



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (50) 2010

NR 2

2010

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

w ostatnim czasie obserwujemy w naszym środowisku wzrost zainteresowania wykorzystaniem w pracy z osobami z problemem narkotykowym terapii motywującej. Badania ewaluacyjne rejestrują wysoką skuteczność tej metody w pracy z osobami uzależnionymi od środków psychoaktywnych, a do tego jest ona atrakcyjna, ponieważ znacząco skraca czas terapii, opierając się na rozwijaniu mocnych stron klienta, partnerstwie w relacji terapeutycznej i całkowitej dobrowolności uczestnictwa w leczeniu. W aktualnym numerze Serwisu temat przybliży gość Serwisu, Iga Jaraczewska, Przewodnicząca Zarządu Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej oraz Bogusława Bukowska prezentująca w swoim artykule główne założenia tego podejścia.

Czy możliwe jest samodzielne odstawienie narkotyków bez specjalistycznej interwencji? Niewiele jest badań na ten temat, ponieważ zwykle zgłębia się czynniki ryzyka odpowiedzialne za wchodzenie w uzależnienie, albo też szacuje efektywność instytucjonalnego leczenia osób z problemem narkotykowym. Próbę odpowiedzi na tak postawione pytanie podjęła Katarzyna Kocoń w swoich badaniach dotyczących samodzielnego radzenia sobie z najpowszechniejszym narkotykiem – konopiami indyjskimi. Wyniki, które omawia na łamach naszego Serwisu wskazują, że możliwe jest samodzielne odstawienie konopi. W literaturze mówi się o „wyrastaniu” z wieku, w którym używanie przetworów konopi jest najintensywniejsze. Czy mamy więc odradzać rodzicom, zaniepokojonym tym, że ich dzieci palą marihuanę, kontakt z placówkami antynarkotykowymi? Lektura artykułu nie prowadzi do takiego wniosku. Samodzielny sukces uwarunkowany jest współwystępowaniem grupy czynników facylitujących, które tylko zwiększają szansę, nie gwarantując pozytywnego wyniku. Ponadto autorka zwraca uwagę, że niektóre osoby używające konopi w okresie dorastania – nawet jeśli od nich odeszły – są znacznie bardziej narażona na rozwinięcie szkodliwego picia alkoholu w okresie wczesnej dorosłości.

Kontynuujemy prezentację przepisów prawnych dotyczących problematyki narkomanii. Katarzyna Syroka przedstawia rozwiązania obowiązujące w Polsce odnośnie leczenia substytucyjnego. Artykuł może być szczególnie pomocny dla osób i placówek zainteresowanych uruchomieniem lub już prowadzących programy substytucyjne, a także dla potencjalnych klientów tych programów, ponieważ podaje w skondensowanej formie najważniejsze uregulowania w tym obszarze. Autorka wskazuje też słabe strony obowiązujących przepisów, także w kontekście rekomendacji unijnych oraz prezentuje projektowane zmiany obowiązujących uregulowań, które zmierzają w kierunku ułatwienia potencjalnym klientom dostępu do programów substytucyjnych.

Grażyna Świątkiewicz i Michał Bujalski przedstawiają wyniki badań konsumentów narkotyków, prowadzone w Warszawie i pięciu innych dużych miastach europejskich, w każdym w dwóch grupach: rekreacyjnych konsumentów narkotyków oraz w grupie opiatowej. Wyniki pokazują, że z jednej strony we wszystkich badanych miastach te grupy znacząco różnią się między sobą, z drugiej strony każda kategoria użytkowników narkotyków jest podobna bez względu na miejsce zamieszkania. Badania pokazały, że społeczny odbiór konsumentów narkotyków – traktujący ich jako, jak piszą autorzy artykułu, „jednorodną grupę społecznych dewiantów” – jest fałszywy. Tylko w grupie opiatowej wszystkie brane pod uwagę kryteria społecznej marginalizacji są wysokie. Nowa generacja rekreacyjnych użytkowników, w przeciwieństwie do tradycyjnych konsumentów opiatów cieszy się wysokim statusem społecznym i materialnym. Te wyniki potwierdzają słuszność prowadzonej w naszym kraju polityki antynarkotykowej dążącej do różnicowania i wzbogacania oferty pomocowej, co w większym stopniu uwzględnia specyfikę osób korzystających z pomocy.

Innym aspektem dywersyfikacji zjawiska narkomanii jest jego zróżnicowanie terytorialne. Bogatą dokumentację wojewódzkich charakterystyk problemu oraz działań zapobiegawczych przedstawia Artur Malczewski. Analiza danych prowadzi do wniosku, że na poziomie większości branych pod uwagę wskaźników Polska dzieli się na dwa wyraźne obszary: województwa zachodnie i północno-zachodnie charakteryzuje wyższe natężenie wskaźników epidemiologicznych, w województwach południowo-wschodnich wskaźniki te są wyraźnie niższe. Ta sytuacja powoduje, że działania zaradcze są intensywniejsze w Polsce zachodniej w porównaniu z Polską południowo-wschodnią.

Z braku miejsca ograniczę się jeszcze tylko do zarekomendowania Państwu doniesienia na temat nowych produktów dostępnych na rynku „dopalaczy”. Dawid Chojecki podkreśla, że działanie narkotyczne pozornie naturalnych substancji ziołowych jest wywoływane nasączeniem ich syntetycznymi kanabinoidami. Autor charakteryzuje też mefedron – syntetyczną substancję stymulującą dostępną w produktach oferowanych w sklepach z dopalaczami. Warto zwrócić uwagę, że w aktualnie nowelizowanej ustawie antynarkotykowej zarówno mefedron jak i syntetyczne kanabinoidy dodano do listy środków psychoaktywnych objętych kontrolą.

**Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński**

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

TERAPIA MOTYWUJĄCA

Iga Jaraczewska..... 2

Leczenie, redukcja szkód

WYWIAD MOTYWUJĄCY

Bogusława Bukowska 5

PRAWNE ASPEKTY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Katarzyna Syroka 10

ZAPRZESTAWANIE UŻYWANIA KONOPI BEZ POMOCY SPECJALISTYCZNEJ

Katarzyna Kocoń 15

GUIDELINES FOR COLLECTING DATA ON RETAIL DRUG PRICES IN EUROPE:

ISSUES AND CHALLENGES..... 20

Badania, raporty

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: MEFEDRON I SYNTETYCZNE KANABINOIDY

Dawid Chojecki 21

RAPORT KRAJOWY 2009. SYTUACJA NARKOTYKOWA W POLSCE

Marta Struzik..... 24

KALENDARIUM WYDARZEŃ..... 26

SPOŁECZNE KOSZTY PONOSZONE PRZEZ WARSZAWSKICH KONSUMENTÓW NARKOTYKÓW

Grażyna Świątkiewicz, Michał Bujalski..... 27

Profilaktyka

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE – ANALIZA ZRÓŻNICOWANIA TERYTORIALNEGO

Artur Malczewski..... 32

Współpraca międzynarodowa

WSPARCIE UNIJNE DLA AZJI CENTRALNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

..... 41

PROBLEM NARKOTYKOWY W GRUZJI

Łukasz Jędruszek..... 42

Regiony

CZAS ZMIENIĆ PRYZWYCZAJENIA – WOJEWÓDZKA ANTYNARKOTYKOWA KAMPANIA SPOŁECZNA

Krzysztof Faliński, Małgorzata Kuncewicz, Kamil Klebański..... 44

Internet

SERWISY NA TEMAT KOMERCYJNYCH CENTRÓW

LECZENIA UZALEŻNIEŃ..... III i IV okładka

TERAPIA MOTYWUJĄCA

Z Igą Jaraczewską, Przewodniczącą Zarządu Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, rozmawia Tomasz Kowalewicz.



*– Spotykamy się w prze-
rwie międzynarodowej
konferencji „Terapia
motywująca w uzależnie-
niach”, zorganizowanej
przez Instytut Psychiatrii
i Neurologii oraz Polskie
Towarzystwo Terapii
Motywuującej, czy mo-
głaby Pani powiedzieć
kilka słów na temat isto-
ty tej metody?*

Nadrzędną sprawą w terapii motywującej jest sposób traktowania klienta – z szacunkiem i bezwarunkowym uznaniem jego godności. Każdy klient jest dla mnie przede wszystkim niezwykle wartościowym człowiekiem. Bez względu na to, co zrobił, jaka jest jego historia, w jakim miejscu jest teraz. To najważniejsza rzecz. Moim celem w podejściu motywującym jest przekazanie mu, że tak go widzę, z wiarą, że on sam też zacznie w ten sposób patrzeć na siebie.

– W trakcie konferencji podkreślano, że terapeuta nie występuje z pozycji eksperta.

To kolejna rzecz. W relacji z każdym klientem, który do nas przychodzi, koncentrujemy się na jego zasobach a nie deficytach. Przyjmujemy postawę oczekiwania na ujawnienie się jego potencjału na zmianę. Wierzymy w jego siłę i w jego możliwości. Nie musimy znać odpowiedzi, co on ma zrobić, nie musimy wchodzić w rolę wszytkowiedzącego eksperta.

– Czy te cechy, o których tutaj mowa – to znaczy traktowanie klienta jako autonomicznej wartości i niedyrektywna postawa terapeuty – powodują, że klient zmienia się w trakcie terapii?

Tak. Nasze obserwacje wskazują, że w dużym stopniu właśnie te elementy relacji terapeuty – klient są odpowiedzialne za zmianę u klienta. Ważne jest też oczywiście stosowanie zasad terapii motywującej.

– Jakie to zasady?

Terapia motywująca kieruje się czterema głównymi zasadami. Po pierwsze, empatyczne reagowanie terapeuty na to, co wnosi klient. Uważam, że empatia jest hasłem, które przynajmniej w polskiej psychoterapii jest nadużywane, mimo że często jest źle rozumiane. Bycie empatycznym jest niezwykle trudną rzeczą. Jeśli przystępujemy do pracy z klientem z własnym nastawieniem opartym na przekonaniu co do tego, kim jest ta osoba i oczekiwaniami wynikającymi z tego, co nam wydaje się dla niego korzystne, to będzie nam bardzo trudno spojrzeć na świat jego oczami i zrozumieć go. Druga zasada jest czymś, co nazywamy rozwijaniem sprzeczności. Zakładamy, że większość osób, mając jakiś problem, przeżywa w związku z tym problemem ambiwalencję – waha się, wykazuje niezdecydowanie – trochę jak na huśtawce. Z jednej strony chcą się zmienić, ale z drugiej coś trzyma je i generuje myśl „a może nie warto?”.

– Bo zachowanie status quo też ma na ogół swoją wartość.

Absolutnie tak. Stosując podejście motywujące, akceptujemy tę ambiwalencję, a nawet staramy się ją rozwinać. Nie dziwi nas, kiedy klient – pijący, nadużywający czy uzależniony – mówi nam: „No nie, ten alkohol jest jednak wspaniały. Nic innego mnie tak nie rozluźnia jak picie”. Stosując terapię motywującą, nie skaczę natychmiast jak bokser do walki z tą opinią, tylko – z empatycznym podejściem – uznaję, że tak może być, bo klient tak to widzi. Staramy się tak rozmawiać z klientem, żeby zobaczył możliwie dużo plusów i minusów swojej sytuacji. Pomagamy dookreślić, co go powstrzymuje przed zmianą. Często zaczynamy pracę od zadania pytania: „Co Cię kręci w tym, że pijesz? Coś musi w tym być, skoro pijesz mimo szkód, które ponosisz”. Jeśli podejdziemy do tego z akceptacją, empatią i otwartością, ludzie sami zaczynają otwarcie i dużo o tym mówić, zastanawiać się, co im to daje. Dopiero później przechodzimy do rozmowy

na temat argumentów na rzecz zmiany. Często to sam klient prowadzi do tej drugiej strony medalu. Terapia umożliwia ujawnienie na przykład kosztów pozostawania w aktualnej sytuacji, albo niemożności wyrwania się z niej, bycie w „potrzasku”, bo tak też się często zdarza.

– Mówiliśmy dotychczas o empatii i ambiwalencji. Jaka jest kolejna zasada?

Trzecia zasada to specyficzna praca z oporem, który rozumiemy jako wypadkową relacji zachodzącej między klientem a terapeutą. Zdarza się, że w tym kontakcie zaczyna dziać się coś takiego, co powoduje, że klient mówi nagle „Nie!”, odsuwa się i przestaje współpracować. Nie mamy o to pretensji. W podejściu motywującym nie bombardujemy tego. To nie jest miejsce na boks. Bo tracilibyśmy czas i energię. „Nie” klienta jest dla nas ważną wskazówką, jak dalej pracować. Możemy zareagować na dwa sposoby: albo robimy unik, zmieniamy temat i zaczynamy mówić o czymś innym, co nie oznacza, że nie wrócimy do tamtego trudnego tematu, ale wtedy, kiedy emocje opadną, co obu stronom może pomóc w zmianie perspektywy i zobaczeniu problemu w innym nieco świetle, albo podążamy za oporem – wchodzimy w perspektywę klienta. To pozwala nam zaakceptować sytuację – tak, rzeczywiście można było tak pomyśleć i tak się poczuć. Klient ma ważny powód, by tak myśleć i tak się czuć. W pewnym sensie przyznajemy klientowi rację. Dzięki empatii. No bo on nie reaguje niechęcią bez powodu. Stało się coś takiego, że on właśnie w ten sposób zgłasza ważną dla siebie sprawę. I to jest OK.

