkoholu).

W pierwszym półroczu 2009 roku do programu „Fred goes net” prowadzonego w Bydgoszczy zostało skierowanych przez instytucje współpracujące 61 młodych osób, z których 44 zostały do niego zakwalifikowane. Dlaczego tylko 44? Otóż, obok używania, podstawowym kryterium naboru jest pierwszorazowe ujawnienie faktu kontaktu danej osoby ze środkami psychoaktywnymi. Prawdopodobnie w pierwszej fazie ten warunek nie był przestrzegany. Stopniowo, dzięki systematycznym szkoleniom i spotkaniom

informacyjnym, do programu zaczęły trafiać już tylko osoby spełniające wszystkie przyjęte kryteria.

Gdyby nie zaangażowanie osób z współpracujących instytucji, systematyczne spotkania informacyjne „odświeżające” ofertę, spotkania zespołu roboczego koordynującego przebieg programu, inicjatywa ta, zamiast rozwijać się, prawdopodobnie zginęłaby w natłoku różnych innych obowiązków i prac. Dodatkowo, w realizację projektu zaangażowali się sędziowie Sądu Rodzinnego w Bydgoszczy, Prokuratury Rejonowe Bydgoszcz-Północ i Bydgoszcz-Południe oraz Wojewódzki Szpital Dziecięcy.

Dzięki sprawnej organizacji, przekonaniu o skuteczności, wartości i trafności programu, jego realizacja przebiegała bardzo dobrze. Nadja Wirth – koordynator projektu „Fred goes net” w UE z ramienia organizacji LWL Westfalen-Lippe, która w dniach 1-3 lipca 2009 roku przebywała w Bydgoszczy na wizycie kontrolnej, stwierdziła podczas konferencji prasowej, że Polska należy do grupy tych krajów, w których pilotaż projektu przebiega najsprawniej.

Kto trafił do programu?

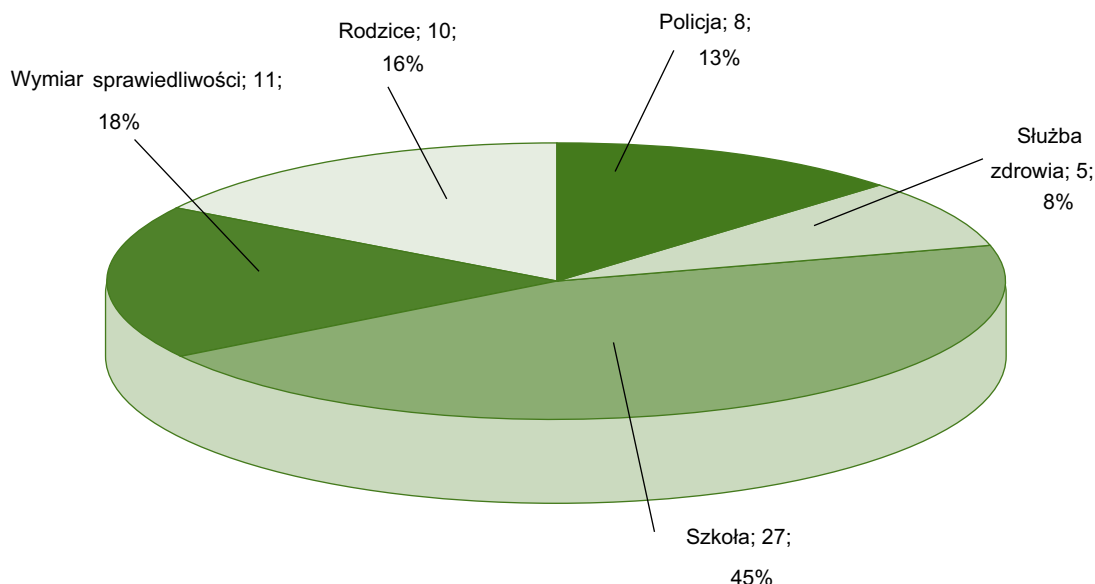
Zazwyczaj do programu młodzi ludzie byli kierowani przez pedagoga szkolnego lub wychowawcę, w związku z używaniem alkoholu bądź narkotyków. Zdarzało się, że osoby zgłaszające się do pedagoga lub psychologa szkolnego ze swoimi problemami osobistymi, informowały o kontaktach z narkotykami i alkoholem, i po prostu prosiły o pomoc. Czasem kontakty z narkotykami były ujawniane w wyniku stosowania procedur, np. postępowania wobec ucznia podejrzanego o handel narkotykami

w szkole i odnotowania osób, które kupowały od niego narkotyki na swój użytek. Bywały też sytuacje przyjścia do szkoły młodych osób pod wpływem alkoholu lub narkotyków, a kontrakt w ramach szkolnej interwencji profilaktycznej zobowiązywał do zgłoszenia się do programu. Odnotowanie osób niepełnoletnich następowało też na skutek interwencji patroli policji lub patroli mieszanych (ze strażą miejską), podczas których ujawniano picie alkoholu przez osoby nieletnie w miejscach niedozwolonych, stan nietrzeźwości, zakłócanie porządku publicznego, wykroczenia i inne przejawy demoralizacji. Osoby te były kierowane na rozmowy ze specjalistą ds. prewencji i patologii nieletnich w komisariatach. W ten sposób przeszkolony specjalista kierował lub po prostu przekazywał informacje o programie Fred.

Osoby pełnoletnie były również kierowane do programu w trakcie postępowania karnego za posiadanie niedozwolonych substancji psychoaktywnych. Z reguły chodziło o niewielkie ilości marihuany, w jednym przypadku o tabletki ecstasy. Należy dodać, że ogromne znaczenie dla efektywności programu ma fakt znajomości oferty Fred przez prokuraturę, która, mając możliwości wynikające z art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, stała się dodatkowym ogniwem motywującym do uczestnictwa w zajęciach.

Kolejną ważną ścieżką dostępu do programu był wymiar sprawiedliwości w postaci sądu rodzinnego i kuratorów. Przypadki osób kierowanych zostały ujawnione bądź odnotowane przy okazji postępowania sądowego czy kuratorskiego. Na przykład podczas jednej ze spraw o zniszczenie mienia, okazało się, że dwóch 16-latków

Wykres 1. Liczba osób skierowanych do programu z różnych bydgoskich instytucji w pierwszym półroczu 2009 roku



popęłniło ten czyn pod wpływem alkoholu. Ponieważ była to ich pierwsza sprawa i dotychczas cieszyli się dobrą opinią w szkole i środowisku społecznym, sąd uznał, że umorzy postępowanie, jeśli wezmą udział w programie. Inny przykład: 17-latek, który podczas ostatnich wakacji palił marihuanę, został złapany przez patrol policji z lufką i 0,2 g marihuany. Jako uczeń liceum zdawał sobie sprawę z kłopotów i również skorzystał z propozycji sądu, aby wziąć udział w naszym programie. Do programu kierowali też kuratorzy, jeśli podczas wywiadów przeprowadzanych ze swoimi podopiecznymi stwierdzali związek pomiędzy ich aspołecznym zachowaniem a używaniem substancji psychoaktywnych.

Kilka młodych osób zostało skierowanych przez szpital dziecięcy, do którego trafili na skutek zatrucia alkoholem lub alkoholem i narkotykami. Były to pierwsze w ich życiu sytuacje picia lub zażywania, które omal nie skończyły się dla nich tragicznie.

Ostatnim elementem naszej struktury dostępu kandydatów do programu byli rodzice. O programie dowiadywali się z mediów lokalnych lub na spotkaniach w szkołach. Jeśli znaleźli u swego dziecka lufkę lub inne podejrzone akcesoria, zrobili mu test bądź w inny sposób ujawnili fakt używania narkotyków przez dziecko, sami kierowali je do programu.

Procedura kierowania do programu

Po odnotowaniu przez jedną z instytucji (szkołę, policję, szpital) faktu używania alkoholu bądź narkotyków, młody człowiek był kierowany do programu przez pedagoga lub policjanta. Skierowanie polegało na tym, że osoba kierująca informowała jedynie nastolatka o możliwości udziału w programie, który może złagodzić konsekwencje jego postępowania. O programie byli poinformowani również rodzice. Następnie młoda osoba otrzymywała ulotkę informacyjną wraz z telefonem kontaktowym. Jeśli kandydat wyraził zgodę, mógł już na komisariacie lub

w szkole pozostawić pisemną deklarację, że zgłosi się do programu. Policjant prowadzący postępowanie dołączał taką deklarację do dokumentacji, która zgodnie z procedurami trafiała do sądu rodzinnego lub prokuratora. Jeśli pierwsze odnotowanie miało miejsce w szkole, pedagog traktował deklarację jako akt dobrej woli i chęci zmiany postępowania. Po otrzymaniu ulotki dalsza inicjatywa należała już do młodego człowieka. Program miał charakter anonimowy – okazanie zaświadczenia o ukończeniu zajęć pozostawało w gestii uczestnika programu.

Rozmowa wstępna

Jeśli młoda osoba zdecydowała się wziąć udział w programie, wykonywała telefon i umawiała się na spotkanie. Z reguły pierwsze spotkanie następowało w ciągu 48 godzin od rozmowy telefonicznej.

Rozmowa wstępna (*in take*) trwała od 30 minut do godziny. Często zdarzało się, że osoby niepełnoletnie przychodziły na spotkanie z rodzicami, więc dodatkowo czas wydłużał się. Podczas rozmowy wstępnej poruszano następujące kwestie: okoliczności pojawienia się na rozmowie, kontakty nastolatka z substancjami psychoaktywnymi, systematyczność używania, sposób myślenia i postawa w stosunku do brania narkotyków lub picia alkoholu oraz poprzednie kontakty z placówkami zajmującymi się pomocą psychologiczną.

Do programu kwalifikowane były osoby w fazie eksperymentowania albo już w fazie używania szkodliwego. Jeśli wstępna diagnoza wskazywała na potencjalne uzależnienie, kandydat otrzymywał inne, alternatywne propozycje pomocy – propozycje zgłoszenia się do Monaru lub nawet skierowanie do ośrodka stacjonarnego.

Podczas rozmowy wyjaśniano, na czym polegają zajęcia, jaki jest ich cel, forma i przebieg. Kandydat wypełniał krótką ankietę wstępną, z pytaniami dotyczącymi częstotliwości picia lub używania narkotyków w ogóle i w ostatnim okresie przed odnotowaniem. Po zapozna-

Tabela 1. Ścieżki dostępu i kwalifikacje do programu

ŚCIEŻKA DOSTĘPU	SZKOŁA	POLICJA	WYMIAR SPRAWIED.	SŁUŻBA ZDROWIA	RODZICE	RAZEM
Liczba skierowanych	27	8	11	5	10	61
Zakwalifikowani	24	7	7	3	3	44
Niezakwalifikowani	3	1	4	2	7	17

niu się z pełną ofertą, podejmował ostateczną decyzję o wzięciu udziału w programie. W Bydgoszczy wszystkie osoby zakwalifikowane do programu (44) wyraziły chęć uczestniczenia w nim. W rezultacie w zajęciach wzięło udział 38 osób.

Rozmowa kończyła się podpisaniem oświadczenia przez rodzica, w którym wyrażał on zgodę na udział w zajęciach jego niepełnoletniego syna lub córki.

Ważne, aby zajęcia rozpoczynały się maksymalnie po trzech tygodniach od pierwszej rozmowy. W przeddzień rozpoczęcia zajęć uczestnik otrzymywał SMS-a przypominającego o spotkaniu.

Przebieg zajęć grupowych

Zajęcia można było rozbić na dwie, trzy lub cztery sesje. Ja podzieliłem je na trzy spotkania, z których pierwsze trwało 2 godziny, a pozostałe dwa po 3 godziny każde. Starłem się też, aby całość skończyć w okresie tygodnia, maksymalnie 9 dni. Pierwsze dwa spotkania następowały dzień po dniu, a ostatnia sesja po tygodniu. Dlaczego tak? Otóż założyłem, że pierwsze spotkanie przełamuje napięcia i pozwala wyobrazić sobie charakter zajęć, a na drugim spotkaniu dzieje się tak dużo, iż młody uczestnik musi mieć parę dni, aby ochłonąć. Te kilka dni przerwy to też moment skłaniający do refleksji i skonfrontowania się z nową wiedzą. Doświadczenia z prowadzenia pierwszych zajęć potwierdziły, że ta koncepcja ich rozkładu jest odpowiednia.

Na początku pierwszego spotkania wszyscy odczuwali napięcie z powodu nowej, niecodziennej sytuacji, w której się znaleźli. Stąd w pierwszych minutach pojawiały się napady śmiechu, odzywanie się pod nosem, nie wprost do prowadzącego, żarty na temat własnego używania itp.

Zgodnie ze scenariuszem starałem się stosować następujące zasady:

- życzliwe powitanie poprzez zwracanie się po imieniu do uczestników programu,
- włączenie cichej muzyki,
- zapoznanie z otoczeniem (wskazanie, gdzie można coś zjeść, gdzie jest toaleta itp.),
- nawiązanie zwykłej rozmowy z uczestnikami,
- wyjaśnienie celu i tematyki programu; uczestnicy dowiadawali się, że w czasie zajęć kluczową rolę odgrywa współdziałanie i że prowadzący zobowiązani są do zachowania poufności.

Kolejnym etapem spotkania było skalowanie. Ćwiczenie ujawniało poziom motywacji do uczestnictwa w zajęciach oraz umożliwiało poznanie postawy uczestnika wobec używania narkotyków lub picia alkoholu. Zebrani dość chętnie wypowiadali się na temat swojej motywacji do udziału w zajęciach, w skali od 1 do 10 mówili o przymusie, ale również często o ciekawości. Jedno z pytań dotyczyło znaczenia, jakie marihuana lub alkohol ma w życiu każdego z uczestników. Uczestnicy pozytywnie mówili o spożywaniu alkoholu lub paleniu marihuany, ale większość wspominała też o innych, alternatywnych sposobach sprawiania sobie przyjemności. Na tym etapie atmosfera na ogół się rozluźniała.

Dalszym krokiem było określenie norm i zasad spotkań. Ustaliliśmy je podczas pierwszej sesji, wszystko zostało spisane na dużym kartonie papieru, który zawisł na ścianie w widocznym miejscu.

Następnie uczestnicy brali udział w ćwiczeniu na temat kwestii prawnych. Dwójkami siadali w fotelach na środku sali, jedna osoba losowała stwierdzenie, druga odpowiadała, pozostali chętnie włączali się do dyskusji. Najwięcej dylematów było przy tematach samodzielnego chodzenia na dyskoteki osób niepełnoletnich, odpowiedzialności rodziców, gdyby coś się stało. Większość osób nie wiedziała, że za jazdę po marihuanie też można stracić prawo jazdy. Drugą ważną kwestią było to, że jeśli osoba pełnoletnia sprzedaje narkotyki małoletniemu, w polskim prawie jest to traktowane jako przestępstwo. Ogólnie ćwiczenie wykonane zostało bardzo sprawnie. Jeśli pozostawały kwestie niewyjaśnione, zadaniem prowadzącego było przygotowanie odpowiedzi na następne zajęcia.

Sesja była urozmaicona krótkimi, odprężającymi zabawami, które przy okazji integrowały grupę i pomagały w tworzeniu atmosfery współpracy.

W ostatniej fazie pierwszego spotkania grupa została podzielona na trzy zespoły, które pracowały nad przyczynami oraz pozytywnymi i negatywnymi skutkami związanymi z braniem narkotyków i piciem alkoholu. Dorobek pracy grup spisano na tablicy, zadaniem uczestników było odnalezienie związków przyczynowo-skutkowych. Następnie jako prowadzący wskazywałem długoterminowe konsekwencje negatywne i zadawałem pytanie, czy warto narażać się na nie, aby doraźnie uzyskać efekt pozytywny.

Drugą sesję rozpoczął quiz „Joint parzy”. Zabawa wymagała dużego zaangażowania. Grupa została podzielona na trzy drużyny. Ich zadaniem było przygotowanie i odegranie

scenek demonstrujących styl życia młodzieży, poruszających zagadnienia związane z wiedzą na temat używek, ich szkodliwości, slangu narkotykowego. Chodziło o to, by poprzez zabawę przemycać treści edukacyjne oraz umożliwić przyjrzenie się „na trzeźwo” zachowaniom ryzykownym i ocenienie ich. Jako prowadzący uzupełniałem, wyjaśniałem i podsumowywałem wypowiedzi drużyn. Ważne, aby w podsumowaniu ćwiczenia prowadzący zwracali uwagę na wagę umiejętności zabawy bez używek.

Następnym elementem drugiego spotkania było zdefiniowanie swojej postawy wobec różnych twierdzeń w ćwiczeniu „Moim zdaniem”. Prowadzący czytał twierdzenia na temat narkotyków i postaw wobec nich, np. „Marihuana jest nieszkodliwa, bo jest darem natury”, a uczestnicy określali się i argumentowali swoje stanowisko, wybierając jedną z trzech możliwych odpowiedzi: zgadzam się, nie zgadzam się, nie wiem.

Kolejnym etapem była praca nad definicjami eksperymentowania, nadużywania i uzależnienia. Uczestnicy dopasowywali zdania do definicji każdego z wzorów używania. Większość haseł została przyporządkowana prawidłowo. Na koniec, z pomocą prowadzących, wyłoniono te hasła, które były „płynne” i stanowiły pomosty między wzorami używania.

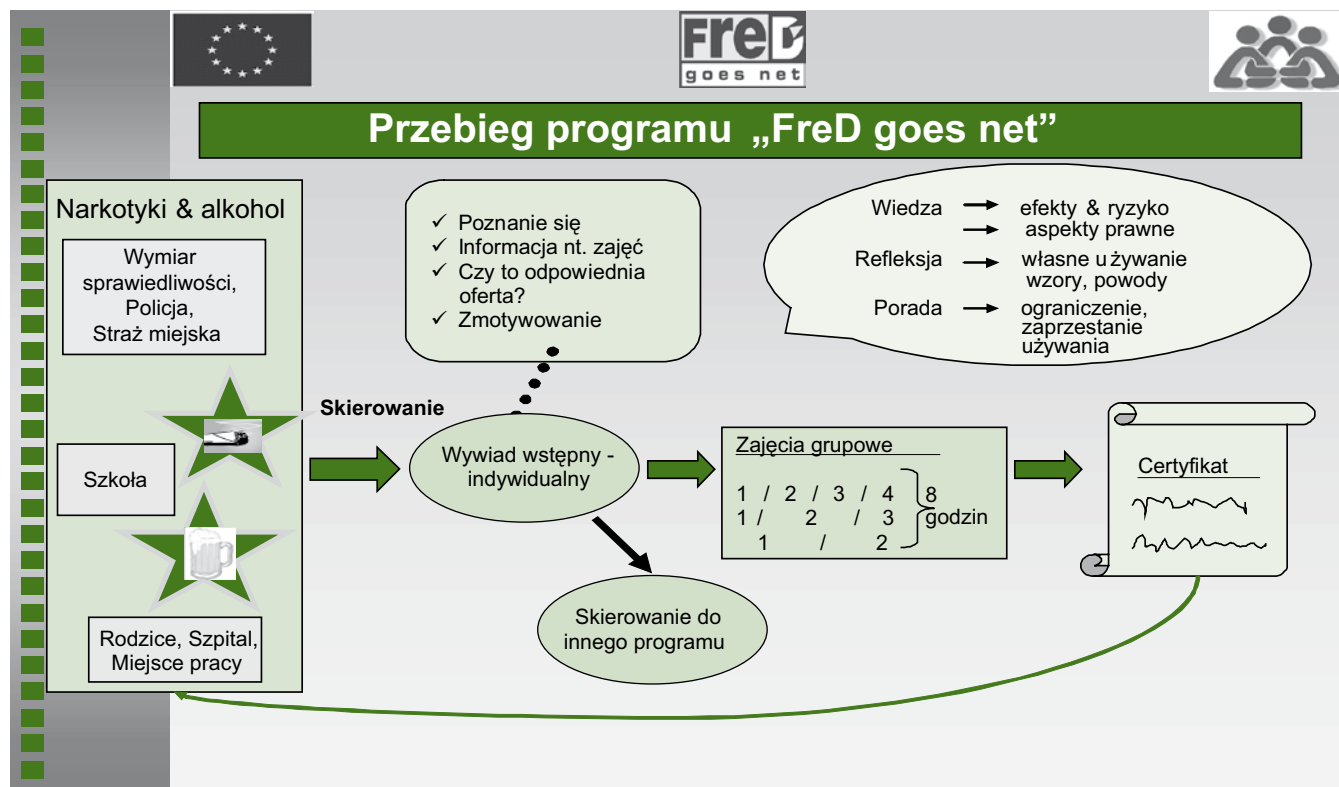
W podsumowaniu prowadzący zwracali uwagę na to, jak niewidoczna lub złudna może być granica pomiędzy eksperymentowaniem a uzależnieniem. Był to jeden z najważniejszych momentów programu, uczestnicy odnosili do zaprezentowanej wiedzy swoje doświadczenia i kontakty z substancjami psychoaktywnymi, dokonywali swoistej autodiagnozy i porównań z innymi.