– Czyli trzecia zasada – specyficzna praca z oporem. A czwarta?

To niezwykle ważna zasada – budowanie własnej sprawczości klienta, pomoc w dostrzeganiu przez niego własnej wartości i możliwości zmiany, która jest w jego rękach. Wspieranie rozumienia, że to nie placówka, nie terapeuta, nie ktoś inny tylko ja sam jestem w stanie poradzić sobie. Ta zasada prowadzi do wzbudzenia wewnętrznej motywacji. My możemy motywować ludzi z zewnątrz, ale jak klient nie ma wewnętrznej motywacji, to praca staje w miejscu lub cofa się do punktu wyjścia. Gdy pojawia się wewnętrzna motywacja, to sprawy idą do przodu.

– Poznaliśmy główne zasady terapii motywującej. Proszę powiedzieć, czy można ją stosować w leczeniu uzależnień?

Ta terapia bardzo dobrze sprawdza się w pracy z osobami uzależnionymi. Często – jeśli jest realizowany jakiś projekt czy program terapeutyczny – terapia motywująca wprowadza klientów w temat, ułatwia zbudowanie ich gotowości do wejścia w ten projekt.

– Czy budowanie tej gotowości związane jest właśnie z pracą nad motywacją? Bo przecież głównym problemem większości osób uzależnionych jest brak motywacji lub ambiwalencja dotycząca podjęcia decyzji związanej ze zmianą stylu życia.

W podejściu motywującym uważamy, że nie ma osób całkowicie niezmotywowanych. Najczęściej są oni w stanie ambiwalencji, z dominującym przeświadczeniem, że korzyści pozostawania w uzależnieniu przewyższają koszty tej sytuacji. Może być też tak, że korzyści zmiany sytuacji są wyraźnie dostrzegane, ale brakuje jednak podstawowego poczucia własnej sprawczości i nadziei, że może się coś zmienić. W takim przypadku poczucie braku szans na odniesienie sukcesu rodzi poczucie bezsensu podejmowania jakichkolwiek działań.

– Zdarza się, że do poradni trafiają osoby, które nie są zainteresowane leczeniem. Na przykład takie, które chcą się odtruć po to, żeby móc zmniejszyć dawki i wydawać w związku z tym mniej pieniędzy na narkotyki, albo nie mają gdzie mieszkać. Czy taka motywacja to wystarczający powód, żeby wejść z takimi osobami w kontakt?

Tak. Praktycznie każdy powód, dzięki któremu dochodzi do nawiązania kontaktu z klientem, jest dobry. Bo to umożliwia rozpoczęcie pracy z tą osobą, uruchomienie procesu – w oparciu o wspomniane przeze mnie zasady – budowania motywacji wewnętrznej, wyzwolenia i skoncentrowania energii klienta na procesie zdrowienia.

– A jeżeli klient postanowi, że dalej będzie postępować tak jak dotychczas?

Nie skreślamy takich osób. Czekamy na jakąś zmianę, która umożliwiłaby nawiązanie bardziej efektywnej współpracy. Staramy się przede wszystkim utrzymać kontakt. Bo jeśli nie ma kontaktu, to nie możemy w za-

den sposób oddziaływać. Jeśli dana osoba zdecydowanie chce kontynuować swój dotychczasowy styl życia, to umawiamy się na kontakt za 3-4 tygodnie i wspólnie z nią sprawdzamy, czy w dalszym ciągu dominuje chęć brania środków psychoaktywnych, czy może coś się zmieniło. Jeśli zmieniło się, to natychmiast to podchwytyjemy.

– Co terapia motywująca radziłaby rodzinom osób uzależnionych?

Przede wszystkim do niczego nie wolno zmuszać potencjalnego klienta, bo wywoła to jego natychmiastową reakcję oporu. I – z perspektywy terapii motywującej – traktujemy ten opór jako naturalną reakcję obrony własnych granic. Bo przymus narusza moją autonomię i niezależność, w związku z tym cały mój wysiłek koncentruję na stawianiu granic blokujących nacisk. Nie zmuszać, a zachęcać. Dostrzegać w tych ludziach najmniejsze nawet sygnały prób zmiany sytuacji i je wzmacniać. Pokazywać różne możliwości. Nie na zasadzie musisz to zrobić, ale zobacz, innym to pomaga, może pomoże też tobie. Nie jest to zmuszanie do działania, ale ukazywanie możliwości wyboru.

– Proszę powiedzieć naszym czytelnikom, jakie są możliwości poznania tej metody pracy z osobami z problemem narkotykowym?

Jest parę bardzo ciekawych książek i artykułów. Informacje na ten temat można znaleźć na stronie internetowej www.pttm.org.pl. Na pewno jednak podejścia motywującego nie można się nauczyć, czytając tylko książki. Dwa lata temu powstało Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej. Towarzystwo organizuje konferencje – takie jak ta dzisiejsza, mam nadzieję, że będą kolejne. Prowadzimy szkolenia umożliwiające uzyskanie certyfikatu. Pierwsza grupa polskich cer-

tyfikowanych terapeutów terapii motywującej kończy zajęcia we wrześniu tego roku. Następne szkolenie rozpocznie się w listopadzie 2010 roku.

– Jak długo trwa szkolenie?

Program jest realizowany w trakcie dziesięciu dwudniowych, weekendowych spotkań, które rozłożone są w czasie – co najmniej w okresie półtora roku – żeby uczestnicy mieli możliwość popróbowania tego, czego się nauczyli w trakcie danego zjazdu w swojej praktyce zawodowej, zebrali obserwacje i wrócili z nimi na kolejne spotkanie, które pozwoli im zweryfikować te samodzielne doświadczenia. Myślę, że tylko w ten sposób uczestnictwo w szkoleniu przełoży się na zdobycie nowych umiejętności. Chcemy, żeby część zajęć prowadzili koledzy z Anglii, Walii i Szwecji. Rozmawiamy z nimi na ten temat.

– Czyli sam efektywny czas szkolenia w trakcie tych dziesięciu zjazdów to około dwustu godzin zajęć?

Tak, plus oczywiście cała praktyka kliniczna między kolejnymi spotkaniami.

– Proszę na koniec powiedzieć, jakie warunki trzeba spełnić, żeby zostać członkiem Towarzystwa?

Szczegóły można znaleźć na stronie internetowej Towarzystwa. Żadne specjalne warunki nie muszą być spełnione. Ważne jest zainteresowanie tematem. Nie trzeba być praktykiem. Do Towarzystwa należą osoby z różnych branż, bo wierzymy w to – i takie są też obserwacje ze świata – że to podejście przekłada się na jakość kontaktu „w ogóle” z ludźmi. Niekoniecznie w relacji terapeutycznej.

– Dziękuję za rozmowę.

Studium Terapii Motywującej

Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej wraz z Akademią Motywacji i Zmian zapraszają do udziału w Studium Terapii Motywującej, kończącym się uzyskaniem certyfikatu Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej.

Program Studium zawiera wszystkie moduły niezbędne do wszechstronnego przygotowania uczestników do pracy motywującej z trudnym klientem. Obejmuje takie zagadnienia, jak: kluczowe założenia i zasady pracy terapeutycznej w modelu TM; interwencje motywujące na poszczególnych poziomach motywacji do zmiany; wprowadzenie do szczegółowych metod pracy TM; rozpoznawanie i wzmacnianie tzw. wypowiedzi o zmianie (które są jednym z najistotniejszych wyznaczników wprowadzania zmian w życie); metody TM w pracy z trudnym klientem; skuteczna praca z oporem w duchu TM; zastosowanie TM w pracy z różnego rodzaju klientami, na przykład z zaniżoną samooceną; w terapii zaburzeń lękowych i depresyjnych; w leczeniu uzależnień czy pracy z ofiarami przemocy.

Program Studium zawiera nie tylko część teoretyczną, ale przede wszystkim intensywny trening praktycznych umiejętności z zakresu terapii motywującej. Dbamy o to, aby w trakcie modułów dużo czasu poświęcać na ćwiczenia aktywizujące, takie jak studia przypadku, dyskusje moderowane itp.

Szczegóły na stronie www.pttm.org.pl.

Wywiad motywujący nie aspiruje do wszechstronnej metody leczenia. Jest skoncentrowany wyłącznie na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych oddziaływaniach terapeutycznych wykorzystujących dostępne modele leczenia.

WYWIAD MOTYWUJĄCY

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wprowadzenie

Metoda wywiadu motywującego wniosła nowe treści w dyskurs o leczeniu osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz przyczyniła się do zmiany stylu pracy z osobami zgłaszającymi się do placówek leczenia uzależnień. Autor koncepcji W. Miller rozwinął swoje podejście na bazie doświadczeń z osobami nadużywającymi alkoholu. W odróżnieniu od dominującej w latach 80. zeszłego stulecia praktyki klinicznej wykorzystującej w znacznym stopniu konfrontacyjne techniki, wywiad motywujący odwoływał się do stylu komunikowania, który unikał konfrontacji, a skupiał się na ułatwieniu klientowi rozwiązania ambiwalentnego

stosunku do zmiany zachowania. Ambiwalencję wobec zmiany potraktowano jako naturalny stan towarzyszący każdej osobie rozważającej wprowadzenie zmian w swoim życiu, nie zaś jako symptom patologii wynikającej z istniejącego zaburzenia czy przejaw działania mechanizmów obronnych. Zgodnie z przekonaniem twórców koncepcji motywacja nie może być jednak „zainstalowana” przez kogokolwiek, ale może zostać tylko „wydobyta” z klienta. W wywiadzie motywującym ważny jest klimat rozmowy, który obejmuje empatyczną, pełną zrozumienia i szacunku postawę terapeuty dla decyzji klienta. Interesujące jest, że cel wywiadu motywującego może być osiągnięty w przypadku większości klientów w ciągu 1-2 sesji,

z których każda trwa około 50 minut. Na przestrzeni niemal 30 lat wywiad motywujący stanowił inspirację dla rozwoju kilku metod, które znalazły trwałe miejsce w terapii osób uzależnionych od substancji psychoak-

tywnych lub borykających się z innymi problemami.

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

filozofii komunikowania się z klientem” (Rollnick, Miller, 1995).

Filozofia wywiadu motywującego

Wywiad motywujący wyrósł na bazie doświadczeń klinicznych W. Millera z osobami nadużywającymi alkoholu. Nie wywodzi się zatem z żadnej koncepcji teoretycznej. Jak podkreśla autor, w swojej pracy opierał się przede wszystkim na psychologicznej intuicji. W. Miller i S. Rollnick twierdzą, że jego istota wyraża się w określonym podejściu do klienta. Ostrzegali, że terapeuci nadmiernie koncentrujący się na technikach wywiadu motywującego, tracą z pola

widzenia „ducha” tej metody i w istocie nie są wierni jej założeniom. Filozofia wywiadu motywującego wyraża się w co najmniej kilku założeniach (Miller, Rollnick, 2009):

Motywacja do zmiany zachowania nie jest narzucona czy „zainstalowana” przez kogokolwiek, lecz jest „wydobyta” z klienta.

Takie założenie stało w sprzeczności z dominującymi w latach 80. XX wieku, a także często wyrażanymi współcześnie, poglądami, że klienta można zmotywować do zmiany zachowania poprzez konfrontowanie go z negatywnymi skutkami czy stratami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych. Zgodnie z założeniami wywiadu motywującego bezpośrednie przekonywanie klienta do zmiany zachowania czy przyjęcie konfrontacyjnego stylu komunikowania się częściej wzmaga jego opór przed zmianą, niż motywuje do podjęcia decyzji o zmianie. Inne ryzyko związane ze zbyt bezpośrednim przekonywaniem klienta do zmiany może wiązać się z przedwczesnym podjęciem takiej decyzji przez klienta, choć nie jest on jeszcze w pełni do niej przygotowany. Rozpatrując proces zmiany zachowania, Miller i Rollnick bezpośrednio nawiązują do koncepcji Wielowymiarowego Modelu Etapów Zmiany według Prochaski i DiClemente (1982). Zarówno w jednym, jak i drugim podejściu motywacja do zmiany zachowania spostrzegana jest jako dynamiczny proces, na którego przebieg wpływ ma wiele czynników, w tym interakcja pomiędzy klientem a terapeutą. W wywiadzie motywującym styl pracy terapeuty polega przede wszystkim na aktywnym słuchaniu klienta, odwoływaniu się do jego ważnych celów i wartości oraz identyfikowaniu i mobilizowaniu jego wewnętrznych zasobów. Zadaniem klienta a nie terapeuty jest wyartykułowanie argumentów za zmianą zachowania.

Terapeuta aktywnie wspiera klienta i ułatwia mu przeanalizowanie ambiwalentnego stosunku do zmiany.