Ostatnim elementem drugiej sesji było spisanie przez każdego własnych sposobów na osiąganie przyjemności. Większość osób podawała wiele alternatyw. W rundce końcowej uczestnicy mówili o swoim samopoczuciu. Zazwyczaj byli zmęczeni, ale czuli się zintegrowani i mieli poczucie dobrze spędzonego czasu.

Przed ostatnią sesją ponownie wysłałem do wszystkich SMS-a z przypomnieniem o spotkaniu.

Pierwszym elementem trzeciej sesji było ćwiczenie zatytułowane „Porcjowanie ryzyka”. Uczestnicy mieli do wyboru cztery warianty odpowiedzi na pytanie, czym jest dla nich ryzyko. Zdaniem większości oznacza ono „przyjemność”, bardzo rzadko „niepewność”, „zagrożenie” lub „wyzwanie”. Głównym czynnikiem, który skłaniał do wyboru odpowiedzi „przyjemność”, było doświadczanie silnych emocji. Uczestnicy podawali przykłady ze swojego życia, kiedy podejmowali jakieś ryzyko. Moim zdaniem to ćwiczenie powinno dawać dorosłym najwięcej do

Rysunek 1. Przebieg realizacji programu „Fred goes net”



myślenia. W ich świecie ryzyko kojarzone jest z reguły z zagrożeniem, stratą itp., natomiast w świecie nastolatków przede wszystkim z przyjemnością. Te definicje są zupełnie różne.

Następnie uczestnicy wypełniali test „Sprawdź się”, który służył lepszemu poznaniu samego siebie oraz lepszej ocenie własnych zalet i słabości w zakresie samoakceptacji, zaufania do samego siebie, bycia odpowiedzialnym, otwartym i przyjaznym, wyczuwania i okazywania emocji, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, funkcjonowania w kontekście rodziny i przyjaciół oraz w związkach, stanu sprawności fizycznej i zdrowia, umiejętności odczuwania przyjemności i odpoczynku, stosunku do własnego ciała i seksualności, radzenia sobie w szkole, umiejętności spędzania czasu wolnego. Prowadzący zagwarantowali, że nikt nie będzie miał wglądu w wyniki i przekazali opisy odpowiadające poszczególnym przedziałom punktowym. W dyskusji poruszano temat celowości poznawania siebie, swoich słabych i mocnych stron. Większość zwróciła też uwagę na to, że tylko dwa pytania dotyczyły alkoholu i narkotyków.

Kolejnym elementem było rysowanie wykresu wzoru używania. Wszyscy otrzymali kolorową kopię wykresu z wyjaśnieniem, jak należy wykonać zadanie. Każda substancja psychoaktywna miała przypisany kolor. Uczestnicy otrzymali flamastry w kolorach odpowiadających substancjom, z którymi mieli kontakt, nawet tymi, których próbowali tylko raz. Następnie rysowali krzywą odpowiadającą doświadczeniom z każdą substancją. Jeśli ktoś pił alkohol po raz pierwszy w wieku 14 lat i robił to wtedy „nieregularnie”, stawiał krzyżyk w odpowiednim punkcie wykresu. Kolejny krzyżyk pojawiał się w odpowiednim miejscu odnośnie do wieku 15 lat i tak dalej, aż do aktualnego wieku. Po połączeniu krzyżyków powstawała krzywa każdej substancji, z którą miał do czynienia uczestnik. Wszyscy zaprezentowali swoje wykresy na forum grupy. W przypadku wyraźnych zmian krzywej (dynamiczny wzrost lub spadek) prowadzący zadawali pytania o to, co działo się w tym czasie w życiu danej osoby. Pytali też o okoliczności inicjacji narkotykowej (alkoholowej).

Kolejnym elementem było określenie trudności związanych z ograniczaniem lub odstawieniem substancji oraz stosowaniem zasad lub określaniem sygnałów

ostrzegawczych. Każdy uczestnik zapisywał swoje propozycje na tablicy.

Następnym elementem było przekazanie materiałów informacyjnych dotyczących oferty pomocowej, wraz z wyjaśnieniem do jakiej instytucji, w jakich sprawach można się zwracać.

Dalej uczestnicy skupili się na wyznaczeniu celów osobistych. W pierwszej części prowadzący czytał tekst o przyszłości. Ja zatytułowałem go *Na spotkanie z sobą*. Chodziło o wyobrażenie sobie siebie w przyszłości, zobaczenie, jaki będę, co będę robił, czy będę realizował swoje marzenia itp. Po wysłuchaniu uczestnicy otrzymywali kartki oraz koperty i wypełniali druk listu do siebie. List ten zostanie do nich wysłany kilka miesięcy po ukończeniu zajęć.

Na koniec wszyscy otrzymali ponumerowane kwestionariusze ewaluacyjne z przyporządkowanymi numerami oraz koperty. Wypełnione kwestionariusze są wysyłane do centrum badań w Niemczech.

Artykuł opisuje pierwsze doświadczenia z realizacji programu. Jego skuteczność z pewnością zweryfikuje ewaluacja. Jednak już teraz mogę stwierdzić – jako osoba z kilkunastoletnim stażem pracy w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień – że „Fred goes net” jest ewidentnie trafnym uzupełnieniem krajowej oferty dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem. Przekonująca jest również pozytywna ocena końcowa młodzieży, podkreślająca dobrowolność uczestnictwa, pomimo faktu „przylapania” i „skierowania”. Trzeba podkreślić, że program ma szansę powodzenia także dzięki zaangażowaniu przedstawicieli bydgoskich instytucji współpracujących – szkół, policji, sądu i służby zdrowia.

Pożądane byłoby, aby stał się ofertą dla młodzieży w każdym mieście powiatowym.

Przypisy

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

² Pierwszy artykuł na temat programu został zamieszczony w numerze 3/2008 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”. Przedstawiono w nim założenia i cele programu, wyniki badań dotyczących sposobu jego implementacji, ścieżki dostępu do niego młodych ludzi oraz zakres działań podjętych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i ekspertów krajowych. W numerze 1/2009 „Serwisu Informacyjnego Narkomania” opisano podstawy teoretyczne projektu.

Substancje uzależniające działają na szereg układów neuroprzekaźnikowych, a końcowym efektem tego działania jest uaktywnienie układu nagrody w mózgu. Długotrwałe przyjmowanie narkotyków powoduje uzależnienie od danej substancji, a odstawienie prowadzi do zespołu abstynencyjnego, którego skutki mogą być groźne dla zdrowia, a nawet dla życia osoby uzależnionej.

BIOLOGICZNE PODSTAWY UZALEŻNIEŃ

Jarosław Uziatko

Chcąc omawiać problem uzależnienia, należy w pierwszej kolejności ustalić definicję tego pojęcia. Najprościej można powiedzieć, że uzależnieniem nazywamy zespół obejmujący wszystkie czynności i substancje prowadzące do powstania przymusu ich przyjmowania lub wykonywania określonych działań. Człowiek może się uzależnić od substancji psychoaktywnej bądź od określonego działania, np. hazardu, komputera itd.

W tym artykule zostaną przedstawione mechanizmy uzależnień od środków psychoaktywnych związane z układem nagrody w mózgu, ostrymi objawami uzależnienia, objawami odstawiennymi i powikłaniami.

Uzależnienie

Każde używanie substancji psychoaktywnych niesie ze sobą ryzyko uzależnienia. Uzależnienie występuje wtedy, kiedy człowiek traci kontrolę nad przyjmowaną substancją i dochodzi do przymusu jej zażywania. Definicja uzależnienia wg klasyfikacji ICD 10 brzmi: „Uzależnieniem nazywamy kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość”.

Aby stwierdzić uzależnienie, muszą wystąpić co najmniej trzy z sześciu objawów:

- **Silne pragnienie przyjmowania substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania.** Oznacza to, że osoba musi przyjąć substancję, żeby albo czuć się dobrze, albo nie czuć się źle. Charakterystyczne jest tu słowo *przymus* – osoba musi przyjąć substancję psychoaktywną.
- **Trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcia, zakończenia lub ilości.** Jeśli ktoś już sięgnie po narkotyk

lub alkohol, to zaczyna w krótkim czasie powtarzać tę czynność – dochodzi do ciągu.

- **Fizjologiczne objawy stanu odstawienia** – zespoły abstynencyjne. Substancje uzależniające dają nie tylko objawy w trakcie ich brania, ale również w czasie ich odstawiania. Każda z nich daje trochę inne objawy abstynencyjne.
- **Stwierdzenie tolerancji** – coraz większe dawki są potrzebne do wywołania stanu przyjemności.
- **Zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności.** Osoba traci zainteresowanie dotychczasowymi pasjami. Interesuje ją tylko i wyłącznie branie narkotyków lub picie alkoholu. Zamyka się w środowisku osób używających substancji uzależniających.
- **Przyjmowanie substancji pomimo doświadczania jej szkodliwości.** Mimo uszkodzenia wątroby, pobytów w izbie wytrzeźwień, spowodowania wypadków drogowych – alkoholicy nadal piją. Silniejszy jest przymus niż zdrowy rozsądek.

Co się dzieje z narkotykiem w organizmie?

Narkotyk przyjęty doustnie przechodzi do organizmu z przewodu pokarmowego. Dożylnie podanie narkotyku powoduje jego natychmiastową dystrybucję do krwiobiegu i narządów, przyjęty w postaci wachanej lub palonej – wchłaniany jest przez nablonek układu oddechowego. Narkotyk rozchodzi się po tkankach i narządach. Zostaje przez nie wchłonięty, metabolizowany, część dostaje się do mózgu. W mózgu dochodzi do pobudzenia różnych układów neuroprzekaźnikowych, a końcową drogą jest pobudzenie układu przyjemności – układu nagrody. Osobie biorącej narkotyk w tej fazie jest bardzo przyjemnie, przeżywa ekstazę, odurzenie. Z punktu widzenia medycznego dochodzi do ostrego zatrucia substancją.

Niebezpieczeństwo w tej fazie polega na tym, że osoba może przyjąć zbyt dużą dawkę, a to może skutkować uszkodzeniem narządów.

Jeśli narkotyk jest przyjmowany w sposób powtarzalny, wytwarza się specyficzny stan równowagi między organizmem a substancją – dochodzi do uzależnienia. Organizm zaczyna traktować narkotyk jako coś, co musi otrzymać. W sytuacji jego braku występuje bardzo złe samopoczucie – układ przyjemności nie jest stymulowany, organizm zaczyna reagować zespołem abstynencyjnym, czyli zaczyna „chorować” z powodu braku substancji uzależniającej. Utrzymywanie abstynencji powoduje powolne przyzwyczajanie się organizmu do sytuacji sprzed brania narkotyku, jednak zmiany w organizmie mogą być już tak daleko posunięte, że są nieodwracalne lub wymagany jest długi okres do powrotu do względnego stanu zdrowia. Zmiany te mogą się manifestować zarówno na płaszczyźnie somatycznej, jak i psychicznej. Mówimy wtedy o późno ujawniających się zaburzeniach psychicznych. Także w trakcie przyjmowania narkotyku może również dojść do pojawienia się zaburzeń przypominających choroby psychiczne.

Każda substancja psychoaktywna (narkotyk, niektóre leki, alkohol czy papierosy) ma swój charakterystyczny zespół objawów po jej zażyciu – objawów zatrucia, charakterystyczny zespół objawów braku substancji – objawów abstynencyjnych, i późnych powikłań. Jest to spowodowane tym, że każda substancja działa na specyficzne receptory.

Układ nagrody

Różne substancje psychoaktywne działają w różnych miejscach mózgu, poprzez różne substancje neuroprzekaznikowe, które są wydzielane i wychwytywane przez komórki nerwowe (neurony) do synaps, stanowiących połączenie między neuronami.

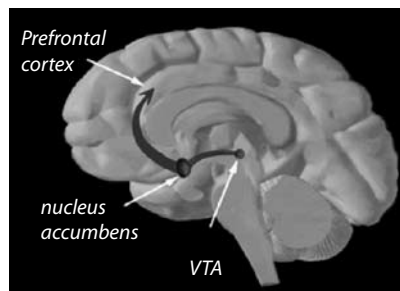
Najważniejszym miejscem dla wszystkich substancji psychoaktywnych jest tzw. układ nagrody w mózgu. Jest to układ, którego neuroprzekaznikiem jest dopamina.

Składa się on z jąder brzusznych nakrywki (VTA), które łączą się z jądrem półleżącym (n.Acc.), a ono rzutuje swoje wypustki do kory mózgu. Jądra te wchodzi w skład tzw. jąder podkorowych układu mezolimbicznego.

Pobudzenie jąder brzusznych nakrywki powoduje przesłanie dopaminy do synapsy łączącej neurony VTA z jądrem półleżącym. Pobudzone jądro półleżące rzutuje wypustki

do kory przedczołowej, która z kolei odpowiada za określone działania i odczucia człowieka. Jądro półleżące hamuje również zwrotnie jądra VTA, aby nie były one zbyt mocno pobudzone.

Układ nagrody w mózgu



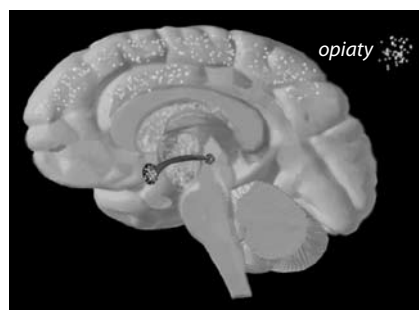
Jeśli substancje narkotykowe będą bardzo silnie działały na jądro półleżące, to również będą one silnie hamowały jądra VTA, co przy długim po-

dawaniu mocnych narkotyków doprowadzi do tego, że jądra VTA zaczną zmniejszać swoją aktywność i w efekcie może dojść do ich częściowej degeneracji. Spowoduje to taką sytuację, że jeśli odstawimy narkotyk, to jądra VTA nie będą w stanie pobudzić jądra półleżącego, czyli nie dojdzie do uzyskania odpowiedniego poziomu przyjemności przy różnych czynnościach. W związku z tym osoba będzie poszukiwała takiej substancji, która pozwoli pobudzić jądro półleżące do odpowiedniej aktywności.

Układ nagrody powoduje, że człowiek szuka takich rzeczy czy zachowań, które pozwolą mu osiągnąć przyjemność. Wynika z tego, że występują dwie fazy przeżywania przyjemności:

- faza apetytywna – polegająca na tym, że człowiek poszukuje źródła zaspokojenia przyjemności, a samo poszukiwanie jest związane z pojawieniem się wzrastającego napięcia, co często już powoduje przyjemność (bardzo trafnie ujmie to fragment piosenki Skaldów – „Nie o to chodzi, by złowić króliczka, ale by gonić go”),
- faza konsumacyjna – związana z uzyskaniem satysfakcji z zaspokojenia potrzeby i obniżeniem napięcia.

Neurobiologia uzależnienia opiatowego



Opiaty działają na receptory mózgowe typu mi, delta i kappa. W mechanizmach uzależnienia udział biorą głównie re-

ceptory mi i delta – wzmacniające uzależnienie oraz kappa – działające awersyjnie.

Główne rozmieszczenie tych receptorów w mózgu to struktury znajdujące się w międzymózgowiu oraz w korze przedczołowej. Końcowym szlakiem jest układ nagrody.

Pobudzenie jąder nakrywki (VTA) przez opioidy powoduje aktywację całego układu nagrody. Układ ten posiada sprzężenie zwrotne. Wzrost dopaminy powoduje wydzielanie dynorfin – substancji działających na receptory opioidowe, m.in. kappa – a te zwrótnie hamują pobudzenie jąder nakrywki brzusznej. Jeśli podamy obwodowo opiaty, to będą one pobudzały zarówno jądra nakrywki brzusznej, jak i jądra półleżące, co zwrótnie zahamuje wydzielanie dopaminy na poziomie jąder nakrywki. Dodatkowo, na skutek stymulacji jąder półleżących, dojdzie do zwiększenia wtórnych przekazników wewnątrzkomórkowych typu cAMP, CREB, co wtórnie spowoduje wzrost wydzielania dynorfin i zwrotnego zahamowania wydzielania dopaminy w jądrach nakrywki brzusznej.

Stałe hamowanie wyrzutu dopaminy na poziomie jąder nakrywki brzusznej może spowodować neurodegenerację tej części neuronów. Stąd w wyniku uzależnienia opiatowego może dochodzić do nieodwracalnych zmian w mózgu – co z kolei tłumaczy bardzo ciężki przebieg leczenia tej choroby. Przyjmuje się, że po trzech latach zażywania opiatów zmiany są już na tyle nieodwracalne, że osoby uzależnione mogą wymagać stałego podawania substytutu narkotyku, np. metadonu. Niestety, często w tej fazie uzależnienia spotykamy się z próbami leczenia pacjentów metodą *drug free*. Skuteczność takiego leczenia (mierzzonego wieloletnim utrzymywaniem abstynencji) wynosi około 1%.

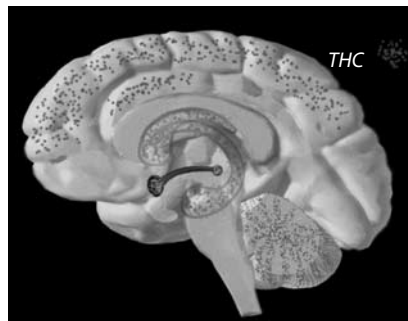
Gdyby chcieć krótko scharakteryzować grupę opiatów, należałoby zacząć od tego, że jest to jedna z najstarszych grup narkotyków. Zalicza się do nich opium, morfinę, wyciągi maku (,kompot”), heroinę. Narkotyki te bardzo trudno odstawić, ponieważ wywołują silne uzależnienie psychiczne i fizyczne. Odstawienie opiatów skutkuje wystąpieniem silnego zespołu abstynencyjnego i wywołuje dreszcze, silny katar, rozszerzenie źrenic, bóle brzucha, biegunkę, skoki ciśnienia, mdłości, bardzo złe samopoczucie, niepokój, rozdrażnienie, agresję. Takie objawy mogą się utrzymywać 10-12 dni. Stąd odtrucie powinno się przeprowadzać w warunkach oddziały detoksykacyjnego. Przewlekłe przyjmowanie

tych substancji powoduje zmiany osobowości oraz pojawienie się zaburzeń i chorób psychicznych.

Neurobiologia uzależnienia od kanabinoidów

Receptory wrażliwe na THC są rozsiane praktycznie w całym mózgu.

Rozmieszczenie receptorów THC w mózgu



Duże ich ilości znajdują się zarówno w jądrach nakrywki brzusznej, jak i w jądrze półleżącym. Palenie marihuany powoduje różnego typu doznania wy-

nikające z rozmieszczenia receptorów THC, ale również pobudzenie osi układu nagrody w mózgu. Ponieważ receptory THC umiejscowione są zarówno w jądrach VTA, jak i w n.Acc., może wolniej dochodzić do uzależnienia, gdyż VTA nie zmniejsza aktywności w tak szybkim tempie jak w przypadku innych narkotyków. Niemniej jednak pokazuje to, że jest to taki sam środek uzależniający jak inne narkotyki.

Osoby palące marihuanę uzależniają się trwale w około 10% przypadków. W praktyce medycznej mamy pacjentów bardzo silnie uzależnionych od marihuany. Krótkotrwale działanie marihuany na człowieka powoduje następujące efekty:

- błądostan, zaburzenia postrzegania i odczuwania,
- pogorszenie pamięci krótkotrwałej,
- pogorszenie koncentracji, uwagi,
- pogorszenie koordynacji oraz równowagi (duża liczba receptorów w mózdzku),
- wzrost akcji serca,
- zaczerwienienie oczu,
- wzrost apetytu,
- relaksację i uspokojenie,
- obniżenie progu bólu,
- poszerzenie pola świadomości – odczucie u osób, które bez przyjmowania narkotyku mają poczucie pogorszenia pamięci; dopiero przyjęcie marihuany pozwala im na w miarę „normalne” myślenie.

Należy zwrócić uwagę na to, że stany te są uzależnione od indywidualnej wrażliwości na działanie marihuany i nie wszystkie występują w takim samym stopniu u każdego.

Z kolei długotrwałe zażywanie marihuany wywołuje następujące efekty:

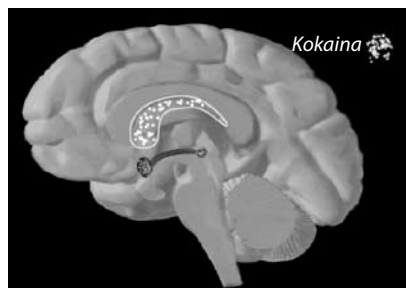
- uzależnienie,
- paranoję, depresję, lęk,
- zespół amotywacyjny (palącemu marihuanę zaczyna być obojętne, czy chodzi do pracy, do szkoły, co się dzieje z jego rodziną. Im dłużej pali, tym ma mniejszą motywację do funkcjonowania w środowisku. Staje się obojętny, bezwolny),
- zaburzenia układu oddechowego,
- działania niepożądane w układzie immunologicznym i rozrodczym,
- nowotwory (marihuana zawiera od 50 do 70% więcej karcynogenów niż tytoń).

Narkoman, który próbuje odstawić marihuanę, zaczyna odczuwać niepokój. Pojawia się chroniczne rozdrażnienie, bezsenność lub nadmierna senność, silne bóle głowy. Traci chęć życia, spada jego aktywność życiowa. Cierpi z powodu obniżonego nastroju, który może przyjąć postać depresji. Obniża się odczuwanie przyjemności. Należy zwrócić uwagę, że prawie wszystkie narkotyki dają zbliżone objawy abstynencyjne, co jedynie potwierdza, że marihuana jest silnym narkotykiem.

Neurobiologia uzależnienia od amfetaminy i kokainy

Kokaina, amfetamina i metamfetamina są substancjami pobudzającymi, równocześnie działającymi na układ nagrody.

Przykładowe rozmieszczenie receptorów dla kokainy



Kokaina blokuje wychwyt zwrotny dopaminy do komórek, stąd jej ilość w przestrzeni synaptycznej znacząco wzrasta.

W przypadku działania amfetaminy i jej pochodnych dochodzi zarówno do wyblokowania zwrotnego wychwyty noradrenaliny,

jak i dopaminy. Zażywanie kokainy prowadzi również do zmian degeneracyjnych szlaków serotonergicznym.

Środki psychostymulujące powodują silne pobudzenie psychoruchowe. Dają one wrażenie energii i siły. Zaburzają krytycyzm. Przyjmowane przez młodzież głównie na dyskotekach, pozwalają na długotrwały taniec. Są też zażywane przez studentów, ponieważ pozwalają zredukować poczucie zmęczenia w trakcie nauki. W tej fazie może dochodzić do zgonów z powodu całkowitego braku właściwej oceny swojego stanu zdrowia – osoba nie ma poczucia, że coś złego dzieje się z jej organizmem. Na przykład w trakcie tańca może dojść do tak silnego odwodnienia organizmu, że może to doprowadzić do śmierci.

Zespół abstynencyjny związany z brakiem narkotyku polega na bardzo złym samopoczuciu. Pojawia się silne rozdrażnienie, zmęczenie, apatia. Wzmaga się apetyt, pojawia się depresja. Tym objawom towarzyszy silne poczucie głodu narkotykowego.

Neurobiologia uzależnienia od benzodiazepin

Benzodiazepiny są substancjami działającymi na receptor benzodiazepinowy.

Ich działanie powoduje uspokojenie i senność. Związany jest z tym również wpływ na ośrodek nagrody – osoba pod wpływem specyfiku odczuwa spokój, rozluźnienie – jest jej przyjemnie. Jeśli leki te są przyjmowane regularnie – powodują uzależnienie w przeciągu 3-4 tygodni ich zażywania.

Najbardziej znane leki z tej grupy to Relanium, Clonazepam, Nitrazepam, Lorafen, Xanax. Wszystkie one powinny być stosowane krótkotrwale. Problem z tym typem leków polega na tym, że są one traktowane przez lekarzy jako „bezpieczne”, „na uspokojenie”. Pacjent nie tylko szybko uzależnia się od tego rodzaju leku, ale również od osoby, która go przepisuje. W świadomości pacjenta pojawia się podział na dobrych lekarzy – wypisujących żądany lek oraz złych – robiących trudności, przeprowadzających dokładny wywiad przed wypisaniem recepty. Uzależnieni pacjenci często krążą od przychodni do przychodni, tłumacząc lekarzom, że gdzieś zgubili receptę, że nie mogą się dostać teraz do swoich lekarzy, a koniecznie muszą mieć lekarstwo. Zdarza się również leczenie benzodiazepinami przez znajomych i sąsiadów – „bo

skoro mnie doktor zapisał dobry lek, który wspaniale uspokaja – to tobie też on pomoże”. W konsekwencji prowadzić to może do uzależnienia.

Długotrwałe zażywanie benzodiazepin może powodować pogorszenie sprawności intelektualnej.

W trakcie odstawiania występują najczęściej objawy uboczne:

- długotrwałe złe samopoczucie,
- drżenia języka, rąk, powiek,
- wymioty,
- tachykardia – szybkie bicie serca,
- spadki ciśnienia,
- silny niepokój,
- bóle głowy,
- bezsenność,
- zaostrzenia psychotyczne – nastawienia urojeniowe, omamy lub iluzje,
- napady padaczkowe – może dojść do stanu padaczkowego i zgonu,
- silne lęki i napady lękowe.

Benzodiazepiny trzeba odstawiać w sposób kontrolowany, pod opieką doświadczonego lekarza, pod osłoną innych leków.

Nagły niedobór substancji hamującej prowadzi do nagłej i niekontrolowanej aktywacji mózgu. Najcięższym powikłaniem odstawiania benzodiazepin są napady drgawkowe. Jeśli dojdzie do pojawienia się napadów gromadnych – może nastąpić zgon.

Leczenie

Mózg wraz z receptorami i neuroprzekaznikami stanowi stabilną, funkcjonalną całość. Zachodzące w mózgu procesy powodują jego spójne funkcjonowanie. Mózg działa na pewnym stałym poziomie. Przy podaniu substancji psychoaktywnej zaczyna stabilizować się na innym poziomie – włączając w swoje funkcjonowanie substancję uzależniającą. Wytwarza się specyficzna równowaga: mózg–substancja psychoaktywna. Odstawienie takiej substancji zakłóca równowagę. Pojawia się silny brak i poczucie przymusu szukania substancji. Naruszenie równowagi powoduje różne skutki. Jeżeli osoba uzależniona próbuje sama odstawić narkotyk, może dojść do powikłań, z którymi sobie nie poradzi. Pojawiają się silne objawy abstynencyjne specyficzne dla danego narkotyku. Może dochodzić do zespołów majaczeniowych, ostrych psychoz, silnych depresji.

Może również dochodzić do napadów drgawkowych. Najtragiczniejszą konsekwencją może być zgon.

Ważne jest, aby uwrażliwiać lekarzy, informować służby penitencjarne i policję o niebezpieczeństwach wynikających z niepodania narkotyku osobie uzależnionej. Osoby zatrzymywane przez policję często doświadczają zespołu abstynencyjnego w areszcie lub więzieniu. Osoby uzależnione kierowane do szpitali z powodu innych chorób, nie informują o swoim uzależnieniu, a niejednokrotnie właśnie podczas hospitalizacji zaczynają odczuwać objawy abstynencyjne, czym wprowadzają w dezorientację personel medyczny.

Należy pamiętać, że mózg bardzo wolno odzyskuje stan równowagi po odstawieniu narkotyku. Czasami potrzeba wielu lat leczenia psychiatrycznego, żeby osoba zaczęła w pełni sprawnie funkcjonować. Stąd postulat, aby zawsze przed odstawieniem narkotyku, alkoholu, benzodiazepin skonsultować się z lekarzem psychiatrą lub terapeutą z poradni odwykowej.

Zapewne uważny czytelnik zadał sobie pytanie: jeśli końcowym efektem działania substancji psychoaktywnych jest pobudzenie układu nagrody, to czy leki stosowane do jednego uzależnienia, nie mogłyby pomagać w leczeniu uzależnienia wywołanego innymi substancjami? Badania mające wyjaśnić ten problem zostały przeprowadzone w odniesieniu do leków stosowanych w uzależnieniu opiatowym. Okazało się, że Naltrekson, który zmniejsza chęć zażywania np. heroiny, zmniejsza też chęć picia alkoholu. Jeśli tak jest, to również w innych rodzajach uzależnień taka zależność powinna się potwierdzić.

Chciałbym jeszcze podkreślić, że osoby uzależnione są – z punktu widzenia medycznego – osobami chorymi ciężko i przewlekłe. Nie piętnujemy cukrzyków za to, że muszą przewlekłe brać insulinę, natomiast piętnujemy narkomana za to, że musi brać przewlekłe narkotyki, a alkoholika za to, że musi pić. Z punktu widzenia lekarskiego osoba uzależniona jest osobą chorą i wymaga takiej samej pomocy medycznej jak każdy inny chory. Dlatego lekarze nie zastanawiają się, czy potępiać takie osoby, czy nie. Dla nich najważniejsze jest, czy występuje choroba, a jeśli tak, to jaką metodę wybrać, aby jak najskuteczniej ją zwalczyć. Leczenie powinno zaczynać się jeszcze w fazie, kiedy osoba uzależniona pozostaje pod wpływem substancji odurzającej. Wtedy powinna ona przejść detoksykację. Otwiera to drogę do włączenia w proces leczenia kolejnych oddziaływań terapeutycznych.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA		
II spotkanie realizatorów projektu dotyczącego standardów jakości programów profilaktycznych; Uniwersytet w Liverpoolu	3-4 września	Santiago de Compostela, Hiszpania
Szkolenie Fogarty dla naukowców z Polski, Ukrainy i Słowacji; IPIŃ oraz Uniwersytet w Michigan	6-9 września	Lwów, Ukraina
Spotkanie Biura Grupy Pompidou	9 września	Paryż, Francja
Coroczne spotkanie EMCDDA na temat wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI)	14-15 września	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Troiki z Rosją (spotkanie organizowane w ramach Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków)	16 września	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (grupa robocza działająca w ramach Rady Unii Europejskiej)	17 września	Bruksela, Belgia
Konferencja organizowana przez Komisję Europejską dotycząca badań w zakresie narkotyków w UE	24-25 września	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie ekspertów EMCDDA dotyczące wskaźnika chorób zakaźnych związanych z narkotykami (DRID)	12-13 października	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU/LAC (Unia Europejska – państwa Ameryki Łacińskiej i Karaibów)	14 października	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (grupa robocza działająca w ramach Rady Unii Europejskiej)	15 października	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie ekspertów EMCDDA dotyczące wskaźnika problemowego używania narkotyków (PDU)	15-16 października	Lizbona, Portugalia
Szkolenie dla tureckiego Focal Point dotyczące danych z obszaru podaży w ramach programu twinningowego	15-16 października	Ankara, Turcja
SPOTKANIA KRAJOWE		
Wizyta studyjna tureckiego Focal Point (TUBIM) dotycząca EWS; KBPN	wrzesień	Warszawa
I spotkanie naukowe KBPN	wrzesień	Warszawa
Seminarium w ramach prac nad Krajowym Programem Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2015	wrzesień	Warszawa
Spotkanie krajowych koordynatorów programu ESPAD; KBPN	6-7 września	Warszawa
XVII spotkanie Ekspertów Wojewódzkich; Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego oraz CINN KBPN	21-23 września	Wrocław
III szkolenie dla gmin z województwa łódzkiego na temat monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym; Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi	5-7 października	Załęcze Wielkie
Metody profilaktyki uzależnień w teorii i praktyce; KBPN	październik	Wrocław

Celem projektu było zbadanie programów niskoprogowych¹ oraz ich klientów. Programy tego typu są nastawione przede wszystkim na ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób zażywających narkotyki. W badaniu uczestniczyły punkty wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków.

PIERWSZE OGÓLNOPOLSKIE BADANIE KLIENTÓW ORAZ PROGRAMÓW NISKOPROGOWYCH

Artur Malczewski

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

Rezultatem przeprowadzonego badania było zebranie informacji na temat grupy nie będącej dotychczas przedmiotem badań w populacji generalnej, jak również często nie odnotowywanej w statystykach medycznych.

Po raz pierwszy uzyskano dość szczegółowe dane o problemowych użytkownikach narkotyków².

Założenia projektu zostały omówione na spotkaniu przedstawicieli programów redukcji szkód w 2008 roku w Krakowie, zorganizowanym przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wstępne wyniki i analizy zebranych informacji przedstawiono w kwietniu 2009 roku na spotkaniu w Falcach.

Metoda i narzędzia badania

Prezentowany projekt badania klientów oraz programów niskoprogowych był realizowany w Polsce po raz pierwszy, we Francji³ po raz drugi. Dzięki temu wyniki badań z 2008 roku będzie można porównać. W projekcie zastosowano dwa narzędzia: kwestio-

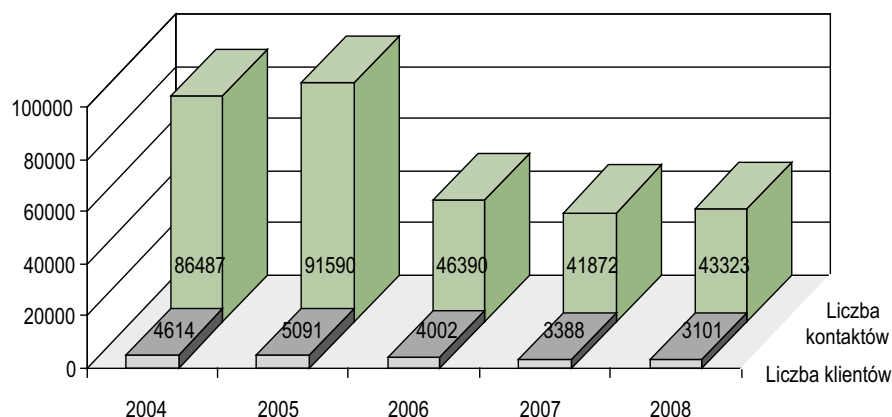
nariusz z pytaniami do użytkowników narkotyków oraz ankietę dla placówek realizujących programy niskoprogowe.

Kwestionariusz został opracowany przez francuski Focal Point (OFDT) i był on zgodny z protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii dotyczącymi wskaźników zapotrzebowania na leczenie (TDI) oraz chorób zakaźnych (DRID). Na podstawie powyższych dokumentów opracowano pytania dotyczące charakterystyki społeczno-demograficznej użytkownika, zażywania narkotyków oraz drogi ich przyjmowania, ryzyka praktyk oraz występowania chorób przenoszonych poprzez krew. Kwestionariusz został przystosowany do polskich warunków.

Niektóre z pytań zmieniono. Wprowadzono też kody w celu uniknięcia podwójnego liczenia tych samych osób. Jednym z dodatkowych celów badania było zebranie danych na temat cen detalicznych narkotyków (jest to jeden ze wskaźników dotyczących nielegalnego rynku). Kwestionariusz składał się z dwóch części. W przypadku osób, które odmówiły udziału w badaniu, wypełniana była jego druga – krótsza część. Zbierano w niej kilka

Profil przeciętnego iniekcyjnego użytkownika narkotyków – klienta programu niskoprogowego – można scharakteryzować następująco: jest to osoba w wieku około 30 lat, niepracująca, z wykształceniem poniżej średniego, raczej mężczyzna niż kobieta. Podstawowym narkotykiem zażywany przez niego iniekcyjnie jest opiat.

Wykres 1. Liczba klientów programów wymiany igieł i strzykawek oraz liczba kontaktów w latach 2004–2008



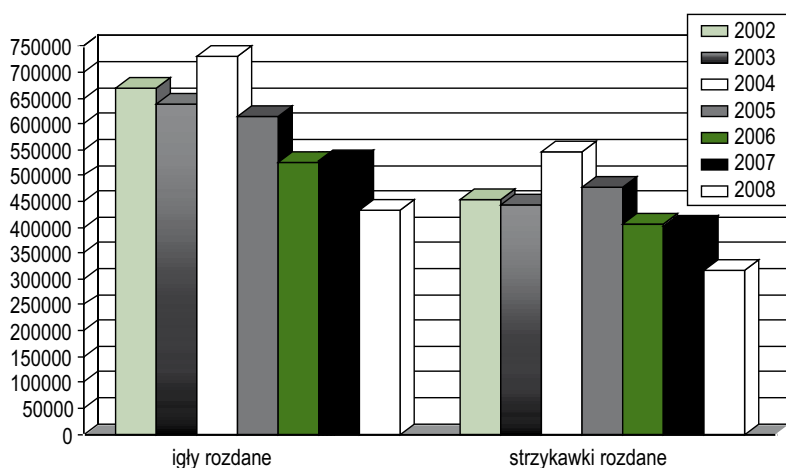
podstawowych informacji o osobie, która odmówiła udzielenia odpowiedzi na pytania, tj. wiek, płeć, najbardziej problemowy narkotyk. W niniejszym artykule omówione zostaną tylko wywiady z osobami, które wzięły udział w badaniu.

Z kolei ankieta dla placówek realizujących programy niskoprogowe była narzędziem do monitorowania aktywności z obszaru redukcji szkód, opracowanym przez grupę Correlation Project EMCDDA. Została ona użyta tylko w polskiej edycji badania i dostosowana do polskich warunków.

Realizacja badania

W okresie od 24 listopada do 7 grudnia 2008 roku pracownicy programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek oraz dziennych świetlic dla czynnych narkomanów) przeprowadzili wywiady kwestionariuszowe z wszystkimi klientami korzystającymi z tego typu programów. Kontakty były nawiązywane przez użytkowników narkotyków,

Wykres 2. Liczba igieł i strzykawek wydanych w latach 2002–2008



kterzy zgłaszali się do placówek w celu wymiany sprzętu do iniekcji, uzyskania porady lub wsparcia. I w Polsce, i we Francji badanie rozpoczęło w tym samym czasie, z tą różnicą, że w Polsce trwało ono o tydzień dłużej. Aby uniknąć podwójnego liczenia tych samych osób, respondenci byli kodowani, taki system pozwalał też na zachowanie anonimowości osób badanych. W badaniu zastosowano próbę pełną, czyli

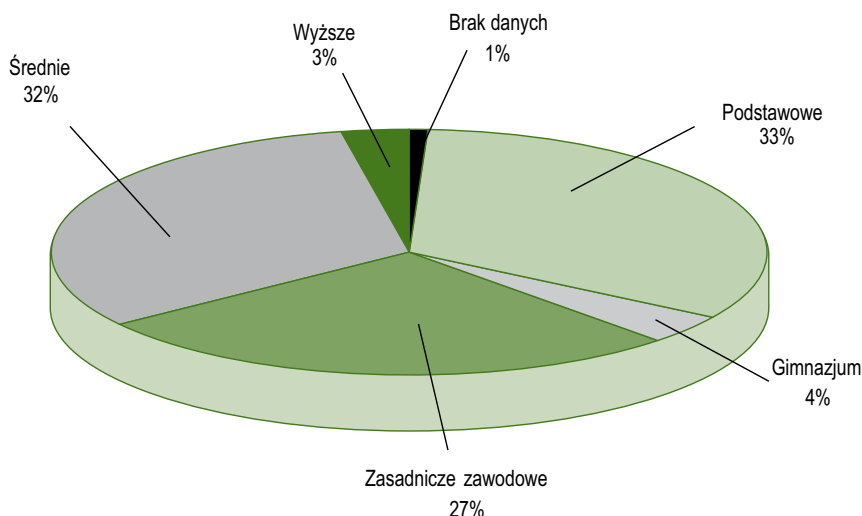
wywiad kwestionariuszowy przeprowadzono z każdą osobą kontaktującą się z programem.

Programy niskoprogowe w Polsce

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii od kilku lat monitoruje działania z zakresu redukcji szkód w Polsce⁴. Co dwa lata placówki, które realizują programy wymiany igieł i strzykawek, otrzymują ankietę zawierającą m.in. pytanie o liczbę dystrybuowanych igieł i strzykawek wśród użytkowników narkotyków. Powyższe narzędzie włączono do ankiety Correlation Network, a wyniki przedstawiono na wykresach 1. i 2. Szczegółowe rezultaty ankiety dla programów niskoprogowych zostaną opisane w następnym numerze *Serwisu*.