Osoby problemowo używające substancji psychoaktywnych prezentują ambiwalentny stosunek do zmiany zachowania. Ambiwalecja wobec zmiany wyraża

się w dwóch przeciwstawnych dążeniach klienta. Z jednej strony chce on zrezygnować np. z używania substancji psychoaktywnych, ponieważ doświadcza z tego powodu wielu problemów, ale z drugiej strony pragnie utrzymać dotychczasowy sposób ich używania, ponieważ ocenia, że poprzez takie zachowania jest np. bardziej atrakcyjny towarzyszko czy zawodowo. Rola terapeuty polega na ułatwieniu klientowi wyrażenia przeciwstawnych argumentów za zmianą i przeciw zmianie oraz ułatwienie mu znalezienia akceptowanego rozwiązania ambiwalencji.

Stosunek do ambiwalencji wyraźnie różni wywiad motywujący od innych podejść, w których to ambiwalencja wobec zmiany jest postrzegana jako przejaw oporu klienta przed zmianą lub braku motywacji do zmiany. W wywiadzie motywującym ambiwalencję uważa się za naturalne ludzkie doświadczenie. Zachowania klienta interpretowane w innych podejściach jako „oporujące”, rozpatrywane są w kategorii sygnału, że terapeuta stosuje niewłaściwe i nieadekwatne do etapu gotowości klienta do zmiany sposoby komunikowania się z nim. W takiej sytuacji terapeuta powinien zmodyfikować strategię rozmowy z klientem. Podsumowując, w wywiadzie motywującym „opór” nie jest problemem klienta, lecz terapeuty.

Relacja pomiędzy klientem a terapeutą jest bliższa relacji partnerskiej niż relacji ekspert – klient.

W kontakcie z klientem terapeuta nie występuje w roli „eksperta”, który zna rozwiązanie najlepsze dla klienta. W koncepcji wywiadu motywującego uważa się, że to klient jest ekspertem, a rolą terapeuty jest ułatwienie mu znalezienia najlepszego rozwiązania. Terapeuta szanuje prawo klienta do podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie dalszych zachowań w kontekście używania substancji psychoaktywnych, także wówczas, jeśli decyzje te są niezgodne z oczekiwaniami czy celami terapeuty. Terapeuta powinien wówczas przede wszystkim zadbać o to, aby zostawić „otwarte drzwi” dla ewentualnych dalszych spotkań z klientem. Autorzy zwracają uwagę na błędne przekonanie, które formułuje wielu terapeutów uzależnień, wyrażające się w stwierdzeniu, że skoro klient nie podjął decyzji o zmianie zachowania, to oznacza, że

interwencja się nie powiodła. W istocie każda rozmowa z terapeutą może stanowić kolejny, niezbędny krok w procesie budowania motywacji do zmiany.

Główne zasady wywiadu motywującego

Wyrażanie empatii/refleksyjne słuchanie/odzwierciedlanie

Terapeuta stosujący wywiad motywujący posiada umiejętność wyrażania empatii w kontakcie z klientem. Empatia rozumiana jest jako zdolność odczuwania tego, co czuje i rozumie klient. Terapeuta powinien być przyjazny, wspierający i troskliwy wobec klienta. Empatyczny terapeuta posiada także umiejętność komunikowania klientowi poprzez swoje zachowanie, że współodczuwa i rozumie przekaz klienta. Wyrażanie akceptacji i szacunku dla klienta to kolejne cechy terapeuty stosującego wywiad motywujący. Nie powinien on oceniać i interpretować zachowania czy wypowiedzi klienta, ale dążyć do zrozumienia jego uczuć, myśli i wypowiedzi w takiej formie, w jakiej istnieją one dla klienta, bez tendencji do diagnozy, klasyfikowania czy wywierania presji. W wywiadzie motywującym szczególną umiejętnością terapeuty, bezpośrednio związaną z empatią, jest refleksyjne słuchanie i odzwierciedlanie. Polega to na formułowaniu własnymi słowami tego, co wyraził klient.

Znaczenie, jakie przypisuje się w wywiadzie motywującym empatii i akceptującej postawie terapeuty przypomina założenia psychoterapii C. Rogersa. Autorzy wywiadu motywującego potwierdzają, że koncepcja Rogersa stanowiła fundament, na którym rozwinęli oni swoją koncepcję. Zwracają także uwagę na subtelne, ale istotne różnice w obydwu podejściach. Podobnie jak w koncepcji Rogersa wywiad motywujący jest podejściem skoncentrowanym na kliencie. Jednak wywiad motywujący ma charakter dyrektywny i jest ukierunkowany na cel, którym jest świadome kierowanie klienta w kierunku zmiany zachowania. Terapeuta pełni ważną rolę w osiągnięciu tego celu poprzez uważne słuchanie tego, co mówi klient, selektywne reagowanie na wypowiedzi klienta, wzmacnianie argumenty za zmianą i osłabiając argumenty sprzyjające utrzymaniu przez klienta *status quo*.

Rozwijanie rozbieżności

Rozwijanie rozbieżności pomiędzy sytuacją (stanem), w której klient obecnie się znajduje, a sytuacją (stanem), w której chciałby się znaleźć, stanowi jedną z głównych zasad wywiadu motywującego. Rozwijanie rozbieżności polega na analizowaniu zarówno argumentów za zmianą, przeciw zmianie, jak i argumentów za utrzymaniem *status quo* i przeciw temu stanowi. Terapeuta wywiadu motywującego powinien posiadać umiejętności zarówno refleksyjnego słuchania, jak i właściwego reagowania na argumenty za zmianą i przeciw zmianie wyrażane przez klienta. Terapeuta wzmacnia siłę wyrażanej przez klienta motywacji do zmiany poprzez to, że wie, jakie wypowiedzi wzmacniać, które pomijać, które z wypowiedzi odzwierciedlać, w jaki sposób pytać o więcej informacji oraz które z nich zawierać w podsumowaniu. Stosując świadomie powyższe umiejętności, terapeuta może pomóc klientowi wyjść ze stanu *status quo* i wzmocnić jego osobistą motywację do zmiany, ponieważ rozwija się ona wówczas, kiedy ludzie uświadamiają sobie rozbieżność pomiędzy sytuacją, w której się znajdują, a sytuacją, w której chcieliby być. Terapeuta, pomagając klientowi rozwinąć powyższą rozbieżność, może komunikować się w przykładowy sposób:

- *Chciałbyś znaleźć wreszcie pracę jako kierowca, ale równocześnie boisz się, że nie przejdiesz pozytywnie testu na obecność narkotyków.*
- *Z jednej strony nie chcesz zrezygnować z przyjemności, którą daje ci branie i „paczka kolegów”, a z drugiej chciałbyś, aby rodzice przestali truć?*
- *Oczekujesz od życia zmiany na lepsze. Myślisz sobie, że jeśli rzucisz „branie”, twoje życie się poprawi. Czy o to chodzi?*

Unikanie udowadniania i podążanie za oporem

Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych demonstrować zachowania, które przez wielu terapeutów interpretowane są jako mechanizmy obronne, takie jak: zaprzeczenie, minimalizacja, racjonalizacja. Rozbicie powyższych mechanizmów stanowi jeden z istotnych

celów terapii w wielu modelach leczenia uzależnień. Terapeuta wykorzystujący wywiad motywujący, stosuje zgoła inne podejście, wynikające z odmiennej interpretacji zachowań klienta. Uważa się, że powyższe reakcje świadczą o ambiwalencji klienta wobec zmiany, która jest stanem naturalnym. Zadaniem terapeuty nie powinno być wymyślanie kolejnych „inteligentnych” kontrargumentów przemawiających za zmianą zachowania, ale rozwijanie rozbieżności. Unika się także jakiegokolwiek etykietowania klienta. Nie oczekuje się od niego, że zidentyfikuje się z osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych i przyjmie tożsamość alkoholika czy narkomana. W wywiadzie motywującym uważa się, że tego typu podejście nie sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej opartej na szacunku i autonomii, a świadczy o autorytarnym stosunku terapeuty wobec klienta. Terapeuta w sytuacji tzw. oporu może komunikować się z klientem w przykładowy sposób:

Pacjent: *Jestem tu ze względu na wyrok sądowy. Moim zdaniem zapalenie kilku jointów to jeszcze żaden problem. To sąd ma problem, nie ja.*

Terapeuta: *Twoją obecność tutaj wymusił sąd. Nie chcesz, aby ktokolwiek mówił ci, jaki jest twój problem. Czasami dzięki uczestnictwu w tym programie można dowiedzieć się więcej, by móc zdecydować, czy palenie trawki stanowi problem.*

Wzmacnianie poczucia skuteczności własnych działań

Ważnym aspektem komunikowania się z klientem jest wzmacnianie poczucia skuteczności własnych działań. Rolą terapeuty jest wzbudzanie nadziei, że zmiana jest możliwa do osiągnięcia. Budując poczucie własnej skuteczności i pobudzając nadzieje klienta, terapeuta powinien odwoływać się do jego zasobów, analizować wspólnie z klientem jego wcześniejsze sukcesy, zwracać uwagę na te okoliczności i te mocne strony, które były pomocne w osiągnięciu pozytywnych rezultatów działania przez klienta w przeszłości. Warto zwrócić uwagę, że w wywiadzie motywującym nie przewiduje się uczenia klienta nowych umiejętności przydatnych w rozwiązywaniu problemów, np. uczenia się odmawiania używania substancji psychoaktywnych czy podejmowania decyzji, co stanowi zasadniczy element podejścia behawioralno-poznawczego, w znacznym stopniu nawiązującego do psychologii

uczenia się (Bandura). Zgodnie z filozofią wywiadu motywującego celem jest „wydobycie” i uświadomienie klientowi jego zasobów, nie zaś wyposażanie go w nowe umiejętności. Terapeuta, stosujący się do założeń wywiadu motywującego, wzmacniając poczucie skuteczności klienta, może komunikować się z klientem w następujący sposób:

– *Zatem udało ci się ograniczyć ilość wypijanego alkoholu i przypadki upicia. Świetnie. Skoro potrafisz to osiągnąć, może równie skutecznie poradzisz sobie z „ziołem”.*

– *Skoro już raz rzuciłeś kokainę, to może i teraz się to udać. Zastanówmy się, co wtedy było pomocne w rzuceniu i utrzymaniu abstynencji?*

Modyfikacje wywiadu motywującego

Wywiad motywujący zainspirował rozwój kilku innych metod pracy z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych lub pragnących zmienić swój styl życia. Jedną z nich jest metoda oceny picia (*Drinker's check up*), która polega na dokonaniu wszechstronnej oceny sposobu picia i zachowań związanych z piciem alkoholu przez klienta i porównaniu wyniku do pewnego normatywnego wzorca. Filozofia wywiadu motywującego stanowi kontekst, w którym powyższa ocena jest dokonywana i przedstawiana klientowi. Jednak, jak zauważa Miller i Rollnick, skuteczny wywiad motywujący można przeprowadzić bez oceny sposobu picia przez klienta, nie jest to bowiem element konieczny dla wywiadu motywującego. Kolejna znana modyfikacja to koncepcja „wzmacniania motywacji do zmiany” (*motivational enhancement therapy* – MET), która została rozwinięta przez Millera (1993) na potrzeby projektu MATCH (dobór), a potem znalazła trwałe miejsce w ofercie dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona 4 sesje interwencji (a nie jak wywiad motywujący 1 do 2 sesji). Sesje prowadzone w 6. i 12. tygodniu terapii mają na celu pogłębienie, zintensyfikowanie i utrwalenie zmiany zachowań. Całość interwencji prowadzona jest zgodnie z filozofią i podstawowymi zasadami wywiadu motywującego.

Inną techniką wywodzącą się z wywiadu motywującego, i często z nią myloną, jest krótka interwencja. Jest ona adresowana do osób nadużywających substancji psychoaktywnych, które zgłaszają się do placówek

służby zdrowia z innych powodów niż szukanie pomocy w związku z używaniem substancji psychoaktywnych (np. z powodu złamań, wypadków, które często mają związek z piciem w sposób szkodliwy) lub do osób zgłaszających się do specjalistów z powodu problemowego wzoru używania substancji. Krótka interwencja prowadzona jest w zgodzie z następującymi podstawowymi zasadami: udzielenie informacji zwrotnych (*Feedback*), odpowiedzialność za zmianę leży po stronie klienta (*Responsibility*), dawanie rad poprzez prezentowanie wachlarza opcji do wyboru przez klienta (*Advice*), strategię (*Menu of strategies*), empatyczny styl doradztwa (*Empathy*), wzmacnianie poczucia własnej skuteczności (*Self-efficacy*). Powyższe zasady często określa się w skrócie jako FRAMES. Krótka interwencja nawiązuje do pewnych zasad wywiadu motywującego, ale w innych aspektach zaznaczają się zasadnicze różnice. Obejmują one dawanie informacji zwrotnej odnośnie sposobu używania substancji przez klienta oraz dawanie rad klientowi co do możliwego spektrum rozwiązań (Rollnick, Miller, 1995).

Opisane różnice pomiędzy wywiadem motywującym a modyfikacjami, które powstały na przestrzeni niemal 30 lat, mogą się niektórym wydawać mało istotne. Jednak autorzy koncepcji, dbając o właściwe zrozumienie swojego podejścia, poświęcili mu co najmniej kilka publikacji, uczulając terapeutów, czym w istocie jest wywiad motywujący. Zachęcali terapeutów uzależnień, aby wprowadzając modyfikacje wywiadu motywującego, czynili to w sposób świadomy.