Od 2002 roku w Polsce spadła liczba programów wymiany igieł i strzykawek. W 2002 roku było ich 21, w 2008 roku już tylko 13. Tendencja spadkowa dotyczy również liczby miast, w których dostępne są takie programy (w 2002 roku było ich 23, w 2008 roku 11).

W 2008 roku w całej Polsce było 27 punktów wymiany. Działania z zakresu redukcji szkód prowadzone są w szerokim zakresie w Warszawie i Krakowie. W stolicy działają trzy programy realizowane przez Stowarzyszenie Monar, Stowarzyszenie Pomoc Socjalna oraz SPZOZ Centrum Odwykowe. Oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej, aktywnie działa *drop-in*, czyli dzienna świetlica dla narkomanów.

Wykres 3. Wykształcenie badanych (N=733)

W Krakowie oprócz wymiany stacjonarnej i ulicznej działa bus, który dociera również do innych miast, np. do Katowic. Do pozytywnych zmian w obszarze działań redukcji szkód należy zaliczyć wznowienie programu niskoprogowego Stowarzyszenia Wspólnota, które realizuje wymianę przede wszystkim w Katowicach i Chorzowie.

Z danych z ankiet dla programów niskoprogowych wynika, że w 2008 roku 3101 osób objętych zostało programami wymiany igieł i strzykawek. Pracownicy punktów wymiany ulicznej i stacjonarnej odnotowali 43 323 kontakty, co oznacza spadek blisko o połowę w porównaniu do 2004 roku. Liczba klientów w tym okresie zmniejszyła się o 33%.

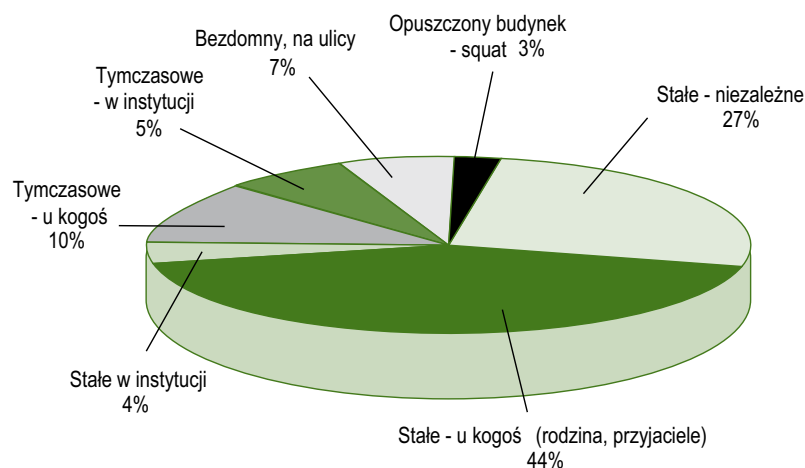
Wraz ze zmniejszaniem się liczby programów i punktów wymiany, spadła również liczba dystrybuowanych igieł i strzykawek. Najwięcej igieł (731 832) i strzykawek (545 738) przekazanych zostało użytkownikom narkotyków w 2004 roku. W 2008 roku odnotowano spadek liczby rozdawanych igieł i strzykawek

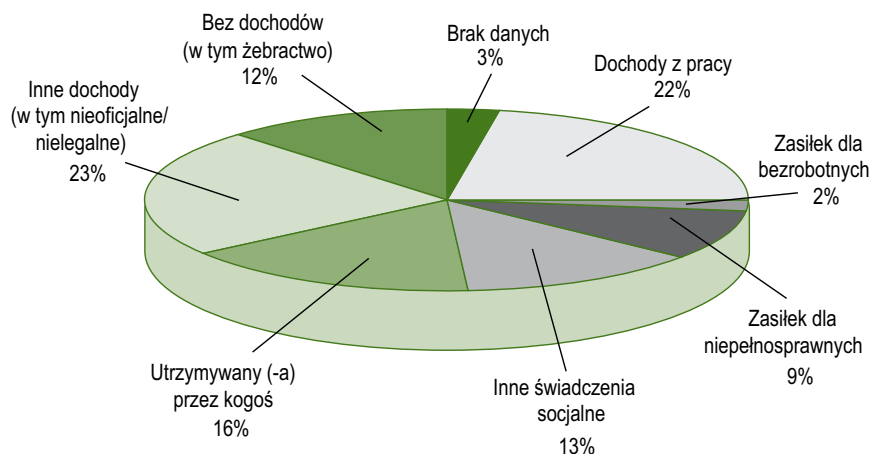
i jest to najmniejsza liczba od 2002 roku: igły 432 720 sztuk, strzykawki 318 054 sztuki. Pomimo obserwowanego spadku w dystrybucji, średnia liczba igieł na jednego użytkownika w 2008 roku była niewiele mniejsza niż w 2004 roku (159 sztuk w 2004 roku i 140 sztuk w 2008 roku). W analizowanym okresie liczba ta nie była mniejsza niż 120 igieł na jednego użytkownika.

Charakterystyka badanej populacji

Badaniem objęto wszystkie programy niskoprogowe, które są realizowane w Polsce. Dotyczą one następujących miast: Puławy, Gdańsk, Częstochowa, Kraków (2 programy), Jelenia Góra, Wrocław, Zgorzelec, Olsztyn, Rzeszów, Katowice, Warszawa (3). Łącznie było to 14 programów. W analizie wykorzystano 733 wywiady z respondentami, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniu. Najwięcej wywiadów zostało przeprowadzonych w Warszawie (powyżej 300) i w Krakowie (co piąty badany), najmniej w Gdańsku – tylko 15. W efekcie badaniem objęto więcej niż co piątego odbiorcę programu niskoprogowego (patrz wykres 1.). Blisko połowa respondentów była rekrutowana w programach wymiany ulicznej (47%), co czwarty w programie stacjonarnym, czyli w poradni lub noclegowni, a 16% badanej populacji to klienci dziennych świetlic dla czynnych narkomanów tzw. *drop-in*. Nową formą docierania do osób uzależnionych jest wymiana

ruchoma za pomocą rowerów w Warszawie oraz busa w Krakowie. W tego typu punktach przebadano 9% całej próby. W przypadku 3% wywiadów brakowało informacji o typie programu. Większość ankietowanych stanowili mężczyźni (69%). Średni wiek osób badanych wyniósł 33 lata (mediana 31 lat), dla mężczyzn średnio 34 lata, a dla kobiet 30 lat. Najwięcej respondentów płci męskiej było w wieku 30-34 lat (23% wszystkich mężczyzn), wśród kobiet była to trochę niższa grupa wiekowa

Wykres 4. Miejsce zamieszkania badanych (N=733)

Wykres 5. Źródło dochodów osób badanych (N=733)

– 25-29 lat (18% wszystkich kobiet). Najstarszy respondent miał 85 lat, a najmłodszy 15 lat.

Analizując wykształcenie badanej populacji, możemy stwierdzić, że co trzeci respondent miał wykształcenie podstawowe (33%) lub średnie (32%). W przypadku pozostałych osób najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (27%). O wiele mniejszy odsetek respondentów legitymował się wykształceniem gimnazjalnym (4%) lub wyższym (3%). W przypadku 1% badanych brakowało informacji o wykształceniu. Badani pytani byli także o swoją sytuację mieszkaniową. Większość respondentów (3/4) miała stałe miejsce zamieszkania. 15% ankietowanych mieszkała tymczasowo w określonym miejscu (instytucji lub u kogoś). Ponad jedna czwarta respondentów mieszkała niezależnie, jednak znacznie większa

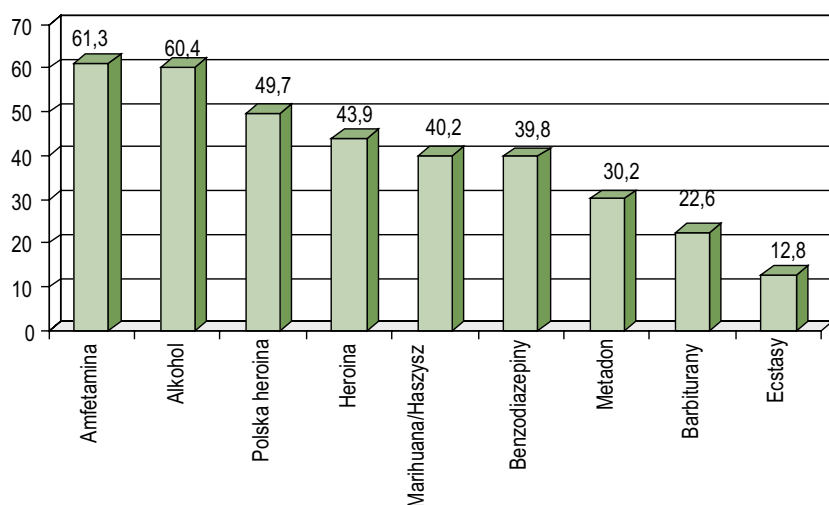
grupa osób (44%) mieszkała u kogoś, tj. u rodziny lub przyjaciół. 9% ankietowanych korzystało z pomocy instytucji, w tym 4% na stałe. W opuszczonych budynkach nielegalnie mieszkało 3% badanych, a bezdomnymi było 7%.

Warto przyrzeć się również głównemu źródłu dochodów respondentów (wykres 5). Największa grupa utrzymywała się przed wszystkim z zasiłków i świadczeń socjalnych (24%), a niewiele mniej osób z dochodów z pracy (22%). Część badanych utrzymywana była przez inne osoby (16%). Trochę

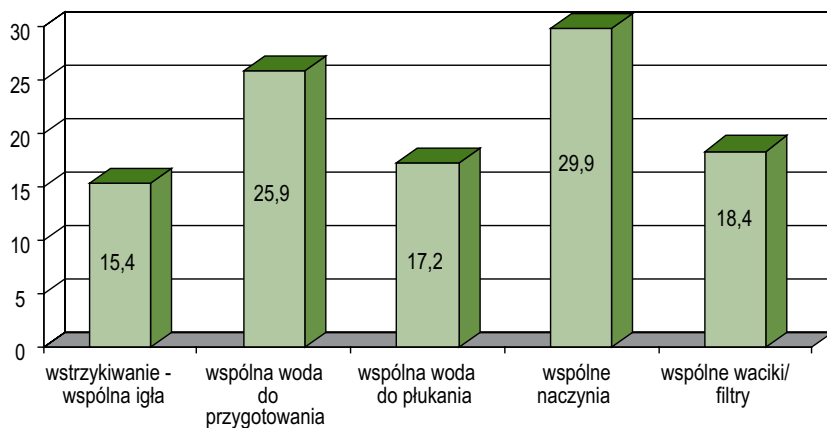
więcej niż co dziesiąty ankietowany odpowiedział, że jest bez dochodów (12%), co mogło również oznaczać, że żyje z żebractwa. Pozostała część respondentów (23%) miała inne dochody, do których zaliczamy także nielegalne i nieoficjalne sposoby zarabiania.

Używanie narkotyków

Odbiorcy programów niskoprogowych byli pytani o używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem oraz o wzór używania. Najbardziej popularnym narkotykiem były opiaty. Niemal trzy czwarte badanych sięgało po heroinę, „kompot” lub metadon. Połowa ankietowanych używała polskiej odmiany heroiny. Średni wiek użytkownika opiatów był nieco wyższy od całej badanej populacji i wyniósł 34 lata, w tej grupie 72% stanowili mężczyźni, podobnie jak w całej próbie.

Wykres 6. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni – odsetki badanych

Na drugim miejscu pod względem popularności znalazła się amfetamina (61%), a na trzecim alkohol (60%). Takim samym rozpowszechnieniem używania charakteryzują się konopie oraz benzodiazepiny (40%). Mniej niż co trzeci badany zażywał metadon. Należy wspomnieć, że w tej grupie znalazły się również osoby z programów substytucyjnych, ponieważ jedno z pytań w ankiecie dotyczyło udziału w tej formie leczenia. Wśród badanej populacji 14% stanowiły osoby z leczenia substytucyjnego (101 respondentów). Prawie wszyscy zażywali narkotyki

Wykres 7. Odsetki badanych podejmujących zachowania ryzykowne

w zastrzykach (99%), z tego mniej niż połowa w ciągu ostatnich 30 dni (tj. 46% ze 101 osób).

W trakcie wywiadów badanych pytano, która z używanych przez nich substancji powoduje największe problemy. Na pierwszym miejscu respondenci wymieniali opiaty (57%), na drugim amfetaminę (16%), a na trzecim alkohol (12%).

W badaniu poruszono również tematykę używania iniekcynego. Badani pytani byli o używanie narkotyków w zastrzykach. Średni wiek pierwszej iniekcji respondentów to 17 lat. W całej badanej populacji 79% używało narkotyków dożylnie w ciągu ostatnich 30 dni, a 16% w przeszłości, ale nie w ciągu ostatniego miesiąca. 4% respondentów nie używało narkotyków dożylnie (w przypadku 1% brak było danych). 89% osób spośród tych, które przyjmowały opiaty w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, używało narkotyków w zastrzykach. W przypadku użytkowników amfetaminy odsetek ten był niższy i wynosił 58%.

Zachowania ryzykowne oraz status HIV i HCV

Kolejnym zagadnieniem stanowiącym zakres tematyczny wywiadu były zachowania ryzykowne, jakie podejmowali użytkownicy narkotyków podczas iniekcji w ciągu ostatnich 30 dni (wykres 7.). Najczęściej badani używali tych samych naczyń, np. łyżeczki (30%). Co czwarty respondent korzystał ze wspólnej wody do przygotowania (26%). Podobne odsetki używały tych samych wacików i filtrów (18%) oraz wody do płukania tzw. sprzętu (17%). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły, występowało u 15% badanych.

Większość respondentów miała przeprowadzony test na HIV (70%). Pozytywny wynik testu odnotowano prawie u co trzeciego badanego (33%). Więcej niż co piąty respondent był u lekarza w związku ze swoim statusem HIV (22%) w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Leczenie w związku z HIV/AIDS podjęło 13% badanych. Powyższe odsetki odnoszą się do całej badanej populacji, czyli 733 osób. Przyjrzyjmy się, jakie rozkłady zmiennej otrzymamy, jeśli jako podstawę procentowania przyjmiemy respondentów,

k którzy wykonali test na obecność wirusa HIV. 46% z tych osób jest zakażona wirusem HIV. Spośród 236 osób (175 mężczyzn oraz 61 kobiet), które wykonały test i miały pozytywny wynik, 68% było u lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a leczenie podjęło 40%.

Ponadto respondentów pytano o ich status serologiczny związany z żółtaczką typu C. Podobny odsetek badanych nie wykonał testu na przeciwciała WZW C (31%) jak w przypadku wirusa HIV. Rozpowszechnienie wirusa typu C jest znacznie większe niż HIV. Ponad połowa badanych (56%) miała pozytywny wynik testu na żółtaczkę typu C. Co czwarty (24%) odwiedził lekarza w związku z WZW C. Jednakże tylko co dziesiąty z całej badanej populacji leczy się z powodu tej choroby. 68% badanych (503 osoby) wykonało test na obecność przeciwciał WZW C. Jest to niewiele mniej niż w przypadku testów na obecność HIV (513 osób). Wśród 503 osób cztery piąte miało wynik pozytywny. Rozpowszechnienie wirusa WZW C jest o wiele wyższe niż HIV, co wynika również z innych badań⁵. Wśród osób, które wiedziały o swoim zakażeniu WZW C, 35% odbyło wizytę lekarską, a tylko 14% leczyło się lub leczy z powodu tej choroby.

Podsumowanie

Z otrzymanych danych wynika, że w ostatnich latach spada liczba programów wymiany igieł i strzykawek oraz liczba punktów wymiany. Taka sytuacja może być spowodowana występowaniem kilku czynników:

- brakiem wystarczających funduszy na finansowanie programów wymiany; gminy, które stopniowo stają się główną instytucją finansującą działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w niewielkim stopniu

wspierają programy redukcji szkód. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia nie przeznacza środków na wymianę igieł i strzykawek czy punkty typu *drop-in*;

- otwieraniem nowych placówek metadonowych, w których leczenie podejmują dotychczasowi odbiorcy programów wymiany;
- prawdopodobnym spadkiem popularności iniekcyjnego zażywania;
- zanikiem otwartych scen narkotykowych, czyli tzw. bajzli, np. w Poznaniu, Szczecinie czy Gdańsku, które są miejscem działania streetworkerów.

Pomimo zmniejszania się liczby programów, średnia liczba igieł przypadających na jednego użytkownika była podobna w roku 2004 i 2008, co oznacza, że nie zmniejszyła się dostępność dla tych, którzy potrzebują czystych igieł. Może to być jedno z uzasadnień faktu, iż pomimo spadającej dostępności programów wymiany, nie wzrasta liczba nowych zakażeń z powodu HIV⁶.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można zbudować profil przeciętnego iniekcyjnego użytkownika narkotyków – odbiorcy programu niskoprogowego. Jest to osoba w wieku około 30 lat, niepracująca, z wykształceniem poniżej średniego, raczej mężczyzna niż kobieta. Podstawowy narkotyk zażywany przez niego to opiat przyjmowany drogą iniekcyjną.

Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli używanie tej samej igły, jest najmniej rozpowszechnione wśród badanych. Jednakże niewiele mniej niż co trzeci badany używa tych samych „sprzętów” do iniekcji.

W badaniu zidentyfikowana została grupa osób leczących się metadonem, zażywających aktualnie iniekcyjnie narkotyki (od 7% do 14%), która do tej pory nie była przedmiotem zainteresowania badaczy. Można podejrzewać, że wraz ze wzrostem liczby programów metadonowych, będzie zwiększać się grupa osób w leczeniu substytucyjnym, która iniekcyjnie używa narkotyków.

Wśród badanych osób w o wiele większym stopniu rozpowszechniony jest WZW C niż HIV. Niepokojący może być fakt, że niewiele osób podjęło leczenie w związku z WZW C lub zgłosiło się z powodu tego wirusa do lekarza. Co trzecia osoba nigdy nie badała swojego statusu serologicznego, a jak wynika z badania, nadal istnieje grupa osób, które używają wspólnych igieł.

Na polskiej scenie narkotyków opiatowych pojawił się metadon, używany nie tylko w celach medycznych. Nadal popularna jest polska heroina, czyli „komopt”. Powtórzenie badania w 2010 roku pozwoli sprawdzić, czy metadon rzeczywiście staje się coraz bardziej popularny oraz czy heroina nadal będzie dominować, jak wynika to z pomiaru w 2008 roku.

Bibliografia

- Dagmar Hedrich and the Correlation expert group on data collection, „Data-collection Protocol for Specialist Harm Reduction Agencies”, Correlation Network, Holandia 2008, <http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf> [10.07.2009].
- DRID draft protocol, EMCDDA 2006, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65537EN.html> [16.07.2009].
- Malczewski A., „Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1 (45) 2009, <http://www.narkomania.org.pl/czasopisma/Serwis%20Informacyjny%20Narkomania%204%2843%29-2008.pdf> [10.07.2009].
- Malczewski A., „Francuskie badanie klientów programów niskoprogowych”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1 (40) 2008, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/67> [10.07.2009].
- Malczewski A., „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i Europie”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1 (36) 2007, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/49> [10.07.2009].
- Rosińska M., Zieliński A., „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 2004, <http://www.narkomania.gov.pl/pzh.zip> [10.07.2009].
- Struzik M., „System monitorowania zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 3 (42) 2008.

Przypisy

- ¹ Programy niskoprogowe to takie programy, w których abstynencja nie jest głównym kryterium uzyskania pomocy.
- ² Wg definicji EMCDDA problemowy użytkownik narkotyków to osoba używająca opiatów, amfetaminy, kokainy w sposób długotrwały, częsty lub/i iniekcyjny.
- ³ Francuskie badanie z 2006 roku zostało przedstawione w artykule „Francuskie badanie klientów programów niskoprogowych”, SIN 1 (40) 2008, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/58>.
- ⁴ Programy redukcji szkód zostały omówione w artykułach „Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie”, SIN 1 (45) 2009 oraz „Działania z zakresu redukcji szkód w Polsce i Europie”, SIN 1 (36) 2007, <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/49>.
- ⁵ Magdalena Rosińska, Andrzej Zieliński „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód”, Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 2004.
- ⁶ Marta Struzik „System monitorowania zjawiska chorób zakaźnych związanych z narkotykami”, SIN 3 (42) 2008.

W ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Innych Narkotyków (ESPAD) opublikowano kolejny raport diagnozujący picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną. Badania były prowadzone w europejskich szkołach w 2007 roku.

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ UCZNIÓW – WYNIKI BADAŃ ESPAD

Program ESPAD został zainicjowany w 1995 roku badaniami zrealizowanymi w 25 krajach Unii Europejskiej. Kolejne pomiary wykonano w latach 1999, 2003 i – ostatni – w 2007 roku, w którym uczestniczyło 100 tys. uczniów z 35 krajów.

Wartość projektu jest nie do przecenienia. Umożliwia on poznanie sytuacji w Europie w zakresie różnych aspektów używania środków psychoaktywnych przez młodzież. Wprowadził także wspólne podejście do zbierania informacji na temat używania narkotyków przez 15- i 16-latków i pozwala na analizę dynamiki zmian w czasie w wymienionym zakresie, dzięki stosowaniu podobnych narzędzi badawczych w każdym pomiarze.

Metodologia

Badania prowadzono według standardowej procedury, identycznej we wszystkich państwach biorących udział w projekcie. Wykorzystywana była ta sama ankieta, wypełniana anonimowo przez uczniów w klasach szkolnych, pod nadzorem ankietatorów lub nauczycieli. Średnia wielkość prób krajowych wynosiła nieco ponad 2800 respondentów. Zebrane dane są reprezentatywne dla poszczególnych krajów, z wyjątkiem Niemiec (badania zrealizowano w 7 z 16 landów) i Belgii (gdzie uzyskano dane wyłącznie z Flandrii – regionu holenderskojęzycznego). Ponadto wielkość próby zrealizowanej w Danii okazała się zbyt mała, by uznać ją za reprezentatywną i w konsekwencji w pełni porównywalną.

Zebrane dane umożliwiają ocenę sytuacji w Europie w zakresie doświadczeń młodzieży z papierosami, alkoholem, narkotykami nielegalnymi oraz innymi substancjami (leki uspokajające i nasenne przyjmowane

bez przepisu lekarza, łączenie alkoholu z tabletkami, wziewne środki odurzające).

Papierosy

W badaniach z 2007 roku średnio 58% uczniów z krajów uczestniczących w nich przyznało się, że co najmniej raz próbowało palenia tytoniu, a 29% paliło w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Liczba uczniów, którzy wypalili co najmniej jedną paczkę papierosów dziennie w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem, wynosiła 2%.

Najczęściej w ciągu ostatnich 30 dni papierosy palili respondenci z Austrii, Bułgarii, Czech i Łotwy (ponad 40%). Najrzadziej uczniowie z Armenii, Islandii, Norwegii i Portugalii (7-19%).

Autorzy raportu stwierdzają, że: „Nie ma żadnej oczywistej prawidłowości geograficznej, ale uczniowie z krajów Europy Środkowej i Wschodniej są często wśród tych, którzy palą najwięcej”.

Ocena dostępności zależy od rozpowszechnienia palenia papierosów. W państwach, gdzie pali większa liczba respondentów, uczniowie częściej stwierdzali również, że papierosy są łatwo dostępne. Zarejestrowano też istnienie korelacji między wiekiem inicjacji a rozpowszechnieniem palenia w ciągu ostatnich 30 dni (im wcześniejszy wiek inicjacji, tym powszechniejsze palenie w ciągu ostatniego miesiąca).

Zaciera się różnica w rozpowszechnieniu palenia między dziewczętami a chłopcami.

Analiza dynamiki zmian w czasie prowadzi do wniosku, że nastąpiło nieznaczne zmniejszenie się rozpowszechnienia palenia papierosów w krajach europejskich. Średni wskaźnik rozpowszechnienia ogółem (palenie w ciągu ostatnich 30 dni) zmalał o 4 punkty procentowe między rokiem 1995 a 2007.

Alkohol

Średnio niemal 90% respondentów przyznało, że piło alkohol co najmniej raz w życiu. W żadnym badanym kraju wskaźnik ten nie był niższy niż 67%. W ciągu ostatnich 12 miesięcy alkohol piło średnio 82% respondentów, w ciągu ostatnich 30 dni – 61%. Analiza dynamiki zmian w czasie pokazuje, że wskaźniki dotyczące doświadczeń z alkoholem co najmniej raz w życiu oraz w ciągu ostatnich 12 miesięcy pozostają na podobnym poziomie w każdym z 4 pomiarów, natomiast dane dotyczące ostatnich 30 dni wzrastały do 2003 roku i spadły nieznacznie w 2007 roku.

Odsetki chłopców i dziewcząt deklarujących co najmniej jednokrotne spożycie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy i 30 dni są podobne, jednak chłopcy piją alkohol z większą częstotliwością i prawie we wszystkich badanych krajach w większych ilościach. Wśród chłopców przeważa picie piwa (stanowi ono około połowę alkoholu spożywanego przez chłopców w ostatniej sytuacji picia). Natomiast wśród dziewcząt picie poszczególnych typów alkoholu (piwo, wino, wódka) jest bardziej zrównoważone (alkohol wysokoprocentowy stanowi w grupie dziewcząt około 1/3 całkowitego spożycia). Generalnie wśród ogółu badanych piwo stanowi ok. 40% spożytej ilości alkoholu w ostatniej sytuacji picia, alkohol wysokoprocentowy – 30%, wino – 13%.

Stwierdzono odwrotną zależność między częstotliwością i ilością spożywanego alkoholu. W krajach, w których młodzież deklaruje częste picie – np. w Grecji – ilość jednorazowo wypijanego alkoholu jest niewielka. I odwrotnie – picie rzadsze wiąże się z większą ilością wypijanego alkoholu (np. w krajach nordyckich – Finlandii, Islandii, Norwegii i Szwecji). Wyjątkiem od tej reguły jest styl picia młodzieży w Danii i w Austrii – często i dużo.

Połowa uczniów przyznała, że co najmniej raz w życiu była w stanie upojenia alkoholowego, w przypadku 39% respondentów upojenie alkoholowe miało miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a 18% stwierdziło, że było to w ciągu ostatnich 30 dni. Na poziomie średnich globalnych nie stwierdzono różnic między odsetkami chłopców i dziewcząt mających za sobą doświadczenie upojenia alkoholowego.

Innym wskaźnikiem określającym nadmierne picie alkoholu jest spożywanie pięciu lub większej liczby drinków przy jednej okazji. Wskaźnik „okazjonalnego spożywania dużej ilości alkoholu” ujawnił, że 43%

uczniów uczestniczących w badaniach miało za sobą co najmniej jedno takie doświadczenie w ciągu ostatnich 30 dni, częściej chłopcy (47%) niż dziewczęta (39%). Wyjątkiem jest Norwegia, gdzie do okazjonalnego spożywania dużej ilości alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 42% dziewcząt i 35% chłopców.

Analiza dynamiki zmian w czasie pokazuje, że okazjonalne spożywanie dużej ilości alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni wzrosło w przedziale czasowym 1995–1999 oraz w okresie 2003–2007. W tym drugim przedziale wzrost obserwowany jest głównie wśród dziewcząt (z 35% do 42%). W wyniku tego różnica w odsetkach chłopców i dziewcząt spożywających okazjonalnie duże ilości alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni wyraźnie zmalała w 2007 roku (wcześniej przeważali chłopcy).

Do krajów, w których odnotowano znaczący wzrost tego wskaźnika między 2003 a 2007 rokiem, należy m.in. Polska (wzrost o 16%, z 23% do 39%). Na pierwszym miejscu lokuje się Portugalia, w której okazjonalne spożywanie dużej ilości alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni zadeklarowało w pomiarze wykonanym w 2007 roku 56% respondentów, w porównaniu z 25% w 2003 roku. Za Polską lokuje się Francja (wzrost o 15%), Chorwacja (wzrost o 14%) i Bułgaria (wzrost o 12%).

15% badanych przyznało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało – w związku z piciem alkoholu – poważne problemy z rodzicami. Po 13% wiąże z piciem fakt osiągania słabych wyników w szkole, posiadanie poważnych problemów z przyjaciółmi oraz wdawanie się w bójki. Najczęściej na problemy związane z piciem alkoholu wskazywali respondenci z Bułgarii, Wyspy Man, Wielkiej Brytanii i Łotwy. Na ogół częściej problemy związane z piciem deklarowali chłopcy (szczególnie polegające na wdawaniu się w bójki i kłopoty z policją). Dziewczęta częściej wskazywały na poważne kłopoty z przyjaciółmi.

Nielegalne narkotyki

Pomiar ESPAD wykonany w 2007 roku pokazuje, że co najmniej raz w życiu kontakt z nielegalnymi narkotykami miało 20% respondentów (23% chłopców i 17% dziewcząt). Odsetki badanych mających kontakt z narkotykami bardzo różnią się w poszczególnych krajach. W Czechach posiadanie doświadczeń z narkotykami ujawniło 46% badanych, we Francji, na Wyspie Man, Słowacji i w Szwajcarii po ok. 1/3 respondentów. Naj-

rzadziej posiadanie doświadczeń z narkotykami (ok. 6% badanych) deklarowali uczniowie na Cyprze, Wyspach Owczych, w Norwegii i Rumunii, 4% w Armenii.

Zdecydowanie najpopularniejszym nielegalnym narkotykiem w Europie są konopie indyjskie. Rzadko zdarzało się, że młodzież mająca doświadczenia z narkotykami, nie miała kontaktu z marihuaną. Najczęściej badani wskazujący inne nielegalne narkotyki, mieli także doświadczenia z konopiami indyjskimi. Co najmniej jednokrotne użycie konopi deklarowało 19% uczniów. Odsetki respondentów z doświadczeniami z konopiami, z podziałem na poszczególne kraje, pokazuje wykres 1. Ze względu na popularność konopi w wolumenie nielegalnych narkotyków ranking krajów z największym i najmniejszym odsetkiem uczniów mających doświadczenia z konopiami jest identyczny ze wspomnianym wyżej rankingiem rejestrującym odsetki uczniów z doświadczeniami z jakimkolwiek nielegalnym narkotykiem.

Co najmniej jednokrotne użycie innych nielegalnych narkotyków deklarowało 7% badanych. Po 3% wskazało na ecstasy, kokainę i amfetaminę. 3% miało kontakt z grzybami halucynogennymi, po 1-2% z LSD, crackiem, heroiną, GHB i sterydami.

Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało 14% uczniów, w ciągu ostatnich 30 dni 7% (9% chłopców i 6% dziewcząt). 1/3 badanych uważa, że konopie indyjskie są ogólnie dostępne. Taka opinia jest skorelowana z powszechnością doświadczeń z tym narkotykiem w poszczególnych krajach.

Analiza zmian w czasie pokazuje, że o ile w latach 1995–2003 deklaracje co najmniej jednokrotnego użycia narkotyków wzrastały w kolejnych pomiarach (od 12% w 1995 roku do 21% w roku 2003), o tyle w 2007 roku tendencja wzrostowa została zahamowana (kontakt z narkotykami deklarowało 20% młodzieży). Zjawisko to jest obserwowane zarówno w odniesieniu do chłopców, jak i dziewcząt, przy czym odsetek chłopców z doświadczeniami z narkotykami jest o 5% wyższy. Powyższa prawidłowość nie jest powszechna. W 2007 roku w kilku krajach odnotowano wzrost odsetka młodzieży mającej kontakt z narkotykami (Czechy, Litwa i Malta). Stała tendencja wzrostowa w czterech pomiarach charakteryzuje Estonię i Słowację.

Mimo tych wyjątków generalna konkluzja autorów raportu mówi o tym, że „(...) w krajach objętych badaniem ESPAD nastąpiło co najmniej zatrzy-

manie odnotowanego w latach 1995–2003 wzrostu w używaniu nielegalnych narkotyków, o ile nie pojawiła się tendencja spadkowa, szczególnie że w latach 2003–2007 nie zauważono wzrostu liczby przypadków stosunkowo niedawnego używania konopi indyjskich w żadnym z krajów”.

Inne substancje

Polska lokuje się najwyżej w rankingu młodzieży deklarującej co najmniej jednokrotne użycie leków uspokajających bądź nasennych bez przepisu lekarza. Wskaźnik ten wynosi 18% i jest dwukrotnie wyższy niż średnia europejska (wykres 2). Wysokie wyniki (choć niższe niż w Polsce) uzyskano także na Litwie i we Francji. W ośmiu krajach zajmujących czołowe miejsca pod tym względem, zażywanie tego typu leków bez recepty zadeklarowało dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców. Jednocześnie analiza wyników z poszczególnych pomiarów pokazuje, że zjawisko zażywania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza jest stabilne w okresie 1995–2007.

Łączenie alkoholu z tabletkami w celu uzyskania stanu odurzenia ujawniło w pomiarze wykonanym w 2007 roku 6% uczniów. Najwyższy wskaźnik rozpowszechnienia co najmniej jednokrotnego picia alkoholu z tabletkami zanotowano w Czechach (18%). Wartość 12% wskaźnik ten uzyskał jeszcze w Austrii, na Słowacji, Węgrzech i na Wyspie Man. Najniższe wyniki (1%) odnotowano w Armenii i na Ukrainie. Podobnie jak w odniesieniu do przyjmowania leków nasennych i uspokajających bez recepty, łączenie alkoholu z tabletkami częściej charakteryzuje dziewczęta (8%) niż chłopców (5%), a wyniki także są stabilne w czasie.

Co najmniej jednokrotny kontakt z wziętymi środkami odurzającymi ujawniło 9% młodzieży. W 2007 roku najwyższe wskaźniki odnotowano na Cyprze, Wyspie Man, Malcie i w Słowenii (po 16%). Najrzadziej opary rozpuszczalników organicznych wdychali w celu odurzenia się uczniowie w Bułgarii, na Litwie i Ukrainie (po 3%). Jeśli chodzi o rozpowszechnienie odurzania się środkami wziętymi, to nie zarejestrowano różnicy między chłopcami a dziewczętami. Dane z czterech pomiarów utrzymywały się na podobnym poziomie. Spadki miały miejsce na Litwie i w Wielkiej Brytanii

(po ok. 12% w okresie między 1995 a 2007 rokiem), wzrosty zaś w Finlandii i na Słowacji (o ok. 6%).

Podsumowanie

Generalna konkluzja z badań jest optymistyczna. Zdaniem autorów wyniki uzasadniają twierdzenie, że pod względem używania różnych monitorowanych substancji następuje długoterminowa poprawa sytuacji. Wyjątkiem jest okazjonalne intensywne spożycie alkoholu, które rośnie w całym branym pod uwagę okresie. Ten wzrost wynika z zacierania się różnic między dziewczętami i chłopcami w tym wzorze spożycia. W podsumowaniu autorzy raportu stwierdzają: „(...) przebieg trendów w okresie 12 lat funkcjonowania projektu ESPAD wskazuje na spadek liczby przypadków palenia papierosów w większości krajów. W odniesieniu do spożycia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy i ostatnich 30 dni nie zaobserwowano znaczących zmian. Z drugiej strony, w całym okresie widoczny jest niewielki, ale stały wzrost sporadycznego intensywnego spożycia alkoholu. Jeżeli chodzi o używanie nielegalnych narkotyków, to nadal przeważa używanie konopi indyjskich. W czterech z sześciu krajów, w których występowało największe rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w 2003 roku, odnotowano spadek w 2007 roku. Co więcej, w żadnym z krajów nie zaobserwowano wzrostu użycia konopi indyjskich w ostatnim czasie (w ciągu ostatnich 30 dni). Wydaje

się, że tendencja wzrostowa w zakresie używania przez młodzież nielegalnych narkotyków obserwowana w latach 1995–2003, uległa zahamowaniu, przy czym wyniki za 2007 rok są tylko nieco niższe niż za 2003 rok”.

W kontekście uzyskanych danych bardzo ciekawe będą wyniki następnego pomiaru, ponieważ pokażą, czy zahamowanie wzrostu używania nielegalnych narkotyków oraz palenia tytoniu było chwilowym zaburzeniem obserwowanego wcześniej trendu wzrostowego, czy stanowi trwałą zmianę we wzorach konsumpcji tych substancji przez młodzież. Już teraz wiadomo, że w kolejnym badaniu udział weźmie ponad 40 krajów, co zwiększy zasięg diagnozy i umożliwi pełniejszy opis monitorowanych zjawisk dotyczących używania środków psychoaktywnych przez europejską młodzież.

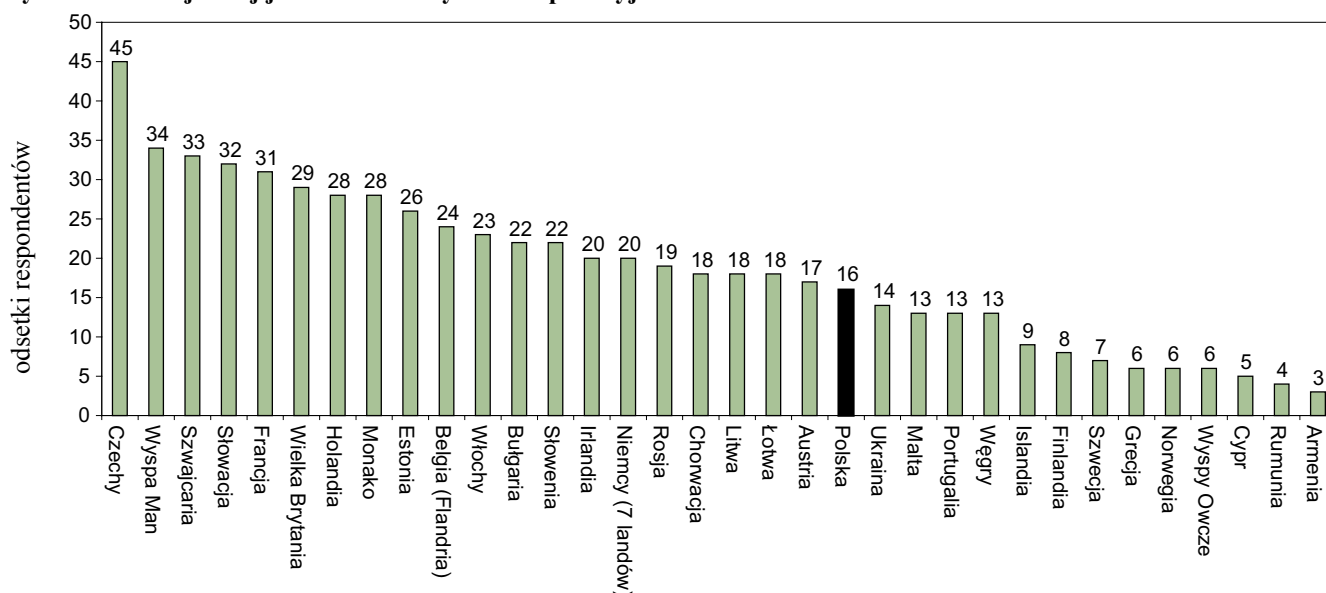
Redakcja

Bibliografia

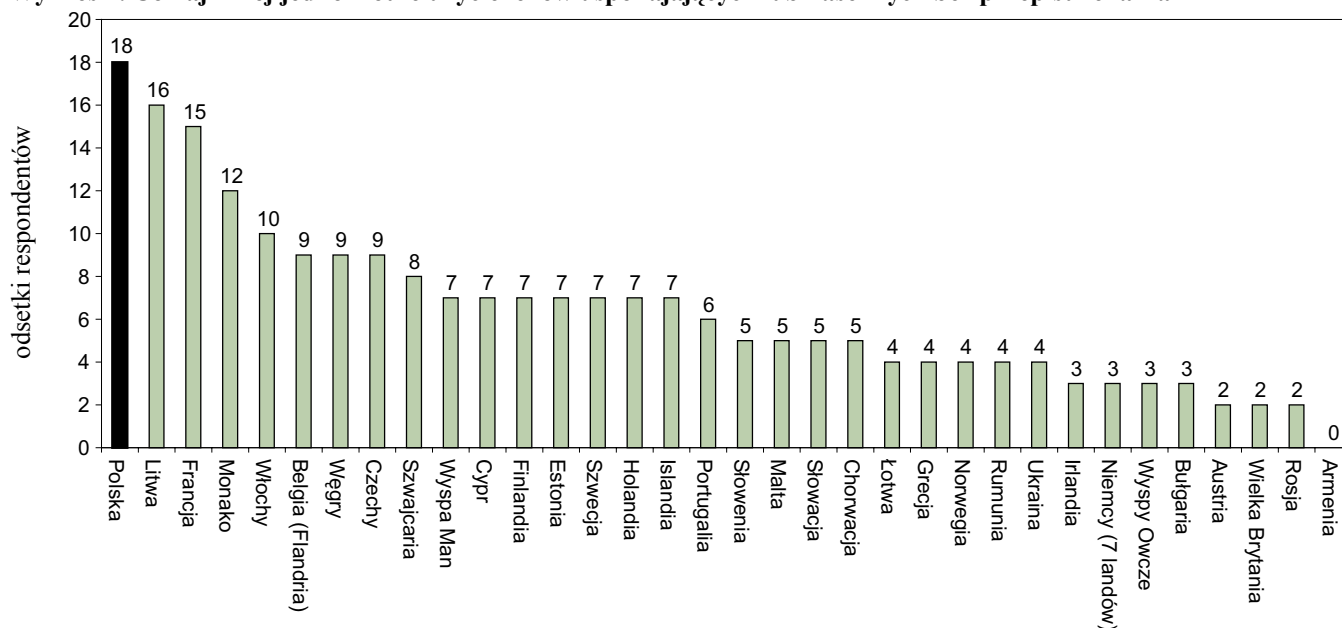
Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L., „The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries”, Szwedzka Rada ds. Informacji na temat Alkoholu i Innych Narkotyków, Sztokholm 2009.