Zastosowanie wywiadu motywującego

Wywiad motywujący został opracowany z myślą o osobach pijących problemowo alkohol w fazie prekontemplacji, która charakteryzuje się tym, że klient nie dostrzega i nie uświadamia sobie potrzeby zmiany wzoru używania, oraz kontemplacji, w której pojawia się ambiwalentny stosunek wobec dotychczasowego sposobu używania substancji psychoaktywnych i klient zaczyna rozważać zmianę. Umiejętnie zastosowany wywiad motywujący wspomaga klienta w przejściu z etapu prekontemplacji do fazy kontemplacji oraz z etapu kontemplacji do etapu przygotowania do zmiany. Autorami wielowymiarowego modelu etapów zmiany są Prochaska i DiClemente. Model ten opisuje

dynamikę budowania motywacji i wprowadzania zmiany w sposób zgodny z tym, jak spostrzegał go Miller i Rollnick.

Skuteczność wywiadu motywującego została potwierdzona w licznych badaniach naukowych w odniesieniu nie tylko do osób problemowo używających alkoholu, ale także innych substancji psychoaktywnych, czy też pragnących zmienić swoje zachowania na bardziej sprzyjające zdrowemu stylowi życia (np. zmiana nawyków żywieniowych z powodu cukrzycy). Widocznym efektem stosowania wywiadu motywującego może być nie tylko podjęcie decyzji o zmianie zachowania, ale także poprawa wskaźników retencji w pierwszym okresie terapii (Carroll, 2006). Naukowej weryfikacji poddano także niektóre z modyfikacji wywiadu motywującego, w szczególności podejście „wzmacniania motywacji do zmiany”, które porównywano z modelem uczenia nowych umiejętności oraz modelem opartym na 12 Krokach AA. Wyniki projektu MATCH potwierdziły skuteczność wszystkich powyższych podejść, nie uprzywilejowując żadnego z nich (Miller, 1995). Wywiad motywujący, choć wniósł nowe spojrzenie na kwestię motywowania klienta do zmiany zachowania, nie stanowi jednak panaceum na wszelkie problemy pojawiające się w terapii osób uzależnionych (Miller i Rollnick, 1995). Co więcej, wywiad motywujący nie aspiruje do wszechstronnej metody leczenia obejmującej różne etapy terapii. Jest skoncentrowany wyłącznie na budowaniu wewnętrznej motywacji klienta. Może on stanowić samodzielny element oddziaływań, jak i dobry wstęp do uczestnictwa klienta w innych, dłuższych oddziaływaniach terapeutycznych wykorzystujących dostępne modele leczenia.

Bibliografia

- Carroll K.M., Ball S.A., Nich C., Martino S., Frankforter T.L., Farentinos C., Kunkel L.E., Mikulich-Gilbertson S.K., Morgenstern J., Obert J.L., Polcin D., Snead N., Woody G.E., „Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study”, *Drug and Alcohol Dependence* 81, 2006.
- Miller W.R., Zweben A., DiClemente C., Rychtarik R., „Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień”, cz. II, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995.
- Miller W.R., „Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji”, PARPAMedia, Warszawa 2009.
- Miller W., Rollnick S., „Ten things that motivational interviewing is not”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37, 2009.
- Rollnick S., Miller W., „What is MI?”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 1995.

Celem leczenia substytucyjnego jest przede wszystkim poprawa stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegracja społeczna osób uzależnionych. Ważną kwestią jest również ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBS oraz gruźlicy. Regulacje prawne dotyczące tego rodzaju leczenia zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne.

PRAWNE ASPEKTY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Katarzyna Syroka
prawnik

Leczeniem substytucyjnym jest – zgodnie z definicją ustawową – stosowanie w ramach programu leczenia uzależnienia produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy¹. Szczegółowe regulacje prawne dotyczące tego rodzaju leczenia zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne² (dalej: rozporządzenie). Warto w tym kontekście zauważyć, iż zgodnie z art. 92 Konstytucji RP, rozporządzenia są wydawane na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia, zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu. Konstytucja opowiada się zatem za ścisłym, merytorycznym i formalnym związkiem ustawy i rozporządzenia. Rozwinięcie materii ustawowej w akcie wykonawczym nie może być dowolne, ale musi być zgodne z zakresem upoważnienia zawartego w ustawie. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie zwracał na to uwagę, twierdząc, że „rozporządzenia wykonawcze nie są aktami normatywnymi samoistnymi. Wydawane mogą być tylko na podstawie ściśle określonego upoważnienia zawartego w ustawie. Upoważnienie to nie może ulegać dowolnej modyfikacji, ani uzupełnieniu w trakcie jego wykonywania. Odstępstwa od treści upoważnienia ustawowego nie mogą być usprawiedliwione względami praktycznymi (np. społecznymi lub ekonomicznymi), ani potrzebami

związanymi z rozstrzyganiem konkretnych problemów prawnych (...)”³.

Początki substytucji

Geneza leczenia substytucyjnego wywodzi się z tzw. systemu brytyjskiego i sięga roku 1926, kiedy to przyjęto, że uzależnienie od opiatów stanowi specyficzną jednostkę chorobową, wymagającą roztoczenia nad osobą uzależnioną stosownej opieki medycznej⁴.

Zdaniem Piotra Jabłońskiego „leczenie i rehabilitacja uzależnień to specyficzne, ale i bardzo szerokie, interdyscyplinarne spektrum zagadnień. Terapia narkomanii lokuje się gdzieś pomiędzy paradygmatem zdrowia publicznego, dla którego celem podstawowym jest osiągnięcie poprawy stanu zdrowia zbiorowości (przy minimalizowaniu nakładów i przy akceptowalnym poziomie jakości oferowanych usług), a paradygmatem zdrowia jednostki, dla którego podstawową wartością jest dostarczenie jak najskuteczniejszych form leczenia. Programy redukcji szkód i leczenia substytucyjnego są przykładem działań w pełni odzwierciedlających powyższą specyfikę – stały się dziś ważnym elementem naszej odpowiedzi na problem narkotyków i narkomanii przede wszystkim dlatego, że oferują pomoc osobom uzależnionym, dostosowaną do różnych etapów ich choroby i zdrowienia i pozwalają na towarzyszenie zarówno osobom, które posiadają w sobie potencjał zmiany, jak i tym, dla których podstawową ofertą jest przedłużenie szans na przeżycie”⁵.

Pierwsza terapia substytucyjna w Polsce została uruchomiona w 1992 roku w Instytucie Psychiatrii

i Neurologii w Warszawie. W roku 1993, także w Warszawie, w szpitalu przy ulicy Nowowiejskiej, powstał program dla osób uzależnionych od opiatów zakaźnych wirusem HIV, w którym nie było ograniczeń czasowych przyjmowania metadonu⁶. Bez wątpienia powstające programy miały charakter badawczy i dopiero ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku⁷ (dalej: ustawa opn) stworzyła jednoznaczne podstawy prawne pewnych form strategii redukcji szkód, przede wszystkim zaś substytucji lekowej za pomocą metadonu⁸.

Prawne uregulowania

Art. 15 ust. 1 ustawy z 1997 roku stwierdzał w sposób wyraźny, że osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego⁹. Konsekwencją tego przepisu stało się to, że podawanie metadonu osobom uzależnionym w ramach działającego w oparciu o przepisy ustawy programu metadonowego, nie stanowi czynu realizującego znamiona przestępstwa polegającego na dostarczaniu innej osobie środka odurzającego wbrew przepisom prawa¹⁰. Zgodnie z postanowieniami ustawy opn leczenie substytucyjne mógł prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki zdrowotnej, po uzyskaniu zezwolenia wojewody działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Obecnie, zgodnie z art. 28 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku (dalej: ustawa), leczenie to może prowadzić każdy zakład opieki zdrowotnej, nie tylko publiczny, każdy, który otrzyma zezwolenie wojewody, wydane po uzyskaniu pozytywnej opinii dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie spełnienia wymagań określonych w przepisach¹¹. Zezwolenie na leczenie substytucyjne w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności wydaje dyrektor generalny Służby Więziennej, po zasięgnięciu opinii dyrektora Krajowego Biura. Zezwolenie na leczenie substytucyjne może otrzymać zakład opieki zdrowotnej, który spełnia odpowiednie warunki przewidziane prawem, tzn. posiada aptekę szpitalną lub zawarł umowę z apteką w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny, posiada pomieszczenia przystosowane do: wydawania środka substytucyjnego, prowadzenia terapii grupowej,

pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego, pobierania próbek do analizy, przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych oraz czyni zadość wymogom kadrowym, które zapewniają realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego dotyczące w szczególności kierownika programu oraz przeszkolonych w zakresie realizowanego programu pielęgniarek i pracowników pomocniczych.

Celem leczenia substytucyjnego jest przede wszystkim poprawa stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegracja społeczna osób uzależnionych, jak również ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBS oraz gruźlicy.

Rozporządzenie wyraźnie określa wymogi, jakie stawiane są uczestnikom programu terapii substytucyjnej. Zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia kierownik programu kwalifikuje pacjenta do leczenia, jeżeli spełnia on łącznie następujące warunki:

- jest uzależniony od opioidów co najmniej od 3 lat;
- ukończył 18 lat;
- próby leczenia konwencjonalnymi metodami okazały się nieskuteczne;
- zobowiąże się do zachowania abstynencji od środków odurzających i substancji psychotropowych;
- wyrazi pisemną zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu.

W wyjątkowych sytuacjach kierownik programu może wyrazić zgodę na przyjęcie pacjenta niespełniającego wymienionych wymogów, jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne. Pojęcie „ważne względy zdrowotne” nie zostało zdefiniowane ani w ustawie, ani w rozporządzeniu, co w mojej ocenie może prowadzić do nadużyć. Pacjent powinien uzyskać jasną informację na temat warunków dostępności terapii substytucyjnej.

Warto w tym kontekście zauważyć, że kierownikiem programu może zostać lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, który posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zakładach prowadzących leczenie osób uzależnionych. W przypadku braku możliwości zatrudnienia lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, programem kierować może lekarz innej specjalności, jeżeli posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zakładach prowadzących leczenie osób uzależnionych.

Kto może korzystać z substytucji?

Kryteria dostępności leczenia substytucyjnego były wielokrotnie przedmiotem krytyki, zwłaszcza wymagany okres uzależnienia od opioidów. Ponadto kontrowersje budzi zapis o nieskuteczności leczenia konwencjonalnymi metodami. Długi okres oczekiwania na możliwość podjęcia terapii substytucyjnej może doprowadzić osobę uzależnioną do znacznego pogorszenia jej stanu zdrowia, a przecież leczenie substytucyjne ukierunkowane jest na poprawę stanu zdrowia psychicznego i somatycznego pacjenta, daje również szansę powrotu do normalnego funkcjonowania społecznego¹². Według mnie konieczne jest precyzyjne i zrozumiałe sformułowanie wymogów stawianych osobom, które są zainteresowane udziałem w programie leczenia substytucyjnego, aby obowiązujące przepisy nie miały charakteru iluzorycznego.

18 czerwca 2003 roku Rada UE wydała rekomendacje dotyczące profilaktyki i redukcji szkód zdrowotnych wynikających z uzależnienia od narkotyków¹³. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w rekomendacji poszczególne kraje członkowskie powinny m.in. zapewnić dostęp zarówno do leczenia typu *drug-free* (abstynencyjnego), jak i leczenia substytucyjnego, wspartego odpowiednimi działaniami z zakresu opieki psychospołecznej i rehabilitacji, mając na uwadze fakt, iż szeroki wachlarz metod leczniczych powinien być dostępny dla osób nadużywających narkotyków, zaś przy wyborze metody leczenia należy w znacznej mierze kierować się opinią samego pacjenta.

Mając powyższe na uwadze rozpoczęto w Polsce prace nad zmianą rozporządzenia¹⁴. Zgodnie z treścią projektu zrezygnowano z wymogu pozostawiania przez kandydata do programu w stanie uzależnienia od opioidów przez okres co najmniej 3 lat, jak również z wykazania, iż podejmowane dotychczas próby leczenia metodami konwencjonalnymi okazały się nieskuteczne. Na obecnym etapie trudno przewidzieć ostateczny efekt prowadzonych prac, niemniej jednak obrany kierunek wskazuje, że wpłyną one pozytywnie na dostępność leczenia substytucyjnego.

Obecnie rozporządzenie zawiera wiele obostrzeń, które mają służyć m.in. zdyscyplinowaniu osób

biorących udział w programie oraz bezpieczeństwu całego procesu leczenia.

Osobą sprawującą bezpośrednią kontrolę nad leczeniem substytucyjnym jest kierownik programu. Powiadamia on Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii o zakwalifikowaniu, wyłączeniu lub zakończeniu udziału pacjenta w programie. Ponadto w celu wykluczenia udziału pacjenta w więcej niż jednym programie Krajowe Biuro prowadzi centralny wykaz osób objętych programem. Osoba uzależniona, która bierze udział w leczeniu, otrzymuje kartę identyfikacyjną, uaktualnianą przez zakład co najmniej raz na trzy miesiące, która zawiera imię, nazwisko, adres pacjenta, nazwę, adres, numer telefonu zakładu, informację o udziale w programie, wraz z nazwą zastosowanego wobec pacjenta środka substytucyjnego i jego dawkę dobową. W przypadku wyłączenia z programu lub jego zakończenia karta podlega zwrotowi.