„Summary of the 2007 ESPAD report”, EMCDDA, ESPAD, Lisbon 2009, www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html.

Wykres 1. Co najmniej jednokrotne użycie konopi indyjskich



Wykres 2. Co najmniej jednokrotne użycie leków uspokajających lub nasennych bez przepisu lekarza



Polska jest w czołówce krajów europejskich, jeśli chodzi o używania przez 15–16-letnią młodzież leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza. W badaniu ESPAD z 2007 roku 18% młodych respondentów miało chociaż raz kontakt z lekami w celach innych niż medyczne.

POLSKA NA TLE EUROPY

Porównując wyniki badania ESPAD z 2007 roku z pomiarem dokonany w 2003 roku, należy zauważyć, że zmianie uległa ankieta wykorzystywana w badaniu. Zmieniły się także niektóre pytania. Te modyfikacje mogły mieć wpływ na wyniki badania i mogą zakłócać proces porównywania rezultatów z poszczególnych pomiarów.

W badaniach polskich zastosowano równolegle obie ankiety (zmodyfikowaną oraz tę sprzed modyfikacji) w celu zachowania pełnej porównywalności w czasie. Do analiz i porównań międzynarodowych używano jednak tylko nowej ankiety. Ponadto każdy wnikliwy czytelnik raportu zauważy, że wskaźniki z europejskiego opracowania ESPAD nieznacznie różnią się od tych podawanych w krajowym raporcie (dostępnym na stronach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii). Wynika to z faktu odmiennej procedury czyszczenia zbiorów. Przy analizach na poziomie europejskim bierze się pod

uwagę jedynie respondentów spełniających kryterium daty urodzenia. W analizach polskich wykorzystuje się wszystkich respondentów, a podstawowym kryterium jest klasa szkolna.

Papierosy i alkohol

Analiza wyników dotyczących palenia papierosów przez 15- i 16-latków wykazała, że Polska znajduje się poniżej średniej europejskiej. Do palenia papierosów w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 21% polskiej młodzieży. Średnia wartość dla Europy wynosi 29%. Prym wiodą tutaj Austria, Bułgaria, Czechy i Łotwa ze wskaźnikami na poziomie 40–45%. W porównaniu do poprzednich edycji badań można zaobserwować spadek wartości tego wskaźnika w Polsce. W 1999 roku 33% polskiej młodzieży przyznawało się do palenia papierosów w ciągu ostatnich 30 dni, a w 2003 roku wartość ta wyniosła 31%.

Jest to także dominujący trend w większości krajów europejskich. Wyjątek stanowią tutaj Chorwacja i Łotwa, gdzie wskaźnik ten wzrósł.

Palenie papierosów jest bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt, jednak różnice pomiędzy płciami powoli się zacierają. W 1999 roku sięgały one w Polsce aż 11 punktów procentowych. W najnowszej edycji badań do palenia w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 22% chłopców i 20% dziewczyn. Także w pozostałych krajach europejskich różnice te były niewielkie.

Do picia alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się w Polsce 57% ankietowanych, co było wynikiem zbliżonym do średniej europejskiej, która wyniosła 59%. Najwyższe wskaźniki w Europie osiągnęły Austria (80%) i Niemcy (75%).

Dominującym trendem w Europie w ramach tego wskaźnika jest trend spadkowy. Polskie badania z 2007 roku wskazują na 8-procentowy spadek spożycia alkoholu przez młodzież w stosunku do roku 2003.

Jeśli chodzi o zróżnicowanie ze względu na płeć to w ostatniej edycji badań różnice pomiędzy chłopcami i dziewczętami zaczynają się zacierać, podobnie jak w przypadku tytoniu. W 2003 roku różnice te w naszym kraju sięgały 10%. Obecnie 5% więcej chłopców niż dziewcząt

podejmowało próby z alkoholem w ciągu ostatnich 30 dni.

Jedynym wskaźnikiem, w stosunku do którego można odnotować wzrost na poziomie europejskim, jest wskaźnik nadmiernego picia¹. Podobne trendy można zaobserwować w Polsce. W 2003 roku 23% polskich 15–16-latków deklarowało intensywne picie w ciągu ostatnich 30 dni. W ostatniej edycji badań wskaźnik ten wyniósł 39%. Średnia europejska to 44%. Szczególnie duży wzrost widoczny jest wśród polskich dziewcząt. W 2003 roku 15% z nich deklarowało fakt intensywnego picia w ostatnich 30 dniach. W 2007 roku wskaźnik ten wzrósł aż do 34%. Dla porównania wartość tego wskaźnika

dla chłopców wzrosła z 35% w 2003 roku do 44% w 2007 roku.

Największy wzrost tego wskaźnika w Europie wystąpił wśród młodych Portugalczyków, z 25% w 2003 roku do aż 56% w 2007 roku.

Narkotyki

Analizę wyników dotyczących rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych wśród 15- i 16-latków w 2007 roku rozpoczniemy od najbardziej popularnego narkotyku, czyli konopi indyjskich. Ostatnie badania wskazują na spadek używania konopi w kategorii osób, które spróbowały tego narkotyku

choć raz w życiu. Średnia europejska tego wskaźnika w przypadku konopi wynosi 19%. W Polsce 16% badanych eksperymentowało z marihuaną i haszyszem, co lokuje nas poniżej średniej europejskiej. W porównaniu do 2003 roku spadek wyniósł 3 punkty procentowe. W przypadku innych substancji przynajmniej jednokrotny kontakt zadeklarowało 7% respondentów, zarówno w Polsce, jak i w Europie. Do krajów o najwyższym wskaźniku eksperymentowania z konopiami (powyżej 30% badanych) należą: Czechy, Wyspa Man, Francja, Słowacja, Szwajcaria oraz Słowenia. Na drugim miejscu w Polsce (badanie z 2007 roku), po konopiach, plasuje się amfetamina oraz ecstasy – 4% badanych dla obydwu narkotyków. W pomiarze z 2003 roku odsetki te kształtowały się na poziomie 6% dla amfetaminy i 3% dla ecstasy. Możemy zatem mówić o spadku używania amfetaminy oraz stabilizacji w przypadku ecstasy w naszym kraju. Średnia europejska z pomiaru w 2007 roku dla tych substancji wynosi 3% i jest nieznacznie niższa od polskiego wyniku. Do czołówki europejskiej (powyżej 5% badanych) należą w tym obszarze: Austria, Bułgaria oraz Łotwa (w przypadku amfetaminy). Wysoki stopień rozpowszechnienia eksperymentowania z ecstasy

Analiza wyników dotyczących palenia papierosów wśród 15- i 16-latków wykazała, że Polska znajduje się poniżej średniej europejskiej. Do palenia papierosów w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 21% polskiej młodzieży. Średnia wartość dla Europy wynosi 29%. Prym wiodą tutaj Austria, Bułgaria, Czechy i Łotwa ze wskaźnikami na poziomie 40-45%.

(na poziomie powyżej 5%) odnotowano w Bułgarii, Estonii, na Litwie, Łotwie, Wyspie Man oraz na Słowacji.

Grzyby – najbardziej popularny środek halucynogeny w Polsce, były używane przez 3% respondentów. Dokładnie taki sam odsetek badanych sięgał po ten narkotyk w Europie. W 2003 roku był on nieznacznie wyższy – 5% badanych zadeklarowało kontakt z tą substancją. W przypadku pozostałych narkotyków, takich jak LSD, kokaina oraz heroina, wskaźnik sięgania po nie wyniósł 2%. Wyniki z Polski są poniżej średniej europejskiej. Jesteśmy natomiast w czołówce Europy, jeśli chodzi o używanie przez 15–16-letnią młodzież leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza co najmniej raz w życiu (wykres 2, str. 36). W pomiarze z 2007 roku 18% młodych respondentów miało chociaż raz kontakt z lekami w celach innych niż medyczne. Używanie substancji psychoaktywnych jest bardziej popularne

wśród chłopców niż dziewcząt, z jednym wyjątkiem – wspomnianych leków uspokajających i nasennych, z którymi eksperymentowało 24% dziewcząt i 11% chłopców. W przypadku marihuany i haszyszu mamy prawie odwrotne proporcje: 22% chłopców oraz 11% dziewcząt eksperymentowało z tą substancją. 5% chłopców sięgnęło po amfetaminę oraz ecstazy, w przypadku dziewcząt odsetki te były niższe i wyniosły odpowiednio 3% i 2%. Wszystkie powyższe wyniki odnoszą się do eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, co oznacza przynajmniej jednorazowy kontakt.

MK, AM

Przypisy

¹ Wypicie pięciu lub więcej drinków przy jednej okazji w ciągu ostatnich 30 dni.

W 2008 roku Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii rozpoczęło prace nad wdrażaniem systemu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. W ramach polsko-hispańskiego projektu gminy przeszkolone zostały w metodologii monitorowania, prowadzeniu obserwacji sceny narkotykowej, a także w analizie odpowiedzi na zjawisko narkotyków. W efekcie powstało ponad 40 raportów i nowe wydanie podręcznika do monitorowania.

WDRAŻANIE SZYBKIEJ OCENY SYTUACJI ORAZ STAN PRAC NAD MONITOROWANIEM PROBLEMU NARKOTYKÓW

Artur Malczewski

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

W nowej wersji podręcznika dodane zostały dwa rozdziały. W jednym opisano sposoby tworzenia raportu gminnego, zawierającego wyniki monitorowania problemu narkotyków i narkomanii, strukturę dokumentu oraz podano źródła danych do poszczególnych części raportu. Drugi rozdział jest raportem z monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w Starachowicach. Dzięki tym dodatkowym częściom czytelnik ma możliwość zobaczenia, w jaki sposób powinny zostać zaprezentowane wyniki monitorowa-

nia. Ponadto rozbudowano niektóre z wcześniejszych rozdziałów, dodając m.in. mapę informacyjną.

Prace nad monitorowaniem kontynuowane są również w 2009 roku. W czerwcu zorganizowano pierwsze ogólnopolskie seminarium dla gmin prowadzących monitorowanie.

W październiku odbędzie się kolejne szkolenia zorganizowane przez Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi dla gmin z województwa łódzkiego. Natomiast w kwietniu w Nowym Sączu odbyło

Tabela 1. Obszary monitorowania oraz tworzenia wskaźników

Sytuacja	Odpowiedź na zjawisko
Używanie narkotyków	Informacja, przeciwdziałanie, wczesna interwencja
Ryzykowne używanie narkotyków, konsekwencje zdrowotne	Informacja, przeciwdziałanie, redukcja szkód
Problemowe używanie narkotyków	Leczenie i rehabilitacja
Przestępczość narkotykowa	Służby siłowe (np. policja)
Dostępność narkotyków, rynek narkotyków	Redukcja podaży
Postawy wobec narkotyków	Informacja, edukacja
Społeczny oraz ekonomiczny kontekst	Społeczna i ekonomiczna odpowiedź

się pierwsze szkolenie z monitorowania dla gmin z województwa małopolskiego. W drugiej połowie 2009 roku eksperci wojewódzcy z Wielkopolski, Mazowsza i województwa opolskiego planują przygotować seminaria dla jednostek samorządu lokalnego ze swojego terenu.

Metodologia monitorowania według Grupy Pompidou

W numerze 4/2008 *Serwisu* przedstawiliśmy założenia metody „Szybkiej oceny sytuacji” (Rapid Situation Assessment – RSA), która stanowi jeden z elementów Information, Needs, and Resources Assessment (INRA). Końcowy raport dotyczący RSA znajduje się na stronie internetowej Grupy Pompidou http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/WCD/platformResearch_en.asp#.

W tym artykule chciałbym przedstawić najważniejsze elementy wdrażania metody RSA. W założeniu ćwiczenie RSA nie jest podsumowaniem istniejących i zebranych informacji, ale ma na celu określenie istniejących dostępnych źródeł danych i następnie zebranie z nich wszystkich interesujących nas informacji. Wymaga to ustrukturyzowania danych w odrębne obszary. Stworzenie grup tematycznych pomoże w opracowaniu odpowiednich wskaźników. Analizowane zagadnienia tematyczne sceny narkotykowej warto przedstawić w połączeniu z działaniami mającymi na celu ograniczenie problemu narkotyków i narkomanii. Tabela 1. zawiera przykładowe obszary

monitorowania, które mogą się znaleźć w ramach realizacji metody RSA.

Na poziomie lokalnym nie zawsze są podejmowane wszystkie działania wymienione w kolumnie „odpowiedź”. Przyporządkowanie działań do poszczególnych aspektów sytuacji narkotykowej też nie zawsze jest proste. Opisując działania zapobiegawcze, należy wziąć pod uwagę nie tylko te podejmowane przez lokalną społeczność, ale również te, które są realizowane przez województwo lub finansowane przez instytucje centralne. W takim przypadku trzeba wyszczególnić, które z programów są inicjowane, finansowane lub koordynowane przez władze lokalne, a które przez inne podmioty.

Wszystkie ilościowe oraz część jakościowych danych zbieranych w ramach RSA jest oparta na istniejących źródłach informacji. Te źródła są identyfikowane w ramach Information, Needs, and Resources Assessment. W niektórych przypadkach można sięgnąć po dane z dokumentacji, które nie zostały upublicznione, a które przydadzą się do prac. Istniejące dane będą miały różną jakość, zasięg oraz wiarygodność. W takim przypadku należy dokonać wyboru w procesie indukcji, konsultując decyzje z siecią współpracowników. Jeżeli w trakcie prowadzonych prac okaże się, że brakuje danych w ważnych dla nas obszarach, należy próbować wypełnić te luki. W przeciwnym razie może się okazać, że raport nie zawiera istotnych dla monitorowania informacji.

Jeżeli nie ma dostępnych danych, należy podjąć działania, które doprowadziłyby do ich pozyskania,

np. poprzez realizację odpowiednich badań. Celem RSA jest szybkie zebranie danych, co stoi w pewnej opozycji do prowadzenia badań, które z założenia wymagają czasu oraz zwiększonych nakładów. Jednak w niektórych sytuacjach będzie to konieczne. Braki w danych można również próbować uzupełnić informacjami otrzymanymi od kluczowych ekspertów. W ten sposób możemy też omówić zebrane dane oraz poddać je interpretacji. Opinia ekspertów nie jest jednak metodą, którą można stosować alternatywnie do danych jakościowych. Stanowi wsparcie dla procesu ich analizy oraz zastępuje dane otrzymane metodami jakościowymi wtedy, kiedy nie są one dostępne. Kluczowi eksperci powinni odpowiedzieć na pytania dotyczące:

- występowania zjawisk na scenie narkotykowej, np. czy w gminie są iniekcyjni użytkownicy narkotyków;
- stopnia powiązania pewnych problemów, np. czy zakażenia HIV wśród narkomanów są częściej spowodowane iniekcyjnym zażywaniem narkotyków, czy są wynikiem przypadkowych kontaktów seksualnych podejmowanych pod wpływem narkotyków;
- trendów, np. czy tendencja używania marihuany jest wzrostowa czy malejąca;
- nowych zjawisk oraz aspektów ilościowych, np. nowych wzorów używania, które nie zostały jeszcze odnotowane w statystykach i badaniach.

W celu przeprowadzenia konsultacji z ekspertami, należy najpierw zidentyfikować kluczowe osoby z różnych obszarów, np. profilaktyki, leczenia lub/i redukcji szkód oraz działań środowiskowych, policji. Idealnie jest mieć więcej niż jedną osobę z każdego obszaru. W trakcie konsultacji staramy się otrzymać mniej więcej jednakową opinię naszych kluczowych ekspertów na dany temat, np. liczby problemowych użytkowników. Uzyskane informacje można następnie wykorzystać w raporcie, opatrując je odpowiednim komentarzem,

że jest to oszacowanie dokonane przez ekspertów. Nie zawsze jednak uda się wypracować takie samo lub zbliżone stanowisko wszystkich osób. Wtedy wyjściem z sytuacji może być zebranie wszystkich oszacowań z komentarzem każdego z ekspertów. Przedstawiamy je w jednym dokumencie, który następnie rozsyłamy do wszystkich zaangażowanych osób z prośbą o ewentualne zmiany swojej opinii w oparciu o analizę przedstawionych w opracowaniu różnych danych. W ten sposób dajemy możliwość poznania oszacowań innych oraz sposobu dedukcji, która dała wyniki w postaci zaprezentowanego dokumentu. Najlepszym wyjściem jest zorganizowanie spotkania, na którym zostaną przedstawione różne opinie, ale można też powyższe

„Szybka ocena sytuacji” (RSA) polega na zebraniu tych informacji o scenie narkotykowej, które są dostępne w postaci już istniejących raportów, sprawozdań, wyników badań, rejestrów i baz danych. Wiedza kluczowych informatorów, takich jak eksperci pracujący w obszarze narkomanii, jest także źródłem danych. „Szybka ocena sytuacji” strukturyzuje zebrane dane w jednym raporcie.

konsultacje przeprowadzić za pomocą e-maila lub poczty. Opisane podejście, służące wypracowaniu podobnych wniosków, oparte jest na metodologii Delphi.

Innym rozwiązaniem jest próba samodzielnego wyboru ostatecznego oszacowania poprzez analizę różnych propozycji oraz ich uzasadnień. Przy tym podejściu należy końcowe oszacowanie uzupełnić komentarzem, że niektórzy z ekspertów różnili się w ocenie i zaprezentowali inne oszacowania.

Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii spotyka się z zainteresowaniem gmin. Dostrzegają one potrzebę prowadzenia działań w oparciu o wyniki wcześniejszej analizy sytuacji. Świadczy o tym m.in. fakt, iż na szkolenie w województwie małopolskim zgłosiło się więcej gmin niż przewidywano miejsc, a konferencję rozpoczynającą otworzyły władze województwa małopolskiego.

Gminy zainteresowane otrzymaniem podręcznika do monitorowania mogą się zwracać o niego do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, pisząc na adres mailowy nfpp@kbpn.gov.pl. Prześlemy Państwu wersję elektroniczną publikacji oraz w miarę możliwości wydanie książkowe.

30 marca 1999 roku to data szczególna dla polityki społecznej w regionie łódzkim. Wtedy to bowiem Sejmik Województwa Łódzkiego uchwałą Nr VII/61/99 powołał do życia Regionalne Centrum Polityki Społecznej – jednostkę realizującą zadania z zakresu wojewódzkiej polityki społecznej. W bieżącym roku mija 10 lat funkcjonowania Centrum.

OWOCNA DEKADA

Anna Mroczek

Dyrektor Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Początki

W ostatnim dziesięcioleciu ubiegłego wieku Polska przechodziła wielkie przemiany polityczne, gospodarcze i społeczne. Nie pozostały one bez wpływu na strukturę społeczną państwa. Skutkiem ubocznym procesów zmian była marginalizacja pewnych grup społecznych i zawodowych, szczególnie bolesna w regionie łódzkim. Pojawiły się trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb ludzi, spowodowane m.in. bezrobociem, ubóstwem, patologiami społecznymi. Sytuacja taka okazała się dotkliwa nie tylko dla jednostek, ale również dla społeczności województwa. Postawiła ona nowe wyzwania przed całym system pomocy społecznej, który musiał zostać natychmiast zmodernizowany, aby sprostać zaistniałym wymaganiom społeczeństwa, i dopasowany do ram tworzonych przez reformę administracyjną oraz później przez prawo Unii Europejskiej.