Udział w programie leczenia substytucyjnego wymaga od pacjentów przestrzegania wielu zasad. W przeciwnym razie kierownik programu może wyłączyć pacjenta z udziału w leczeniu, w szczególności gdy:

- trzykrotne kolejne lub pięciokrotne wykonane w ciągu 6 miesięcy badanie moczu potwierdza przyjmowanie innych niż stosowane w leczeniu środków odurzających lub substancji psychotropowych;
- pacjent odmawia poddania się badaniu na występowanie w moczu innych środków odurzających i substancji psychotropowych niż stosowane w ramach programu, które jest przeprowadzane przynajmniej raz w miesiącu;
- pacjent stosuje przemoc psychiczną lub fizyczną wobec personelu lub innych pacjentów;
- pacjent odstępuje środek substytucyjny innym osobom;
- pacjent nie przestrzega innych ważnych wymogów określonych programem i regulaminem zakładu opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie nie zawiera zamkniętego katalogu uchybień mogących skutkować wyeliminowaniem z programu leczenia, gdyż wyliczenie typów zachowań ma charakter jedynie przykładowy, na co wskazuje użycie sformułowania „w szczególności”.

Wydawanie środka substytucyjnego

Podstawowym środkiem substytucyjnym stosowanym obecnie w Polsce jest metadon. Do głównych efektów jego działania należy łagodzenie psychicznego głodu narkotykowego oraz tłumienie objawów zespołu abstynencyjnego¹⁵. Metadon jest bardzo silnym syntetycznym lekiem nasennym, który po raz pierwszy pojawił się na rynku pod koniec drugiej wojny światowej¹⁶.

Zasadą jest, że środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza albo pielęgniarkę w jednorazowych dawkach dziennych w ich obecności. Istnieje możliwość przyjmowania przez pacjenta środka substytucyjnego w miejscu jego zamieszkania bez obecności personelu medycznego w przypadku wystąpienia nieprzemijającej przeszkody, która uniemożliwia mu przybycie do zakładu prowadzącego program. Zdaniem ustawodawcy do takich sytuacji zalicza się w szczególności konieczność pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania ze względu na wskazania zdrowotne. Wówczas środek substytucyjny może być wydany w dawkach zapewniających leczenie przez okres nie dłuższy niż 4 dni. Ponadto w przypadku zdarzenia losowego lub innego zdarzenia uniemożliwiającego zgłoszenie się pacjenta w celu przyjęcia środka substytucyjnego istnieje możliwość wydania go w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 2 dni. Kolejne odstępstwo od zasady bezpośredniego udziału lekarza lub pielęgniarki w podawaniu środka substytucyjnego dotyczy pacjentów, którzy uczestniczą w programie co najmniej 6 miesięcy, zachowują całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych oraz regularnie uczestniczą w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych. W przypadku spełnienia przesłanek, o których mowa powyżej, pacjent może uzyskać środek substytucyjny w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 4 dni. Warto pamiętać, że osoby biorące udział w terapii substytucyjnej uczestniczą w psychoterapii i rehabilitacji w wymiarze co najmniej dwóch godzin tygodniowo, a zakład stwarza warunki do współpracy z ich rodzinami. Cały proces ma na celu przywrócenie ich społeczeństwu w jak najszerszym wymiarze. Wśród propozycji zmian pojawił się zapis pozwalający na zastosowanie terapii i rehabilitacji zgodnie z indywidualną potrzebą pacjenta oraz jego aktualnym stanem psychicznym i somatycznym, tj. wobec pacjentów uczestniczących w programie od

co najmniej 2 lat można określić liczbę godzin terapii i rehabilitacji w wymiarze mniejszym niż w odniesieniu do pozostałych pacjentów lub odstąpić od prowadzenia terapii, o ile jest to uzasadnione aktualnym stanem psychofizycznym.

W mojej ocenie warto rozważyć kwestie związane z koniecznością bezpośredniego i codziennego kontaktu pacjentów z lekarzami lub pielęgniarkami, ponieważ w sytuacji podjęcia pracy przez uczestników programu jest to dla nich niezwykle uciążliwe. Obowiązujące regulacje prawne pozwalają na otrzymanie środka substytucyjnego maksymalnie na okres nieprzekraczający łącznie 14 dni. Dotyczy to jedynie wyjątkowych sytuacji, a przecież nie trudno sobie wyobrazić przypadki, w których pacjent nie jest w stanie zgłosić się po środek substytucyjny przez okres dłuższy niż 2 tygodnie. Oczywiście decyzje związane z przydzielaniem środków substytucyjnych powinny być podejmowane z dużą dozą ostrożności, niemniej jednak należy mieć na uwadze także dobro samych pacjentów i ich normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Decyzję o wydaniu pacjentowi środka substytucyjnego do jego osobistego użytku podejmuje kierownik programu, który bez wątpienia odgrywa kluczową rolę w całym procesie leczenia. W odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych, leczenie substytucyjne odbywa się na podstawie porozumienia zawartego przez kierownika programu z zakładem opieki zdrowotnej, w którym pacjent aktualnie przebywa.

W projekcie rozporządzenia zmieniającego obowiązujące przepisy pojawiły się propozycje poszerzenia grupy osób podających środek substytucyjny o farmaceutę. Zapis ten dotyczyłby głównie tych programów, które zatrudniają farmaceutę, upoważnionego do przygotowania leku w odpowiedniej formie. W mojej ocenie takie rozwiązanie zasługuje na aprobatę. Skuteczność terapii zależy przecież w dużej mierze od zachowania ciągłości, a farmaceuta jako osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje mogłaby pozytywnie wpłynąć na jej zachowanie.

Wśród proponowanych zmian znajduje się także postulat umożliwiający przechowywanie środka substytucyjnego w aptece, z którą zakład podpisał stosowną umowę lub hurtowni farmaceutycznej, gdyż nie wszystkie zakłady posiadają aptekę. Obecnie istnieje możliwość przechowywania środka substytucyjnego jedynie w aptece zakładu.

Apteka wydaje środek substytucyjny zgodnie z receptą albo z zapotrzebowaniem, podpisanym przez kierownika programu, w indywidualnych dawkach dziennych umieszczonych w opakowaniach zaopatrzonych w etykiety apteczne. Jest on wydawany osobie upoważnionej przez kierownika programu. Wydanie i odbiór środka substytucyjnego powinno być potwierdzone przez wydającego i odbierającego na egzemplarzu zapotrzebowania albo recepty pozostających w aptece. Ilość środka substytucyjnego przechowywanego w zakładzie nie może przekraczać ilości niezbędnej na trzydniowe leczenie pacjentów objętych programem w tym zakładzie. Zgodnie z treścią proponowanych zmian ilość środka substytucyjnego nie powinna przekraczać dawki niezbędnej do czternastodniowego leczenia osób uzależnionych.

Warto w tym kontekście zauważyć, że zakład prowadzi dzienną ewidencję rozchodu środka substytucyjnego. Każde jego wydanie jest na bieżąco zapisywane w ewidencji. Ponadto raz na kwartał przeprowadzana jest kontrola w zakresie prawidłowości prowadzenia ewidencji środka substytucyjnego oraz stanu zapasów.

Leczenie substytucyjne polega na udostępnieniu osobom uzależnionym, pod ścisłą kontrolą medyczną, substancji działających agonistycznie w stosunku do receptorów opioidowych¹⁷. Według mnie zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego jest niezbędne do efektywnej „walki” z narkomanią w Polsce, ponieważ ma ono na celu redukcję szkód i reintegrację osób uzależnionych. Propozycje zmian w odniesieniu do leczenia substytucyjnego znalazły się także w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010¹⁸. Celem tego programu jest ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych¹⁹. Dostrzegając, że dostępność leczenia, w tym leczenia substytucyjnego i rehabilitacji osób uzależnionych, jest ograniczona, proponuje się tworzenie szerszego dostępu do świadczeń leczniczych m.in. w postaci programów leczenia substytucyjnego²⁰. Podobne postanowienia zawarto w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015²¹. Potwierdza on konieczność zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych, zwłaszcza że Polska pod względem liczby realizowanych programów leczenia substytucyjnego zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie i na świecie²².

Uważam, że należy także zwrócić uwagę na aspekty edukacyjne w odniesieniu do tematyki terapii substytucyjnej. Większa świadomość społeczeństwa umożliwi osobom biorącym udział w terapii szybszy powrót do normalnego życia i przywrócenie ich społeczeństwu. Dla przykładu, w Australii liczba leczonych pacjentów wzrosła z 2 tys. w 1985 roku do 15 tys. w 1995 roku, w znacznie mierze dzięki lekarzom ogólnym i zwiększeniu wiedzy dotyczącej problemów, także zdrowotnych, związanych z uzależnieniami wśród większej liczby lekarzy. A to za sprawą prowadzonych szkoleń i gromadzonych doświadczeń własnych²³.

Bez wątpienia dotychczasowe zmiany w regulacjach prawnych dowodzą, że polski ustawodawca dostrzega problemy i potrzeby związane z terapią substytucyjną. Miejmy nadzieję, że obrany kierunek zmian polepszy sytuację prawną osób biorących udział w programach leczenia substytucyjnego.

Przypisy

- Art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005.179. 1485 z późn. zm.).
- Dz.U.2007.205.1493.
- TK U 4/99.
- S. Łakoma, *Leczenie substytucyjne jako jedna z metod leczenia osób uzależnionych*, Jurysta 10/2008, s. 36.
- Ibidem.
- D. Rogowska-Szadkowska, G. Wodowski, *Krótką historią metadonu* (w:) Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki, Open Society Institute, s. 46 i n.
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U.1997.75.468 z późn. zm.).
- P. Jabłoński, *O rozwoju substytucji w Polsce. Wspomnienia i perspektywy* (w:) Szczypta naszej nadziei, red. J. Chrostek-Maj, G. Wodowski, Kraków 2008, s. 10.
- Ibidem.
- K. Krajewski, *Problemy narkotyków i narkomanii w ustawodawstwie polskim*, UNDP, Warszawa 2004, s. 176.
- J. Sobeyo, *Podstawy prawne leczenia substytucyjnego w Polsce* (w:) Szczypta naszej nadziei, s. 176.
- www.mz.gov.pl.
- Official Journal of the EU – 2003/488/EC.
- www.mz.gov.pl.
- S. Łakoma, op. cit., s. 38.
- Ł. Szczepańska, *Metadon: uzależnienie czy kuracja?* (w:) Szczypta naszej nadziei, s. 135.
- S. Łakoma, op. cit., s. 38.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 27 czerwca 2006 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz. U. 2006.143.1033).
- S. Łakoma, op. cit., s. 38.
- Ibidem.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 roku dostępny na www.mz.gov.pl.
- S. Łakoma, op. cit., s. 38.
- J.O. Merrill, *Policy progress for physician treatment of opiate addiction*, J Gen Intern Med 2002; 17: 361-368.

Badania prowadzone nad używaniem narkotyków koncentrują się głównie na czynnikach związanych z inicjacją, rozpowszechnieniem używania substancji, czynnikami ryzyka rozwoju uzależnienia. Z drugiej strony zainteresowania badawcze często skupiają się także na leczeniu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Znacznie mniej uwagi poświęca się badaniom związanym z zaprzestawianiem używania substancji psychoaktywnych bez pomocy specjalistycznej, choć istnieją dowody wskazujące, że takie zaprzestanie jest możliwe (np. Gladsjo, Tucker, Hawkins i in., 1992; Sobell i in., 2000; Sobell, 2000).

ZAPRZESTAWANIE UŻYWANIA KONOPI BEZ POMOCY SPECJALISTYCZNEJ

Katarzyna Koczeń
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie – czemu konopi?

Najczęściej używaną nielegalną substancją psychoaktywną zarówno na świecie, jak i w Polsce (WHO, 1997; EMCDDA, 2005; Sierosławski, 2007; Public Poll Survey on Drug Policy Attitudes in 6 EU Members Sates, 2009) wśród nastolatków i młodych dorosłych są przetwory konopi indyjskich.

Wyniki badań zagranicznych wskazują, że zaprzestanie używania konopi bez pomocy specjalistycznej jest możliwe (np. Chen, Kandel, 1998; Price, Risk, Spitznagel, 2001; Ellingstad, 2006), a wiele osób „wyrasta” (*grow out of*) z niego po okresie późnej adolescencji, w którym osiąga ono największe rozmiary (Kandel, Logan, 1984; Menard, Huizinga, 1989; Mitchell i in., 1999; von Sydow i in., 2001; Arnett, 2005). Badania pokazują również, że niejednokrotnie osoby, które przestały używać konopi bez leczenia, nie szukały takiej formy pomocy z powodu różnych obaw i lęków związanych z leczeniem, np. obawy przed stygmatyzacją (Sobell i in., 2000). Zdarza się również, że używanie konopi jest bagatelizowane przez te osoby lub przez ich otoczenie (Hathaway, 2004; Ellingstad, 2006), co również nie ułatwia podjęcia decyzji o szukaniu pomocy.

Obecnie używanie przetworów konopi indyjskich wydaje się nie ingerować aż tak bardzo w życie używających je osób jak w latach wcześniejszych, kiedy to branie silniejszych narkotyków prowadziło do bardzo szybkiego uzależnienia. Ponadto w niektórych krajach, takich jak USA, Wielka Brytania, Niemcy, Nowa Zelandia, używanie konopi (przynajmniej w sposób eksperymentalny) jest już uważane za normatywne

zachowanie charakterystyczne dla okresu dorastania lub wczesnej dorosłości (Anthony i in., 1994; Perkonig, 1999; Fergusson, Horwood, 2000; McGee, 2000; Smart, Ogborne, 2000; Sydow, 2001). Prawdopodobnie właśnie z tego powodu używanie przetworów konopi jest często ignorowane lub bagatelizowane przez osoby zajmujące się polityką, pracowników służby zdrowia czy badaczy (Dennis, 2002). Natomiast z danych zebranych w USA w 1998 roku wynika, że 35% osób leczących się z uzależnień miało problemy związane głównie z konopiami. EMCDDA (2005) podaje, że w latach 1996–2003 odsetek pacjentów uzależnionych od przetworów konopi wśród wszystkich pacjentów chcących podjąć leczenie wzrósł z 9,4% do 21,9%. Ponadto konopie stanowią często furtkę do rozpoczęcia używania innych substancji psychoaktywnych (Kandel, 1992). Biorąc pod uwagę fakt, że używanie konopi w wielu środowiskach staje się nieodłącznym elementem kulturowym, pomijanie tej substancji w badaniach wydaje się być ryzykowne.

Zaprzestawianie używania konopi

Badania wskazują, że wiele osób używających konopi „wyrasta” (*grow out of, mature out*) z tego po okresie adolescencji, kiedy używanie osiąga szczytowy poziom (Kandel, Logan, 1984; Menard, Huizinga, 1989; Mitchell i in., 1999). Inne badania pokazują, że proces wyrastania z używania może rozciągnąć się w czasie aż do okresu wczesnej dorosłości (Williams, Parker, 2001), w polskich warunkach kulturowych uznawanej za okres między 25. a 35. rokiem życia, lub do okresu

opisywanego w literaturze jako *emerging adulthood*, przypadającego na wiek 18-25 lat (von Sydow i in., 2001; Arnett, 2005).

W literaturze anglojęzycznej można znaleźć wiele terminów dotyczących zjawiska samowyleczenia. Przykładowe z nich to *auto-remission* (Klingemann, 1991), *maturing out* (Winick, 1962), *natural recovery* (Waldorf, 1983; Tucker), *self-change* (Cunningham i in., 1999), *untreated recovery* (Blomqvist, 1996). Terminy te zamiennie opisują zjawisko zaprzestania nadużywania substancji psychoaktywnych lub wyzwolenia się z zachowań o charakterze kompulsywnym, bez korzystania ze sformalizowanej pomocy lub leczenia specjalistycznego (Walters, 2000; Sobell i in., 2001). W zakresie używania tych terminów nie ma porozumienia wśród badaczy, jednak wiadomo, że dotyczą one tego, iż niepożądany stan, w jakim znajduje się jednostka, przemija bez profesjonalnego leczenia, pomocy czy wzajemnej pomocy (Sobell i in. 2001). Kliniczna definicja samowyleczenia odnosi się do poprawy stanu zdrowia pacjenta bez zastosowania efektywnego leczenia (Klingemann, 2009; za: Roizen i in., 1978). Terminy te stosuje się w badaniach nad używaniem różnych substancji.

W polskiej terminologii medycznej używa się takich terminów, jak: remisja samoistna, remisja naturalna oraz samoistne wyzdrowienie (Klingemann, 2009). Zjawisko to definiowane jest jako „zaprzestanie nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, przezwyciężenie uzależnienia lub innych problemów, bez korzystania z terapii, bez uczestniczenia w grupach wzajemnej pomocy. (...) Z danych epidemiologicznych wynika, że wiele remisji następuje w sposób samoistny” (ŚOZ 1997: 84).

W niniejszym artykule posługuję się terminami *odstawianie* i *zaprzastawanie używania*, gdyż badania własne, które są również opisane w tym tekście, obejmują zarówno osoby nadużywające konopi, jak i używające ich w sposób niestanowiący problemów. Zdecydowałam się na odstępnie od terminologii *remisja* czy *wyzdrowienie*, gdyż przyjmując te określenia, należałoby uznać za „chore” osoby używające konopi okazjonalnie bądź mające pojedyncze doświadczenia z tą substancją.

W literaturze niewiele jest badań na temat odstawiania konopi bez pomocy specjalistycznej. Znaczna część badań prowadzonych nad wychodzeniem z używa-

nia substancji dotyczy osób, które używają kilku substancji psychoaktywnych jednocześnie. Z badań dotyczących specyficznie używania konopi wynika, że zaprzastawanie używania tej substancji bez pomocy specjalistycznej jest możliwe. 25-letnie longitudinalne badania przeprowadzone wśród weteranów wojny w Wietnamie wskazują, że spośród tych, którzy używali konopi – 82,5% przestało to robić bez leczenia specjalistycznego. U osób, które podejmowały samodzielne próby zaprzastawania używania konopi, 88,3% takich prób zostało zakończonych sukcesem (Price, Risk, Spitznagel, 2001).

Wyniki dotyczące oszacowania osób, które przestały używać konopi, są bardzo rozbieżne: od 4% (Hathaway, 2004) do 82,5% (Price, Risk, Spitznagel, 2001). Z badań wynika, że młodzi dorośli najczęściej przestają używać konopi pomiędzy 23. a 30. rokiem życia, zaś największy odsetek osób, które zaprzastawły używać tej substancji jest pomiędzy 28. a 29. rokiem życia (Chen, Kandel, 1998). Z kolei według innych badań to pomiędzy 20. a 28. rokiem życia najczęściej dochodzi do zaprzastawania używania konopi (von Sydow, 2001). Częściej robią to kobiety niż mężczyźni (np. Chen i Kandel, 1998).

Najczęściej wymieniane czynniki sprzyjające zaprzastawaniu używania konopi to: wiek (przed 30. rokiem życia), wzór używania, rozumiany jako częstość używania (im rzadziej tym lepiej), późna inicjacja, używanie z powodów towarzyskich, bycie kobietą, ukończenie szkoły średniej, występowanie silnych objawów depresyjnych (Chen, Kandel, 1998). Ponadto znaczącym czynnikiem sprzyjającym zaprzastaniu używania konopi jest zmiana podejmowanych ról społecznych, pojawienie się nowych obowiązków, takich jak zawarcie związku małżeńskiego, posiadanie dzieci czy pełnoetatowa praca (np. Kandel, Logan, 1984; Chen, Kandel, 1998; Ellingstad i in., 2006; Hathaway, 2004; Schulenberg i in., 2005). Inne czynniki sprzyjające zaprzastawaniu używania to: zmiana postrzegania konopi z pozytywnego na bardziej negatywny (Ellingstad i in., 2006; Kocoń, 2006), występowanie silnych objawów depresyjnych (Chen, Kandel, 1998), wpływ społeczny (np. nieużywający partner) (Chen, Kandel, 1998; Ellingstad i in., 2006; Hathaway, 2004); mniej istotne powody to: problemy zdrowotne, prawne, wysokie koszty, strach przed konsekwencjami (Ellingstad i in., 2006; Kocoń, 2006),

a także mniejszy dostęp do środka (Hathaway, 2004; Kocoń, 2006).

Cel i metoda badań

Celem prezentowanych w niniejszym artykule badań jest analiza czynników sprzyjających odstawianiu konopi bez interwencji specjalistycznej w okresie wczesnej dorosłości.

W badaniach wzięły udział 202 osoby, w tym 59 kobiet. Z analiz wyeliminowano odpowiedzi 29 respondentów. Uwzględnione dane pochodziły od respondentów, którzy byli w wieku od 24 do 36 lat (osoby urodzone w latach 1971–1984). Średnia wieku osób badanych wynosiła nieco ponad 27 lat. Wszystkie osoby badane miały własne doświadczenia z używaniem przetworów konopi w okresie dorastania (definiowanym jako 14–19 lat).

Zastosowano celowy dobór grupy badawczej, który opierał się na nieco zmodyfikowanej metodzie kuli śniegowej (*snowball sampling*). Badania zostały przeprowadzone w Warszawie i trzech innych mniejszych miastach Polski w okresie od sierpnia 2007 roku do kwietnia 2008 roku. Prowadzone były przez trzy specjalnie do tego celu zatrudnione i wyszkolone osoby: psychologa i dwóch pedagogów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Badania były finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Badania miały indywidualny charakter. Spotkanie z każdą osobą składało się z dwóch części: ankiety i swobodnego wywiadu z zastosowaniem projekcyjnej metody zwanej „linią życia”. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o poufności danych zbieranych w toku badań oraz podpisywali formularz zawierający zgodę na wzięcie w nich udziału.

Wykorzystano zarówno ilościowe, jak i jakościowe metody analizy danych. W artykule rozpatruję związki pomiędzy obecnym wzorem używania konopi a wybranymi czynnikami z okresu dorastania (bliskość z rodziną, monitorowanie zachowania przez rodziców, oceny szkolne, wzór używania konopi i innych substancji psychoaktywnych, wiek inicjacji, powody używania konopi, występowanie objawów zaburzeń zdrowia psychicznego, korzystanie z pomocy psychologicznej, występowanie ważnych wydarzeń życiowych) i z wczesnej dorosłości, jak zapotrzebowanie na stymu-

lację, występowanie objawów depresyjnych, realizacja zadań rozwojowych, wzór używania substancji psychoaktywnych.

Kto i kiedy przestaje używać konopi?

Uzyskane wyniki wskazują, że 34% respondentów we wczesnej dorosłości przestało używać konopi bez interwencji specjalistycznej (nie używało w ostatnim roku przed badaniem), co potwierdza wyniki uzyskane przez innych badaczy (np. Chen, Kandel, 1998; Price, Risk, Spitznagel, 2001; Ellingstad, 2006) mówiące o tym, że zaprzestanie używania konopi jest możliwe.

Kobiety w okresie wczesnej dorosłości częściej przestawały używać konopi niż mężczyźni. Najczęściej do zaprzestania używania konopi dochodziło pomiędzy 20. a 23. rokiem życia, czyli w okresie nazywanym *emerging adulthood* (por. Chen, Kandel, 1998; von Sydow i in., 2001). Wśród kobiet było znacznie więcej takich, które ograniczyły lub przestały używać konopi w okresie wczesnej dorosłości (68%), natomiast wśród mężczyzn tych, którzy od okresu dorastania do okresu wczesnej dorosłości nie zmienili wzoru używania lub wręcz zintensyfikowali używanie konopi (63%). W grupie osób używających konopi we wczesnej dorosłości wyróżniono osoby używające okazjonalnie (47%) i problemowo (19%). Wzór używania przetworów konopi w okresie dorastania ma zasadnicze znaczenie dla dalszej historii używania tego narkotyku. Okazjonalne używanie konopi w okresie dorastania wiązało się najczęściej z zaprzestaniem używania konopi we wczesnej dorosłości (41%) lub brakiem zmiany wzoru używania (51%). Problemowe używanie konopi w okresie dorastania wiązało się najczęściej z brakiem zmiany wzoru używania (43%) i ograniczeniem używania we wczesnej dorosłości do okazjonalnego (40%). Zaprzestanie używania konopi wśród osób używających problemowo było możliwe, jednak mało rozpowszechnione (17%).

Zarówno wśród osób używających konopi w okresie dorastania okazjonalnie, jak i problemowo największe odsetki odnotowano wśród tych, którzy nie zmienili wzoru używania przetworów konopi (odpowiednio 51% i 43%). Dość częste wśród osób używających okazjonalnie konopi w okresie dorastania było również zaprzestanie używania konopi (41%), a wśród osób

używających konopi problemowo w okresie dorastania ograniczenie używania do okazjonalnego w okresie wczesnej dorosłości (40%).

Czynniki sprzyjające zaprzestawianiu używania konopi

Analizy pozwoliły na wyróżnienie następujących czynników mających związek z zaprzestawianiem używania konopi:

- w zakresie zmiennych socjodemograficznych:
 - bycie kobietą,
 - posiadanie wyższego wykształcenia,
- w zakresie zmiennych mierzonych retrospektywnie:
 - okazjonalne używanie konopi,
 - późniejszy wiek inicjacji,
 - odczuwana mała bliskość z rodziną,
 - objawy depresji,
 - duża liczba ważnych wydarzeń życiowych mających źródło w osobie, czyli takich jak odkrycie czegoś ważnego w toku działania czy terapii, korektywne doświadczenie emocjonalne, wybuch choroby, ciąża, zakochanie się,
- w zakresie zmiennych dotyczących teraźniejszości:
 - nieużywanie innych narkotyków niż konopie,
 - nieupijanie się,
 - nieużywanie leków w związku z lepszym radzeniem sobie,
 - występowanie objawów depresji,
 - niższe zapotrzebowanie na stymulację,
 - dobra realizacja zadania rozwojowego, jakim jest prowadzenie domu,
 - bycie w stałym związku partnerskim.