Nowa rzeczywistość społeczna dotyczyła również jednostek samorządu województwa, do których zalicza się Regionalne Centrum Polityki Społecznej przy Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi. Mała, licząca w 1999 roku siedmiu pracowników, jednostka, przyjmując kolejne odpowiedzialne zadania, w ciągu dziesięciu lat przekształciła się w instytucję, która dziś zatrudnia blisko 70 specjalistów z różnych dziedzin. Swoją działalnością obejmuje 177 gmin województwa, 24 powiaty zamieszkane przez 2,5 mln mieszkańców, żyjących zarówno w miastach, jak i na wsi, mających zróżnicowany poziom wykształcenia i światopogląd, pełniących różne funkcje społeczne, posiadających rozmaite oczekiwania względem polityki pomocowej. Takie zróżnicowanie adresatów działań Regionalnego Centrum jest nie lada wyzwaniem dla jego pracowników.

Działalność Regionalnego Centrum

Pomoc społeczna

Zespół ds. Pomocy i Integracji Społecznej RCPS pracuje na rzecz osób i rodzin dotkniętych ubóstwem, zagrożonych wykluczeniem społecznym, niezaradnych życiowo, wymagających wsparcia oraz na rzecz samorządów w regionie. Opracowania analityczne, takie jak sporządzany corocznie bilans potrzeb w pomocy społecznej, prace badawcze realizowane we współpracy z Uniwersytetem Łódzkim (np. „Przyczyny i skutki biedy na wsi”, „Ocena jakości usług świadczonych na rzecz ludzi starych i przewlekle chorych w instytucjach pomocy społecznej”, „Warunki życia rodzin wielodzietnych i niepełnych – klientów pomocy społecznej”), udostępniane jednostkom organizacyjnym pomocy społecznej i instytucjom realizującym zadania polityki społecznej, służą projektowaniu działań na rzecz mieszkańców województwa. Priorytetem działania Zespołu jest organizowanie szkoleń o charakterze wykładowym i warsztatowym oraz kształcenie służb pomocy i integracji społecznej. W ramach Poddziałania 7.1.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Zespół realizuje projekt systemowy zatytułowany „Wsparcie i podnoszenie kwalifikacji kadr pomocy i integracji społecznej”. Głównym celem projektu jest modernizacja systemu pomocy społecznej w województwie łódzkim, poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników służb pomocy i integracji społecznej oraz udzielanie ośrodkom pomocy społecznej i powiatowym centróm pomocy rodzinie wsparcia w formie specjalistycznego doradztwa. W 2008 roku, w ramach realizacji projektu, zorganizowano cztery moduły szkoleniowe: dla kadry zarządzającej, dla pracowników obsługi finansowej, dla kadry merytorycznej oraz dla pracowników RCPS. W projekcie udział wzięło 675 osób, zorganizowano cztery spotkania informacyjno-robocze

dla 197 osób, specjalistycznym doradztwem objętych zostało 198 OPS-ów/PCPR-ów z terenu województwa łódzkiego.

Działania z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Praca Zespołu ds. Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych obejmuje różne formy działań na rzecz niemalej, bo stanowiącej około 14% ogółu ludności województwa łódzkiego, społeczności osób niepełnosprawnych.

Mają one na celu:

1. Zwiększenie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym oraz akceptacji środowiska lokalnego wobec osób niepełnosprawnych.
2. Zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej i rehabilitacji osobom niepełnosprawnym.
3. Współpracę z organizacjami pozarządowymi.
4. Zapewnienie równych szans w dostępie do edukacji na wszystkich poziomach.
5. Zwiększenie możliwości samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych oraz promowanie na ich rzecz innowacyjnych rozwiązań.

Udzielane są również dofinansowania ze środków PFRON na przystosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych obiektów służących rehabilitacji; współorganizowane są cykliczne imprezy regionalne, takie jak np. konkurs plastyczny „Sztuka jak balsam” czy Wojewódzka Olimpiada dla Osób Niepełnosprawnych Intelktualnie „Ziemia Łódzka”. Uczestniczy w nich co roku kilka tysięcy niepełnosprawnych mieszkańców województwa łódzkiego. Organizowane są szkolenia dla terapeutów i pracowników placówek zajmujących się osobami niepełnosprawnymi.

Działania z zakresu koordynacji świadczeń rodzinnych

Zespół ds. Koordynacji Świadczeń Rodzinnych realizuje zadania na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych, ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, rozporządzeń unijnych dotyczących koordynacji świadczeń rodzinnych i ustalających zasady ich wypłacania. Wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej pojawiło się zadanie polegające na koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego

i Szwajcarii. Ma ono na celu umożliwienie obywatelom krajów UE i EOG korzystania z prawa do swobodnego przemieszczania się w obrębie wspólnoty, bez ryzyka utraty uprawnienia do świadczeń.

Regionalne Centrum Polityki Społecznej pełni funkcję instytucji właściwej ds. świadczeń rodzinnych i świadczenia z funduszu alimentacyjnego na terenie województwa łódzkiego, czyli takiej, do której osoba zainteresowana składa wnioski o ich przyznanie, a instytucje właściwe innych krajów członkowskich UE i EOG zwracają się z zapytaniami dotyczącymi sytuacji zawodowej i uprawnień do powyższych świadczeń w Polsce.

Uzależnienie, przemoc w rodzinie oraz HIV/AIDS

Zadania związane z szeroko rozumianym zjawiskiem uzależnienia i jego następstwami realizowane są na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz programów wojewódzkich poświęconych tym problemom.

W ramach tych uregulowań Zespół organizuje i wspiera różnego rodzaju inicjatywy z zakresu profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych oraz badań i monitoringu problemów społecznych.

Profilaktyka uzależnień

Zapobieganiem używaniu środków psychoaktywnych oprócz wyspecjalizowanych instytucji powinny zajmować się również instytucje samorządowe związane ze społecznościami lokalnymi. Bez ich partycypacji i zaangażowania trudno spodziewać się zauważalnych efektów działań profilaktycznych. Dlatego też RCPS kładzie nacisk na współpracę, przy jednoczesnym zwiększaniu zaangażowania gmin w działania profilaktyczne i interwencyjne adresowane w szczególności do młodzieży.

W trakcie ostatniej dekady jednym z ważniejszych zadań profilaktyki było prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów uzależnienia od narkotyków i alkoholu, w szczególności adresowanej do dzieci i młodzieży, kształtowanie wzorców zdrowego stylu życia i spędzania wolnego czasu. Celem profi-

laktycznej działalności edukacyjnej było dostarczenie młodzieży niezbędnych informacji na temat problemów zdrowotnych wynikających z używania substancji psychoaktywnych, zachęcanie do prowadzenia zdrowego trybu życia. W grupach podwyższonego ryzyka realizowane były programy psychokorekcyjne i terapeutyczne, obejmujące pracę z rodzicami i wychowawcami (dotyczy programów pozaszkolnych realizowanych przez organizacje pozarządowe).

Działalność informacyjną prowadzono także za pośrednictwem punktów informacyjno-konsultacyjnych, kampanii, konferencji oraz ulotkowych akcji ulicznych.

Kampanie

Województwo łódzkie chętnie włącza się w ogólnopolskie kampanie inicjowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przez dziesięć lat działalności RCPS brało udział w takich ogólnopolskich przedsięwzięciach, jak: „Alkohol – nieletnim dostęp wzbroniony”, „Trzeźwość na drodze”, „Cięża bez alkoholu”, „Kocham. Reaguję” – akcji zainicjowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a obejmującej zagadnienia przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci. Na terenie województwa łódzkiego ta ostatnia kampania przebiegała pod hasłem „Daleś życie... daj mi miłość”. W jej ramach opracowano i wydano podręczniki dla nauczycieli („Nauczycielu, warto żebyś wiedział”) oraz dla rodziców („Rodzicu, warto żebyś wiedział”), które przekazano do szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych na terenie województwa łódzkiego.

Nagrane zostały również płyty DVD z krótkimi filmami instruktażowymi, które poruszały szeroko pojętą tematykę zwalczania zachowań przemocowych w rodzinie. W 2008 i 2009 roku RCPS przystąpiło do kampanii „Pilnuj drinka” i „Dopalacze mogą cię wypalić – poznaj fakty”, w ramach których odbyły się konferencje wojewódzkie, które miały na celu rozpropagować w regionie tematykę podejmowaną w obu akcjach. Ogólnopolska kampania „Pilnuj drinka” skierowana była głównie do młodych ludzi, uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów – bywalców klubów i dyskotek, którzy mogą stać się potencjalnymi ofiarami przestępstw polegających na dodaniu do napoju substancji psychoaktywnych powodujących utratę świadomości. Jej przekaz to przestrzeganie młodzieży głównie przed GHB, substancją potocznie zwaną pigułką gwałtu. Kam-

pania miała jednak również szerszy cel – wzmocnienie czujności młodych na działanie środków odurzających. Tegoroczna kampania „Dopalacze mogą cię wypalić” skupiła na konferencji w Światowym Dniu Zapobiegania Narkomanii wszystkich, którzy dostrzegają zagrożenie dopalaczami. Gościliśmy młodzież, terapeutów, lekarzy, naukowców, władze województwa, a gościem specjalnym konferencji był Zbigniew Hołdys.

Pomarańczowa Linia

Od dziesięciu lat w województwie łódzkim funkcjonuje program informacyjno-konsultacyjny dla rodziców dzieci pijących alkohol i biorących narkotyki „Pomarańczowa Linia”. Głównym celem programu jest udzielanie specjalistycznej pomocy rodzinom, których dzieci mają problemy wynikające z picia alkoholu i zażywania innych środków psychoaktywnych. Realizacja tego programu o zasięgu wojewódzkim przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży w Łodzi rozpoczęła się 15 listopada 1999 roku – od początku we współpracy z RCPS. Obecnie na terenie województwa łódzkiego działa 11 punktów konsultacyjnych, czynnych od poniedziałku do piątku w godz. 14.00–20.00. Dla przykładu można podać, że w I połowie 2009 roku w punkcie konsultacyjnym ośrodka łódzkiego przeprowadzono 342 konsultacje telefoniczne i 138 konsultacji osobistych.

Nadwarciański Kampus Profilaktyczny

Projekt ten miał już swoje trzy edycje. Głównym organizatorem przedsięwzięcia jest Związek Harcerstwa Polskiego Chorągiew Łódzka i Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy ZHP „Nadwarciański Gród” w Załęczu Wielkim. Wsparcie RCPS umożliwia dzieciom i młodzieży ze wszystkich typów szkół oraz placówek opiekuńczych wyjazdy wakacyjne. Co roku na Kampus wyjeżdża ponad dwa tysiące młodych ludzi. Oprócz gier, nauki poprzez zabawę, rekreacji, aktywnego wypoczynku, instruktorzy wprowadzają do swoich działań elementy profilaktyki uzależnień.

Zespoły interdyscyplinarne

Interwencja w sytuacji kryzysowej dla rodziny nie może się opierać na działaniu tylko jednej instytucji. W związku z powyższym Regionalne Centrum Polityki

Spółecznej nawiązało współpracę z instytucjami, które mają lub mogą mieć kontakt z członkami rodziny, a następnie podjęło się budowy systemu wsparcia, polegającego na stworzeniu w poszczególnych powiatach i gminach zespołów interdyscyplinarnych. Od 2007 roku prowadziliśmy intensywne szkolenia i warsztaty, które zaowocowały powstaniem ok. 100 zespołów interdyscyplinarnych pracujących na terenie województwa łódzkiego z rodzinami dysfunkcyjnymi. Nadal obserwujemy dużą potrzebę powstawania kolejnych takich zespołów. W społecznościach lokalnych dostrzeżono, iż wspólna praca policji, pracowników pomocy społecznej, pedagogów szkolnych, kuratorów sądowych, lekarzy przynosi zdecydowanie większe efekty niż działania poszczególnych służb. Na organizowane dwa razy w roku szkolenia zespołów interdyscyplinarnych przyjeżdża prawie 300 osób, które wyjeżdżają z nową wiedzą przekazaną przez fachowców i nowymi doświadczeniami.

Formy realizacji zadań to przede wszystkim: szkolenia, warsztaty, seminaria, konferencje, spotkania, w których uczestniczą przedstawiciele instytucji współpracujących z Regionalnym Centrum Polityki Społecznej, m.in. funkcjonariusze policji, pracownicy kuratorium oświaty i podległych mu placówek oświatowych, sądu okręgowego, instytucji pomocy społecznej, samorządu terytorialnego, a także rodzice i młodzież.

Leczenie

Mając na względzie potrzebę podnoszenia jakości leczenia, rehabilitacji, a także ograniczania strat zdrowotnych u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, RCPS przyczyniło się m.in. do stworzenia w Szpitalu im. dr. J. Babińskiego w Łodzi punktu leczenia substytucyjnego i oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych, u których występują inne zaburzenia psychiczne oraz oddziału detoksykacji od narkotyków i innych środków psychoaktywnych. Regionalne Centrum dołożyło starań w celu stworzenia Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Warcie, która prowadzi działania profilaktyczne i lecznicze w ramach zajęć grupowych i indywidualnych. Pomaga osobom uzależnionym i członkom ich rodzin, udziela porad wszystkim osobom potrzebującym pomocy. W szpitalu w Warcie

został ponadto utworzony stacjonarny oddział leczenia uzależnień.

Monitoring

Stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie narkotyków dostarcza informacji do planowania działań profilaktycznych oraz przesłanek do oceny ich skuteczności. Monitorowanie, dzięki współpracy z Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, prowadzone jest na różnych poziomach: kraju, województwa, powiatów i gmin. Monitorowaniu podlega zarówno epidemiologia zjawiska, jak również reakcje społeczne, włączając w to zinstytucjonalizowaną działalność w zakresie profilaktyki i leczenia. Monitorowaniu podlegają takie obszary, jak: rozpowszechnienie używania narkotyków, wzory używania, dostępność narkotyków, rozpowszechnienie problemów związanych z narkotykami, przestępczość związana z narkotykami oraz szeroko rozumiane działania z zakresu ograniczania popytu na narkotyki.

Potrzeba gruntownego poznania zjawiska uzależnienia stanowi podstawę dla podejmowanych przez RCPS działań. Współpracując z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, rozwijany jest system monitorowania problemu uzależnień na poziomie województwa i najważniejszych miast poszczególnych powiatów. Celem projektu jest nakreślenie swoistej mapy, która zobrazowałaby nasilenie problemu.

Dzięki współpracy z Komendą Wojewódzką Policji w Łodzi co miesiąc zbierane są dane dotyczące najważniejszych problemów społecznych: prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu, przestępczości wynikającej z naruszeń ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przestępczości nieletnich, przemocy domowej. Baza danych obejmuje lata 2001–2008.

Na zlecenie RCPS przeprowadzone zostały także profesjonalne badania ankietowe:

1. „Dyskotekowi kierowcy w województwie łódzkim” (celem było zdiagnozowanie stosunkowo mało zbadanego, natomiast niezwykle groźnego zjawiska prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem substancji psychoaktywnych).
2. „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa łódzkiego” (realizowane w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania

Alkoholu i Narkotyków – ESPAD; w województwie łódzkim ESPAD realizowany był dwukrotnie: w roku 2003 i 2007).

3. „Wzorce konsumpcji alkoholu w województwie łódzkim” (przeprowadzone w 2005 roku badanie miało na celu rozpoznanie postaw mieszkańców regionu wobec problemu nadużywania alkoholu).
4. „Łączenie różnych substancji we wzorach używania narkotyków w województwie łódzkim” (badanie zostało przeprowadzone w 2004 roku i dotyczyło problemu politoksykomanii).

Badania pozwalają zidentyfikować te obszary w zakresie uzależnień, w których jest jeszcze wiele do zrobienia oraz te aspekty problemu, które dzięki naszej pracy poprawiły się. Dla przykładu na podstawie badania „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa łódzkiego” dokonano porównania i oceny skali zjawiska używania przez młodzież środków psychoaktywnych na przestrzeni kilku lat.

Dzięki tym badaniom widzimy, że istotnie zmniejszył się odsetek nastolatków mających za sobą doświadczenie upicia się co najmniej raz w życiu. Jeśli chodzi o uczniów klas III gimnazjum, w 2003 roku na takie doświadczenia wskazywało 61% ankietowanych, a w 2007 roku – 41%. W klasach II szkół gimnazjalnych ten odsetek wynosił: w 2003 roku 79%, a w 2007 roku 63%. Obecnie upicie się związane jest z inicjacją alkoholową. Co trzeci uczeń z obydwu pomiarów badania swoje pierwsze upicie się przeżył przed ukończeniem 16. roku życia.

Odnotowano również spadek w zakresie używania eksperymentalnego (kiedykolwiek w życiu) nielegalnych środków psychoaktywnych. W 2003 roku po marihuanę sięgnęło 19% uczniów klas III gimnazjum, w 2007 roku było ich 14%. Z kolei wskaźniki dla amfetaminy wyniosły 6% w 2003 roku i 5% w 2007 roku.

Jeśli chodzi o uczniów klasy II szkół ponadgimnazjalnych to w 2003 roku do użycia marihuany przyznało się 36% uczniów, natomiast w 2007 roku odsetek ten spadł do 28%. Wskaźniki dla amfetaminy wyniosły odpowiednio: 15% w 2003 roku i 9% w 2007 roku. Zmniejsza się również widocznie liczba uczniów, którzy deklarują łatwość zdobywania nielegalnych środków psychoaktywnych. W 2003 roku 38% uczniów klas III gimnazjum mówiło o łatwym dostępie do marihuany, w 2007 roku odsetek ten wyniósł 27%. W przypadku amfetaminy wartości te były następujące: 29% w 2003 roku i 14% w 2007 roku.

Wyższe odsetki odnotowano w starszej grupie wiekowej – uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. O łatwości zdobycia marihuany mówiło 51% osób w 2003 roku i 41% w 2007 roku, amfetamina miała odpowiednio 40% wskazań w 2003 roku i 23% w 2007 roku.

Na pewno mogą niepokoić wyniki dotyczące inicjacji alkoholowej. Zjawisko to dotyczy 89% uczniów klas III gimnazjum i 96% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. Choć raz w życiu marihuanę lub haszysz palilo 14% uczniów klas III gimnazjum i 28% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. Jeśli chodzi o amfetaminę to co najmniej raz w życiu zażyło ją 5% uczniów z klas III gimnazjum i 9% uczniów z klas II szkół ponadgimnazjalnych.

Cytowane badania wyraźnie wskazują tzw. grupę zagrożenia wykluczeniem społecznym – osoby upijające się od 3 do 9 razy w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie (4% uczniów klas III gimnazjum i tyle samo uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych), osoby posiadające co najmniej 3-krotne doświadczenia z marihuaną i haszyszem w ciągu ostatnich 30 dni (4% uczniów klas III gimnazjum i 6% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych) lub z amfetaminą (2% uczniów klas III gimnazjum i 3% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych).

W 2004 roku przeprowadzono w Łodzi badanie „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania”. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęstsze motywy i przyczyny sięgania po nielegalne substancje psychoaktywne to:

- ciekawość,
- poszukiwanie przyjemności, dobrej zabawy i towarzystwa,
- bieda (niekorzystne środowisko psychospołeczne),
- wzory zażywania substancji psychoaktywnych wyniesione z domu rodzinnego,
- brak kontaktu z rodzicami, którzy nie poświęcali dziecku wystarczająco dużo czasu,
- złe relacje z rodzicami (nie jest jednak pewne czy stanowi to przyczynę, czy skutek takiego stanu rzeczy),
- brak nadzoru nad dzieckiem ze strony opiekunów (dla tej grupy respondentów charakterystyczne jest to, że wskazywali mieszkanie w blokach jako przyczynę zaistniałego stanu rzeczy),
- niewydolność wychowawcza opiekunów (często byli nimi dziadkowie ze względu na np. sieroctwo, opuszczenie, utratę częściową lub całkowitą praw rodzicielskich przez rodziców).

Powyższe odpowiedzi są zbieżne z odpowiedziami młodzieży z badań ESPAD 2007.

Warto również zwrócić uwagę na czynnik społeczny, jest to bowiem istotny element z punktu widzenia leczenia osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania dotyczyły odpowiedzi na pytanie, jak osoby uzależnione są spostrzegane przez społeczeństwo?