Dalsze analizy wskazują, że największe znaczenie dla zaprzestania używania konopi miało: nieużywanie w okresie wczesnej dorosłości innych narkotyków niż konopie i występowanie objawów depresji we wczesnej dorosłości.

Porównania między grupami

To, co istotne, a zarazem zaskakujące, to fakt, że pomiędzy osobami, które zaprzestały używania konopi w okresie wczesnej dorosłości, a osobami, które obecnie używają konopi problemowo, nie ma

znaczących różnic w zakresie analizowanych czynników z okresu dorastania.

Uzyskane wyniki wskazują, że osoby, które nie używają konopi, nie różnią się zasadniczo w zakresie obecnego funkcjonowania od osób, które używają ich okazjonalnie. Jeśli potraktować używanie konopi jako jeden z przejawów realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania i rozwiązywania kryzysu tożsamości (Arnett, 2005), to można przypuszczać, że okazjonalne używanie konopi może mieć normatywny charakter (Johnston i in., 2005). Jednak istnieją doniesienia wskazujące, że również okazjonalne używanie konopi powoduje szkody w zakresie funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego czy behawioralnego. Wydaje się, że używanie przetworów konopi z powodu tych szkód powinno utrudniać prawidłowe realizowanie zadań rozwojowych, ale uzyskane wyniki pokazują, że tak nie jest. Osoby używające obecnie konopi okazjonalnie, w okresie dorastania odczuwały większą bliskość z rodziną niż obecni abstynenci i osoby, które używają konopi problemowo. Ponadto osoby, które używają konopi okazjonalnie, przejawiają mniej objawów depresji niż te, które przestały używać konopi i te, które używają ich problemowo. Powyższe wyniki mogą przemawiać za potwierdzeniem, że normatywne (okazjonalne) używanie konopi w okresie dorastania wiąże się z dobrym funkcjonowaniem w okresie wczesnej dorosłości. Istnieją podobne dane wskazujące, że osoby pijące alkohol w sposób umiarkowany mają „zdrowszą” osobowość niż abstynenci lub nadużywający alkoholu (Okulicz-Kozaryn, Pisarska, 2001; Wolff, Wolff, 2002).

Pomiędzy normą a normatywnością

Arnett (1998) zauważa, że w obecnych czasach kontrola społeczna związana z tym, co dzieje się w życiu młodych dorosłych jest mniejsza niż kiedykolwiek wcześniej. W związku z tym zachowania, takie jak używanie konopi mogą być bardziej akceptowane, niż miało to miejsce wcześniej. Ponadto transformacja społeczno-kulturowa, jaka dokonała się w ostatnich latach w Polsce, wpłynęła na to, że ludzie częściej i chętniej przekraczają granice, poszukują nowych wyzwań, możliwości, które jeszcze jakiś czas temu były nieosiągalne, ale i też niewyobrażalne. Co za tym idzie, częściej ocierają się również o nowe za-

grożenia. Możliwości, jakie dostaje społeczeństwo w dzisiejszych czasach w porównaniu choćby z okresem sprzed 20 lat, są nieporównywalnie większe. W wyniku transformacji zwiększyła się mobilność fizyczna (np. podróżowanie), społeczna (np. zmiany grup) i psychiczna (np. nowe media, takie jak Role-Playing Game czy internet). Zwiększyły się możliwości przekraczania granic fizycznych (np. szkoły przeżycia), społecznych (np. łamanie konwencji) i psychicznych (np. doświadczenia w wyniku użycia substancji psychoaktywnych) (Ziółkowska, 2005). Normy i wartości mają teraz bardziej różnorodny niż dawniej charakter, poszerzyły się obszary i sposoby działania, style życia, wychowania dzieci czy odpoczynku. Może się to wiązać ze zmianą stylu życia, niekiedy związaną z używaniem substancji psychoaktywnych. Ponadto poszukiwanie nowych doświadczeń może się również odbywać przy użyciu takich środków. Powstaje zatem pytanie: jakie znaczenie w kontekście zachowań normalnych ma używanie konopi w sposób nieprzynoszący większych szkód. Czy można je przyrównać do picia alkoholu, powszechnie traktowanego jako „normalne”? Czy używanie konopi poprzez fakt bycia środkiem nielegalnym wykracza już poza obszar definiowany jako „normalność”?

Norma to „na ogół idealny lub realny wzorzec właściwości. Może to być wzorzec zachowania, przebiegu procesów psychicznych, osobowości, rozwoju. (...) Normalność jest natomiast zbiorem właściwości przypisywanych osobom, grupom, społecznościom i instytucjom, które są zgodne ze wzorcem, czyli normą” (Sęk 2005, s. 56). Normy społeczne definiowane są z kolei jako kulturowo ukształtowane definicje zachowania uznawane za pożądane (Kojder, 1999). Określają, jakie zobowiązania ciążyą na jednostce w związku z pełnionymi przez nią rolami. Czy można zatem przyjąć, że jeśli w danym środowisku używanie konopi traktowane jest jako społecznie akceptowane, to może stanowić ono normę? Sęk pisze, że „za normalne uznaje się też to, co jest powszechne, typowe dla danej kultury: są to zachowania zgodne ze zwyczajami i ustaloną konwencją” (2005, s. 57). Wyróżnia się również normy prawne, o których można powiedzieć, że w kontekście używania konopi stoją często w opozycji do norm społecznych.

Można powiedzieć, że wyniki przedstawione w artykule są dość optymistyczne. Niewielki odsetek badanych zintensyfikował używanie konopi, zaprzestanie używania konopi bez pomocy specjalistycznej jest możliwe, okazjonalne ich używanie może mieć normatywny charakter. Jednak również wart zaznaczenia jest fakt, że osoby, które używały konopi w okresie dorastania, częściej w okresie dorosłości piły alkohol problemowo i używały leków, niż osoby pochodzące z populacji ogólnej. Ponad 73% badanych piło alkohol szkodliwie, natomiast z badań przeprowadzonych w 2008 roku przez CBOS na ogólnopolskiej próbie dorosłych Polaków (N=1075) wynika, że grupę ryzyka wśród osób pijących stanowi 2% kobiet i 16% mężczyzn. Porównanie tych wyników z wynikami uzyskanymi w badaniach prowadzonych przeze mnie wskazuje na to, że grupa osób używających konopi w okresie dorastania jest znacznie bardziej narażona na rozwinięcie picia szkodliwego w okresie wczesnej dorosłości w porównaniu z populacją młodzieży, która nie używa konopi. Podobnie wygląda sytuacja z używaniem leków w celu lepszego radzenia sobie. W całej populacji osób w wieku 25-34 lata, używanie w ostatnim miesiącu leków nasennych lub uspokajających bez zalecenia lekarza kształtuje się na poziomie 4,1% (Sierosławski, Bukowska, 2004), a według innych badań na poziomie 0,3% (GUS, 2006). W badaniach przeprowadzonych przeze mnie, 13% respondentów używało w ostatnim miesiącu leków z powodu trudności z zasypianiem, zdenerwowania, przygnębienia, złego nastroju, braku energii, co również sugeruje, że grupa mająca doświadczenia w używaniu konopi, częściej używa innych substancji psychoaktywnych. W związku z powyższym, biorąc pod uwagę fakt bardzo częstego upijania się osób badanych, należy uznać, że znaczna część respondentów, zgodnie z teorią substancji torujących drogę, „przeszła” na problemowe używanie innej substancji, w tym przypadku alkoholu (Kandel, 1992). Fakt ten nie czyni uzyskanych wyników już tak bardzo optymistycznymi. Ponadto w badaniach nie uwzględniono innych możliwych uzależnień behawioralnych, takich jak kompulsywne zakupy, uzależnienie od seksu, internetu, gier czy telefonu komórkowego. Patrząc na zamianę konopi na alkohol, można również zastanowić się, czy nie doszło tu do „przejścia” na innego

rodzaju uzależnienie behawioralne, skądinąd mające bardzo podobne mechanizmy.

Bibliografia

Anthony J.C., Warner L.A., Kessler R.C., „Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Study”, *Experimental Clinical Psychopharmacology* 2, 1994.
Blomqvist J., „Paths to Recovery from Substance Misuse: Change of Lifestyle and the Role of Treatment”, *Substance Use and Misuse*, 31, 1996.
Chen K., Kandel D.B., „Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis”, *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 1998.
Cunningham J.A., „Untreated Remissions from Drug Use: the Predominant Pathway”, *Addictive Behaviors*, 24, 2, 1999.
Ellingstad T.P., Sobell L.C., Sobell M., B., Eickelberry L., Golden C., J., „Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution”, *Addictive Behaviors*, 31, 2006.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), „Sprawozdanie roczne 2005: Narkomania w Europie”, <http://annualreport.emcdda.eu.int/pl/home-pl.html?CFID=197861&CFTOKEN=11328661&jsessionid=2e3054345d0e2c51143b>.
Gladsjo J.A., Tucker J.A., Hawkins J.L., Vuchinich R.E., „Adequacy of recall of drinking patterns and event occurrences associated with natural recovery from alcohol problems”, *Addictive Behaviors*, 17, 1992.
GUS, „Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku”, Warszawa 2004.
Kandel D., Yamaguchi K., Chen K., „Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory”, *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 1992.
Klingemann H., „The motivation for change from problem alcohol and heroin use”, *British Journal of Addiction*, 86, 1991.
Klingemann J., „Drogi wychodzenia z uzależnienia od alkoholu”, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009.

Pełna bibliografia dostępna w redakcji.

GUIDELINES FOR COLLECTING DATA ON RETAIL DRUG PRICES IN EUROPE: ISSUES AND CHALLENGES



Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) od wielu lat zbiera dane dotyczące detalicznych cen narkotyków. Informacje na ten temat corocznie przekazywane są ze wszystkich

krajów UE poprzez Krajowe Centra Monitorujące¹. EMCDDA podejmuje inicjatywy w celu polepszenia jakości danych o nielegalnym rynku narkotyków. Ceny narkotyków są jednym ze wskaźników służących do oceny tendencji w zakresie podaży i popytu na narkotyki. Ponadto monitorowanie działań z zakresu redukcji podaży jest ważnym elementem oceny skuteczności europejskiej strategii przeciwdziałania narkomanii. Zmiany cen narkotyków na nielegalnym rynku są wskaźnikiem wzrastającej lub malejącej podaży nielegalnych substancji. Wzrost cen może być wyznacznikiem zmniejszenia się ilości narkotyków w sprzedaży, a spadek cen zwiększania się ilości narkotyków na nielegalnym rynku. W celu śledzenia tendencji potrzebne są wiarygodne, dobrej jakości dane

zbierane systematycznie według tej samej metodologii. Pomocą w tworzeniu systemów monitorowania ma być najnowsza publikacja, której jednym ze współautorów jest pracownik Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W książce zostały omówione różne metody zbierania danych, od zakupu kontrolowanego stosowanego w Anglii po wywiady z kluczowymi informatorami, np. we Francji. Publikacja odnosi się do specyficznych kwestii dotyczących zbierania danych oraz oferuje praktyczne wskazówki w tej kwestii. Osoby zainteresowane podstawami statystyki znajdą w niej informacje dotyczące najprostszych operacji na zbiorze, takich jak obliczenie mediany czy ważenie zmiennych. Wersja internetowa podręcznika dostępna jest na stronie EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index101277EN.html>.

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii od 2001 roku zbiera i analizuje informacje o detalicznych cenach narkotyków. Ostatnie dane zostały przedstawione w numerze 4 Serwisu Informacyjnego Narkomania z 2009 roku, który jest dostępny również on-line: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/106,Przestepczosc-narkotykowa-i-nielegalny-rynek-narkotykow-cz-II>.

AM

Przypisy

¹ Rolę Centrum Monitorującego pełni jeden z działów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (<http://www.cinn.gov.pl>).

Mieszanki ziołowe stanowią coraz częściej alternatywę wobec konopi indyjskich. Są one nasączone syntetycznymi kanabinoidami, których działanie jest znacznie silniejsze od występującego w konopiach naturalnego THC. Głównym powodem zakupu mieszanek a nie konopi jest legalność tych pierwszych oraz, mimo wszystko – znacznie łatwiejszy do nich dostęp.

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: MEFEDRON I SYNTETYCZNE KANABINOIDY

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Syntetyczne kanabinoidy – legalna alternatywa dla marihuany i haszyszu

Do tej pory zidentyfikowano siedem syntetycznych kanabinoidów występujących w tzw. mieszankach ziołowych sprzedawanych jako legalne zamienniki konopi indyjskich, są to: CP 47,497; JWH-018; JWH-073; JWH-398; JWH-200; JWH-250 oraz HU-210. JWH-018 zostało zdelegalizowane 20 marca 2009 roku, ale w jego miejsce pojawiły się natychmiast kolejne kanabinoidy. W rzeczywistości jednak na świecie zsyntetyzowano znacznie więcej kanabinoidów, a prace nad nimi rozpoczęto już w latach 40. XX wieku. Niektóre z nich charakteryzują się wielokrotnie silniejszym potencjałem, niż występujące w konopiach naturalne THC. Na przykład HU-210 jest prawdopodobnie ok. 100 razy silniejszy od THC.

Ponieważ mieszanki ziołowe są „nośnikami” syntetycznych kanabinoidów, warto poświęcić im nieco uwagi. Jeszcze ponad rok temu powszechnie uważano, że za efekty narkotyczne w mieszankach odpowiadają różnego rodzaju bardziej lub mniej egzotyczne rośliny, używane w religijnych ceremoniach i rytuałach, np. w Afryce czy Ameryce Południowej. Dlatego m.in. w marcu 2009 roku doszło do delegalizacji kilkunastu roślin występujących w sklepach z dopalaczami.

Dziś już wiadomo, że na pozór naturalne i ziołowe mieszanki to w rzeczywistości różne rośliny (np. prawoślaz) nasączone syntetycznymi kanabinoidami oraz substancjami ułatwiającymi ich wiązanie z odpowiednimi receptorami w mózgu (np. oleamid – kwas tłuszczowy naturalnie występujący w ludzkim organizmie). Mieszanki dostępne na polskim rynku są częściowo sprowadzane z zagranicy, a częściowo produkowane w Polsce.

Informacje na temat mieszanek i syntetycznych kanabinoidów zebrane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) pokrywają się w większości z informacjami, jakie udało się zebrać, studiując fora internetowe, takie jak hyperreal.

Znamienne jest, że w maju 2010 roku na samym tylko hyperrealu doliczyłem się ok. 250 (!) wątków/tematów w dziale „mieszanki ziołowe”. Część z tych wątków dotyczy konkretnych mieszanek (Szttywny Misza, Konkret, Red Eye, Taifun, Ar-

magedon, Rasta, Smart Shiva, Magic Dragon itd.); część porusza tematy związane z mieszankami, ale nie z konkretnymi produktami. Są to np. wątki związane ze skutkami ubocznymi stosowania mieszanek, wymiana doświadczeń na temat innych niż palenie dróg używania, a także różnego rodzaju rankingi mieszanek (np. najmocniejsza, najdłużej działająca).

Mefedron wykazuje mieszane działanie stymulujące i entaktogenne. W Polsce jest zazwyczaj reklamowany jako sole do kąpieli albo białe proszki. Najczęściej sprzedawany jest jako substytut amfetaminy i jej pochodnych. Jest on popularną używką w większości krajów europejskich, głównie wśród klubowiczów.

Użytkownikami mieszanek ziołowych są najczęściej byli lub aktualni palacze konopi indyjskich. Generalnie twierdzą oni, że „mieszanek ziołowych nie oddają do końca ducha marihuany i są jej gorszą siostrą”, ale oczywiście bywają wyjątki. Nie wszyscy też użytkownicy mieszanek poszukują w nich tego, co daje im marihuana czy haszysz. Głównym powodem zakupu mieszanek a nie konopi jest legalność tych pierwszych a także, mimo wszystko – znacznie łatwiejszy do nich dostęp. Co bardziej zorientowani w tematyce użytkownicy zamawiają przez internet same syntetyczne kanabinoidy i samodzielnie tworzą mieszanki na własny użytek.

W bardzo dużym uproszczeniu można pokusić się o stwierdzenie, iż w zależności od zawartych w mieszankach kanabinoli, różne jest działanie psychoaktywne tych mieszanek. Część wykazuje działanie krótkie (ok. 30 min.), ale bardzo intensywne, a „fala uderzeniowa” pojawia się praktycznie bezpośrednio po zapaleniu; część natomiast charakteryzuje się działaniem bardziej rozłożonym w czasie (nawet do 4 godzin od momentu zażycia). Te drugie mają zazwyczaj działanie sedacyjne. Ciekawe jest to, że w przypadku znacznej części mieszanek, po zażyciu kolejnej dawki nie uzyskuje się już tak pożądanego efektu jak przy pierwszych.

Po analizie internetu rysuje się następujący obraz: generalnie użytkownicy mieszanek mają podstawową wiedzę na temat tego rodzaju specyfików. Doskonale wiedzą, że mieszanki ziołowe wywołują narkotyczne doznania, za które odpowiadają syntetyczne kanabinoidy. Dlatego też dość często są one przez użytkowników nazywane „maczankami”, co sugeruje, że mieszanki są tymi kanabinoidami nasączane.

W znacznej większości użytkownicy zdają sobie również sprawę z zagrożeń wynikających z konsumpcji mieszanek. Po wnikliwej analizie internetu oraz informacji z EMCDDA można stwierdzić, że najczęściej wymienianymi negatywnymi skutkami zażywania mieszanek w sferze fizycznej są: bóle głowy, bóle w okolicy klatki piersiowej, kołatanie serca oraz uczucie zmęczenia i znużenia. Do negatywnych skutków objawiających się w sferze psychicznej należą przede wszystkim: tzw. *bad tripy*, czyli chwilowe napady lęku, nieprzyjemne uczucia i myśli, uczucie zagrożenia z zewnątrz, czasem

nawet omamy czy halucynacje o negatywnej treści. Powszechne są także tak zwane przez internautów zawiechy, czyli krótkie momenty wyobcowania ze świata otaczającego, „zamrożenie” wszelkich myśli i oziębnienie bodźców zewnętrznych (co jednak przez niektórych jest właśnie czymś pożądanym). Znamienne jest również to (i z tego sobie użytkownicy mieszanek doskonale na szczęście zdają sprawę), iż jedna i ta sama mieszanka działa w różny sposób na różne osoby, a nawet na tego samego użytkownika. Wiele wypowiedzi sugeruje, że mieszanki są nierówno nasączone syntetycznymi kanabinoidami. Ten sam produkt może mieć różną moc działania. Ponadto wszystko wskazuje na to, że mieszanki ziołowe uzależniają, a w przypadku niektórych z nich (i niektórych użytkowników) tolerancja rośnie niezwykle szybko.

Mefedron – substytut amfetaminy i jej pochodnych

Kolejną, stosunkowo nową i jeszcze legalną, substancją psychoaktywną, która występuje w niektórych produktach oferowanych przez np. Dopalacze, Smart Szop, Smile Shop i innych sprzedawców – jest mefedron. Wszystko wskazuje na to, że jest on popularną używką nie tylko w Polsce, ale i w większości krajów europejskich. Stosowany jest głównie przez klubowiczów. Na samym tylko portalu hyperreal znaleźć można ponad 2 tys. postów w dziale „mefedron – wątek ogólny”. Obecnie nie jesteśmy jednak w stanie określić skali zjawiska, gdyż, podobnie jak w przypadku używania mieszanek ziołowych i syntetycznych kanabinoidów, w Polsce nie były do tej pory prowadzone badania na temat rozpowszechnienia używania mefedronu.

Mefedron (4-metylmetakatynon, w skrócie 4-MMC) to syntetyczna substancja stymulująca, wykazująca mieszane działanie stymulujące i entaktogenne (zwiększające uczucie empatii z otoczeniem); wprowadzona została na rynek przez izraelską firmę Neorganics. W Polsce mefedron reklamowany jest zazwyczaj przez sprzedawców jako „sole do kąpiel” albo „białe proszki”. Najczęściej sprzedawany jest jako substancja imitująca amfetaminę lub kokainę (często mieszana z innymi substancjami, np. beznikotynową tabaką). Najczęściej występuje więc

w postaci białego proszku. W sprzedaży (obok innych syntetycznych katynonów¹) występuje także w formie tabletek lub pigułek (sprzedawana jest wtedy jako legalna alternatywa dla tabletek ecstasy); czasem w postaci płynnej.

Użytkownicy mefedronu opisują jego efekty działania jako dość zbliżone do amfetaminy i jej pochodnych (tzw. ATS – Amphetamine Type Stimulants) oraz do tabletek ecstasy (MDMA, MBDB), ale ze względu na znacznie krótszy czas działania (ok. 2 godziny przy zażyciu donosowym) często porównywany jest także do kokainy. Z postów internetowych pisanych przez użytkowników mefedronu oraz z informacji otrzymanych z EMCDDA oraz z Instytutu Ekspertyz Sądowych wynika, że w niewielkich dawkach substancja ta poprawia nastrój, wywołuje euforię, podniecenie, uczucie pobudzenia, chęć rozmowy i otwartości oraz zmniejsza łaknienie. Po zażyciu donosowo efekty działania pojawiają się prawie od razu. Zażycie doustne wydłuża czas działania i opóźnia pojawienie się pierwszych objawów, które zaczynają być odczuwalne w ciągu 15-45 minut od momentu zażycia. Zdaniem użytkowników zażycie doustne zmienia nieco efekty działania w kierunku odczucia większego odrealnienia od otaczającego świata. Zarówno zażycie donosowe, jak i oralne może wywołać halucynacje. Niektórzy użytkownicy zażywają mefedron w postaci iniekcji, co oczywiście zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych.

Szkodliwość mefedronu

W przypadku większości nowych substancji występujących w tzw. *smart drugs* nie prowadzono do tej pory systematycznych, długofalowych badań na temat ich toksyczności i farmakologii, w tym również ich ewentualnego potencjału uzależniającego. Z tego powodu mefedron jest słabo poznaną substancją psychoaktywną i niewiele wiadomo na temat ryzyka zdrowotnego towarzyszącego jego zażywaniu. Podobnie jednak jak w przypadku syntetycznych kanabinoidów użytkownicy udzielający się na forach zdają sobie zazwyczaj sprawę ze szkodliwości mefedronu. Negatywne skutki zażywania mefedronu wskazują na to, że jest on substancją uzależniającą. Świadczyć może o tym bardzo silna chęć sięgnięcia po kolejną dawkę. W Anglii odnotowano jeden

klinicznie potwierdzony przypadek uzależnienia od mefedronu. Inne niepożądane efekty to m.in. w sferze fizycznej: tachykardia (kołatanie serca), podniesienie ciśnienia tętniczego krwi, zgrzytanie zębami, szczękocisk, oczopląs, podrażnienie śluzówek nosa (do krwawienia z nosa włącznie), zwiększone pocenie się, uczucie fali zimna (bezpośrednio po zażyciu przez nos), bóle i zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, drżenie rąk, nudności, drgawki i konwulsje, problemy z oddychaniem. W sferze psychicznej natomiast mogą pojawiać się: zaburzenie pamięci krótkotrwałej, gonitwa myśli i spadek koncentracji, rozdrażnienie, bezsenność, niepokój mogący nawet przejść w stany paranoidalne, huśtawka nastrojów, dysforia i stany depresyjne, halucynacje o negatywnej treści.

Do tej pory odnotowano jeden potwierdzony przypadek śmiertelny bezpośrednio powiązany z użyciem mefedronu (Szwecja) oraz 14 przypadków w Anglii, w których istniało duże prawdopodobieństwo, iż przyczyną zgonu mógł być mefedron. Jest to niezbity dowód na to, że należy on do substancji, które można przedawkować, także ze skutkiem śmiertelnym.

W Europie mefedron jest objęty kontrolą prawną w Szwecji, Norwegii, Finlandii, Estonii, Danii, Holandii, Chorwacji, Rumunii i w Niemczech. Wkrótce zostanie objęty kontrolą prawną także i na Litwie. W marcu 2010 roku, na podstawie raportów z państw członkowskich, EMCDDA wraz z EUROPOL-em sporządzili tzw. Joint Report na temat mefedronu, w celu przedstawienia go m.in. Radzie Europy i Komisji Europejskiej. Do końca sierpnia Komisja Naukowa EMCDDA opracuje tzw. Risk Assessment (raport dotyczący oceny ryzyka używania mefedronu) i na tej podstawie dojdzie najprawdopodobniej do delegalizacji mefedronu w Unii Europejskiej.

Zarówno mefedron, jak i syntetyczne kanabinoidy znalazły się w poselskim projekcie nowelizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii jako substancje zakazane. Projekt został poparty przez Sejmową Komisję Zdrowia.

Przypisy

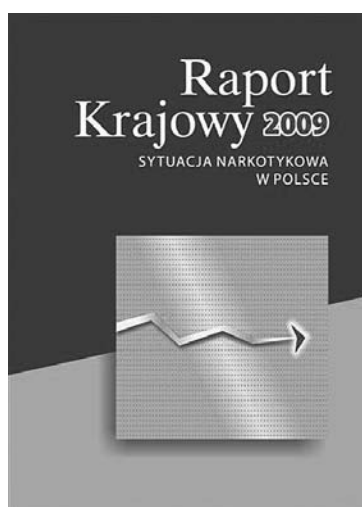
¹ Katynony to alkaloidy naturalnie występujące w afrykańskiej roślinie khat (czuwaliczka jadalna). Strukturalnie zbliżone są do takich stymulantów, jak np. amfetamina czy efedryna.

Corocznie sporządzany raport krajowy o zjawisku narkotyków i narkomanii, w którym analizowane są dane zbierane w ramach ściśle określonych wskaźników i obszarów, pozwala na obserwację trendów oraz zmian zjawiska. Jednocześnie umożliwia on dokonywanie porównań skali problemu pomiędzy poszczególnymi państwami Unii Europejskiej.

RAPORT KRAJOWY 2009. SYTUACJA NARKOTYKOWA W POLSCE

Marta Struzik

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



Raport Krajowy 2009 to publikacja Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zawierająca najnowsze informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii w Polsce. Raport opracowywany jest corocznie w ramach sprawozdawczości do Europejskiego

logiczne dotyczące problemu narkotyków i narkomanii oraz opis działań podejmowanych w odpowiedzi na zjawisko w