Nie ma w społeczeństwie przyzwolenia na używanie narkotyków. Opinię tę potwierdza negatywny stosunek badanych do marihuany oraz heroiny. Poparcie dla pomysłu legalizacji narkotyków jest małe (10%).

95% respondentów uznało, że osoba uzależniona od narkotyków to człowiek chory, 79%, że to osoba niešťeśliwa, 80% stwierdziło, że to „osoba mająca zły wpływ na innych”, 33% określiło uzależnionych jako awanturników, chuliganów, 61%, że to „dziwacy, ludzie, którzy wyróżniają się wyglądem i zachowaniem”, z kolei 49%, że to „niebieskie ptaki, pasożyty społeczne”.

W postawach respondentów wobec uzależnionych dominuje współczucie i spolegliwość (świadczą o tym wskazania: „leczyć” – 80% oraz „pomagać, otoczyć opieką” – 11%. Trzecim najczęściej wskazywanym stwierdzeniem było „izolować od społeczeństwa” – 6%.

Zdecydowana większość ankietowanych dostrzega w uzależnionych „pacjentów” (58% wskazań), jedynie 4% respondentów określiło ich jako „kryminalistów”.

Podsumowując badania należy stwierdzić, że kwestia narkomanii postrzegana jest przez badanych bardziej w kategoriach zdrowia publicznego niż przestępczości.

Raport z badań „Dyskotekowi kierowcy w województwie łódzkim” był pierwszym tego typu opracowaniem na skalę wojewódzką w Polsce. Miał pokazać wielkość zjawiska, czyli ilu młodych ludzi siada za kierownicą pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych. W kontekście tych badań widać, że działania podejmowane przez policję w dyskotekach pozwalają na wykrycie niewielkiej liczby kierowców będących pod wpływem alkoholu lub innych środków, wracających z dyskotek i prowadzących samochód pod wpływem środków psychoaktywnych.

4% spośród zatrzymanych przez policję „dyskotekowych kierowców” kierowało pojazdem będąc pod wpływem alkoholu. Dwóch kierowców (na 377 zatrzymanych) było pod wpływem narkotyków (badanie sześciopanelowym

testem, którym dysponowali policjanci, wykazało, że obaj kierowcy znajdowali się pod wpływem marihuany).

Z relacji bywalców dyskotek wynika, że:

- 20% badanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy było świadkiem sytuacji, gdy osoba będąca pod wpływem narkotyków wychodziła z dyskoteki i wsiadała do samochodu lub na motocykl, a następnie odjeżdżała jako kierowca,
- 9% bywalców dyskotek przyznało, że w ciągu ostatniego roku zdarzyło im się wracać z dyskoteki samochodem lub motocyklem, którego kierowca był pod wpływem narkotyków,
- 3% respondentów przyznało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło im się podczas powrotu z dyskoteki kierować samochodem lub motocyklem, będąc pod wpływem narkotyków,
- 57% bawiących się w dyskotekach przyznało, że w ciągu ostatniego roku było świadkiem sytuacji, gdy osoba będąca pod wpływem alkoholu wychodziła z dyskoteki i odjeżdżała samochodem lub motocyklem,
- 25% badanych w dyskotekach stwierdziło, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło im się wracać z dyskoteki (jako pasażer) samochodem lub motocyklem, którego kierowca był pod wpływem alkoholu,
- 8% przyznało, iż wracając z dyskotekowej imprezy osobiście kierowało pojazdem, będąc pod wpływem alkoholu.

Warto podkreślić, że respondenci raczej niechętnie przyznają się w badaniach – nawet anonimowych – do zachowań mających znamiona przestępstwa. Wyniki należy zatem uznać za istotnie zaniżone.

Dzięki powyższym przedsięwzięciom nawiązana została stała współpraca z licznymi specjalistami z różnych dziedzin nauki oraz takimi instytucjami, jak np.: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowe Centrum ds. AIDS, Instytut Psychiatrii i Neurologii, łódzkie uczelnie, organizacje pozarządowe. W trakcie dziesięciu lat funkcjonowania RCPS odniosło wiele sukcesów na polu swej statutowej działalności, a sporo spośród organizowanych przez nie przedsięwzięć wpisało się na stałe w wojewódzki kalendarz wydarzeń związanych z działaniami pomocowymi. Inne natomiast stanowią istotne osiągnięcia z punktu widzenia samorządu województwa łódzkiego.

WYKORZYSTANIE INTERNETU DO POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM

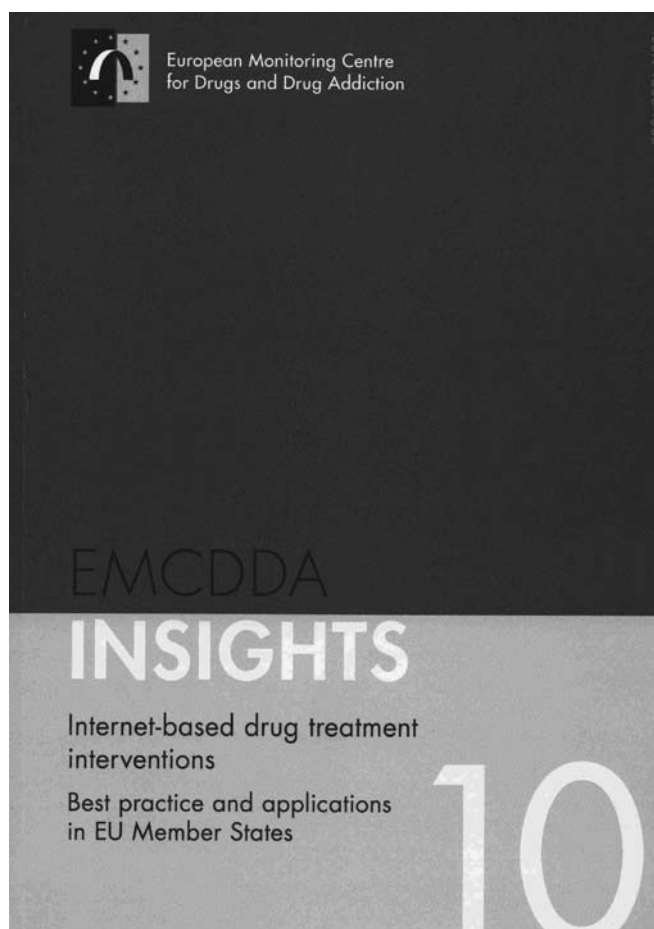
Nowa publikacja EMCDDA *Internet-based drug treatment interventions. Best practice and applications in EU Member States* ukazała się w serii Insights¹. Jest to już dziesiąta pozycja z tej serii, która ma na celu przedstawienie wyników najnowszych analiz i badań prowadzonych w obszarze narkomanii. Pierwsza publikacja została wydana w 1997 roku i dotyczyła nowych trendów w używaniu narkotyków syntetycznych oraz działań podejmowanych w celu ograniczenia skali tego zjawiska. *Internet-based drug treatment interventions...* przedstawia analizę internetu jako narzędzia wykorzystywanego w interwencjach z zakresu leczenia. W przedmowie do książki dyrektor EMCDDA stwierdza: „20 lat temu trudno było sobie wyobrazić, że leczenie narkotykowe może być prowadzone za pomocą elektronicznych kanałów informacji, bez bezpośredniego kontaktu między terapeutą a użytkownikiem narkotyków. Nawet dzisiaj idea leczenia opartego na wykorzystaniu internetu w obszarze narkotyków prowokuje debatę wśród profesjonalistów. Niemniej jednak wierzymy, że jest to odpowiedni czas na poinformowanie osób decyzyjnych,

ekspertów od zdrowia oraz społeczeństw krajów Unii o rozwoju tego nowego i komplementarnego podejścia w obszarze narkotyków”.

Szacunkowe dane z marca 2008 roku podają, że około 60% (290 mln osób) populacji UE używało internetu. Nie jest zatem zaskoczeniem, że jest on także wykorzystywany jako narzędzie pomocne w leczeniu różnych problemów zdrowotnych, w tym również problemów narkotykowych. W prezentowanej książce czytelnik znajdzie wyniki ankiety wysłanej do krajowych punktów monitorujących (ang. National Focal Point) oraz analiz przeprowadzonych na podstawie literatury i przeglądu zasobów internetowych. Oprócz omówienia portali internetowych, które pomagają osobom z problemem narkotykowym, szczegółowo opisano trzy serwisy adresowane do użytkowników marihuany z Niemiec, Anglii i Holandii. Dodatkowo umieszczono *printscreeny* portali, pokazujące rozwiązania graficzne tych serwisów. Według autorów raportu leczenie wykorzystujące narzędzia internetowe przynosi szereg korzyści, takich jak np. wczesne docieranie do osób młodych, które są na początkowym etapie używania narkotyków i bardzo często nie są one objęte innymi formami pomocy. Korzyścią jest także dostępność tego typu oferty dla osób z terenów wiejskich, gdzie nie ma ani poradni, ani punktów konsultacyjnych. Do zalet tej formy pomocy należy także zaliczyć niskie koszty w porównaniu z terapią prowadzoną w poradni.

Wśród wad użycia internetu podkreślano zwłaszcza fakt, iż nie jesteśmy w stanie oszacować innych problemów zdrowotnych, jak np. współuzależnienia. Raport zakończono stwierdzeniem, że celem leczenia wykorzystującego internet nie jest zastąpienie dotychczasowych metod opartych na bezpośrednim kontakcie z osobą potrzebującą pomocy. Jednakże ta forma pomocy może rozszerzyć zakres oferowanych działań, co może mieć przełożenie na ograniczenie problemów związanych z używaniem narkotyków lub uzależnieniem od nich.

AM



Przypisy

¹ Wszystkie pozycje z serii Insights dostępne są na stronie EMCDDA http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w9.

ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W PILOTAŻU SYSTEMU OCENY I REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wszystkich zainteresowanych (autorów, NGO i innych) zapraszamy do zgłaszania swoich programów profilaktycznych lub promocji zdrowia psychicznego do pilotażowego projektu oceny i rekomendacji.

Korzyści z udziału w projekcie:

1. Autorzy i organizacje mogą uzyskać cenne informacje zwrotne od ekspertów na temat swoich programów.
2. W przypadku pozytywnej oceny ekspertów, autorzy programów mogą ubiegać się o rekomendację na jednym z trzech poziomów.
3. Udział w projekcie może pomóc w dopracowaniu i wypromowaniu własnych programów.

O PROJEKCIE. Prace nad założeniami systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego zostały podjęte w ramach wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Podstawę do opracowania założeń systemu rekomendacji stanowił europejski system oceny i ewidencjonowania programów profilaktyki narkomanii w ramach programu EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action), prowadzonego przez EMCDDA w Lizbonie.

Główne cele systemu rekomendacji to: podnoszenie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, upowszechnianie skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów.

Pilotaż ma na celu sprawdzenie przydatności i adekwatności opracowanych standardów i kryteriów oceny programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

W zależności od stopnia spełnienia kryteriów jakości, program może otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów: **program obiecujący, dobra praktyka** oraz trzeci, najwyższy poziom – **program modelowy**.

W ramach pilotażowego badania przydatności systemu oceny planujemy:

- dokonanie oceny programów,
- dokonanie oceny formularza zgłoszeniowego,
- przeprowadzenie analizy systemu oceny i narzędzi.

ZASADY NABORU programów do projektu pilotażowego.

Uczestnictwo w projekcie jest otwarte dla wszystkich programów **promocji zdrowia psychicznego** oraz **profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej** dotyczących **problemu używania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań ryzykownych**, które spełnią poniższe warunki:

- zgłoszą się do projektu we wskazanym w ogłoszeniu terminie,
- wypełnią wymagane dokumenty (kwestionariusz aplikacyjny),
- zgłaszany program został poddany ewaluacji – minimalne wymaganie to przeprowadzona ewaluacja procesu,
- realizatorzy programu posiadają przynajmniej roczne doświadczenie w jego realizacji.

SPOSÓB ZGŁASZANIA. Podmioty zainteresowane wzięciem udziału w pilotażu serdecznie zapraszamy do zgłaszania swoich programów w formie elektronicznej (w tytule prosimy wpisać „system rekomendacji”) do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii na adres mailowy **kbpn@kbpn.gov.pl** **do dnia 30 września 2009 roku**, po uprzednim zapoznaniu się ze szczegółowymi procedurami.

INFORMACJE NA TEMAT PILOTAŻU. Ogłoszenie i dodatkowe dokumenty na temat: założeń systemu, standardów, poziomów rekomendacji oraz słownik terminów i kwestionariusz aplikacyjny są zamieszczone na stronach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerami telefonów:

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (022) 641 15 01 wew. 108,
Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (022) 825 44 51 wew. 106,
Instytut Psychiatrii i Neurologii (022) 458 28 87,
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (022) 532 03 20.

OCENA PROGRAMÓW. Ocena merytoryczna dotycząca zgodności programu ze standardami jakości zostanie dokonana przez ekspertów zgłoszonych przez instytucje realizujące projekt z wykorzystaniem kryteriów ocen opracowanych przez Zespół roboczy. Podmioty, których programy zostaną zakwalifikowane do udziału w projekcie, otrzymają opinię na temat programu. Uczestnictwo w projekcie pilotażowym i poddanie własnego programu ocenie nie jest równoznaczne z uzyskaniem rekomendacji. Rekomendacje będą udzielane na etapie wdrożenia systemu, po jego weryfikacji w efekcie badania pilotażowego. Uczestnicy projektu zostaną poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej kwestionariusz zgłoszeniowy.

CZY WOJNA Z NARKOTYKAMI ODCHODZI W PRZESZŁOŚĆ?



ok. ćwierć miliona osób, a posiadanie narkotyków stało się czwartą przyczyną aresztowania obywateli. Jeszcze w 2007 roku, za kadencji republikańskiego prezydenta George'a W. Busha, Amerykanie wspomagali wywiadowców oraz finansowo rząd meksykański w rozbiciu gangów i karteli trudniących się przemytem marihuany i kokainy, nie zapominając przy tym o surowym egzekwowaniu antynarkotykowej ustawy Kongresu wewnątrz kraju. 13 maja 2009 roku administracja obecnego prezydenta Baracka Obamy oficjalnie zakończyła „wojnę z narkotykami” jako obowiązującą doktrynę rządu. Stany Zjednoczone rozpoczynają nowy rozdział w polityce narkotykowej, oparty na edukacji, profilaktyce i redukcji szkód, ale czy rzeczywiście... Aby poznać historię przedstawionej polityki zapraszamy na stronę http://en.wikipedia.org/wiki/War_on_Drugs#War_as_a_propaganda_term.

WOJNA Z NARKOTYKAMI – HISTORIA POJĘCIA

„Wojna z narkotykami” rozpoczęła się w Stanach Zjednoczonych za kadencji prezydenta Richarda Nixona w 1969 roku. Lata 60. ubiegłego wieku przyniosły boom na narkotyki sprowadzane z Ameryki Południowej oraz na nowe syntetyki. Podejście „zero tolerancji” dla produkcji, przemytu, handlu narkotykami, a także dla używania nielegalnych substancji psychoaktywnych miało przynieść natychmiastowy efekt spadku spożycia narkotyków wśród młodego pokolenia Amerykanów. Pierwsza operacja tzw. Operation Intercept miała za zadanie zlikwidować przemysł THC przez granicę z Meksykiem. W Stanach Zjednoczonych zaostrzono prawo antynarkotykowe, a podejście republikańskie do zwalczania zjawiska owocowało raz na kilka lat wielkimi operacjami, także przy użyciu sił militarnych, np. Operation Just Cause w Panamie. Po 25 latach „wojny z narkotykami” w więzieniach Stanów Zjednoczonych za posiadanie marihuany wyroki odsiadywało



NARKOTYKI A ŚWIATOWY TERRORYZM

Na stronach Organizacji Narodów Zjednoczonych (a dokładnie Biura Narodów Zjednoczonych ds. Przestępczości Narkotykowej) pod domeną <http://www.unodc.org/unodc/en/terrorism/index.html> odnajdziemy szereg informacji na temat zrównoważonego podejścia do kwestii związanej z globalnym terroryzmem w kontekście handlu narkotykami. Oprócz ogólnych informacji dotyczących postawy Narodów Zjednoczonych wobec antyterrorystycznej prewencji związanej z handlem narkotykami, na stronie znajdziemy także historię walki z terroryzmem, liczne rezolucje ONZ oraz międzynarodowe konwencje i plany działania. W postaci plików pdf publikowane są ogólnodostępne narzędzia dla decydentów, opisujące, w jaki sposób tworzyć prawo zgodnie z międzynarodowymi konwencjami, przewodniki po aspektach związanych z prawami człowieka w relacji do polityki narkotykowej na świecie czy bazę danych na temat terroryzmu (także w kontekście prawa

antynarkotykowego w poszczególnych państwach). W serwisie znajdziemy również kalendarium wydarzeń – bieżących i planowanych działań UNODC. Prezentowana strona jest z jednej strony aktualnym medium informacyjnym na temat polityki narkotykowej na poziomie globalnym, z drugiej zaś pełni funkcję edukacyjną. Warto odwiedzić pozostałe zakładki strony UNODC, które traktują o alternatywnym rozwoju (w szczególności w państwach, gdzie produkcja narkotyków przynosi dla gospodarek znaczący przychód), relacji między narkotykami a światową korupcją, czy pandemią HIV/AIDS albo reformą więziennictwa w kontekście leczenia skazanych narkomanów. Strona jest jednocześnie oficjalnym głosem ONZ w dyskusji na temat rozwiązań prawnych w dziedzinie przeciwdziałania zjawisku używania narkotyków i zwalczania handlu nimi.

CZY WOJNA Z NARKOTYKAMI ODCHODZI W PRZESZŁOŚĆ?



NOWA OFENSywa W AFGANISTANIE

Simon Fraser University otworzyło społeczną witrynę na temat obecnego konfliktu w Afganistanie. Jak podaje AFP, powołując się na raporty, ONZ tworzy informacyjny background nowej ofensywy antyopiumowej w Afganistanie. Łączny areał pól makowych w Afganistanie spadł w 2008 roku, dzięki działaniom wojsk koalicyjnych, do 157 tys. hektarów. Jest to rekord, jeśli chodzi o krótkoterminową strategię ograniczania upraw (19-procentowy spadek w ciągu 2 lat). Mimo to Afganistan nadal jest głównym światowym producentem mlecza makowego, a uprawą narkotyków zajmuje się aktualnie 12% populacji tego kraju. Jak donosi „Afghanistan Conflict Monitor” w obecnej operacji zaangażowanych jest ok. 4000 żołnierzy Stanów Zjednoczonych. W dolinie rzeki Helmand znajdują się rozległe pola makowe. Przejęcia kontroli nad nimi może w jeszcze większym stopniu wpłynąć na zachwianie światowym rynkiem heroiny. Na stronie

<http://www.afghanconflictmonitor.org/2009/02/afghanistan-still-largest-opium-poppy-producer-us.html> znajdziemy najświeższe raporty i doniesienia prasowe na temat sytuacji w Afganistanie – największego producenta narkotyków opiodowych na świecie.



PRAWA CZŁOWIEKA A WOJNA Z NARKOTYKAMI

Na stronie Human Rights Watch – organizacji pozarządowej utworzonej w 1988 roku z siedzibą w Nowym Jorku – odnajdziemy szereg doniesień na temat łamania praw człowieka w kontekście polityki antynarkotykowej wielu państw. HRW monitoruje przestrzeganie praw człowieka w różnych częściach świata. Obok obrony wolności słowa i przekonania, zwalczania cenzury, zapewnienia oskarżonemu prawa do uczciwego procesu i ewentualnego azylu, przeciwdziałania zabójstwom politycznym, zapobiegania torturom zajmuje się także monitorowaniem łamania konwencji międzynarodowych w kontekście arbitralnego pozbawiania wolności. Narkotyki w wielu państwach są bezwzględnie zwalczane, a przypadki łamania praw człowieka są ujawniane zarówno dzięki monitorowaniu światowych mediów, jak i misji śledczych Human Rights Watch. Na stronach HRW znajdują się raporty i skróty doniesień medialnych

z całego świata, także w kontekście zjawiska handlu i używania narkotyków. Oprócz najświeższych informacji znajdziemy tutaj również archiwum newsów i raportów uporządkowanych wg roku powstania. Dzięki sprawnie działającej wyszukiwarce, łatwo odnajdziemy poszczególne informacje z interesującego nas kraju. Warto zapisać do swoich ulubionych stron adres <http://www.hrw.org>.

TZ



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne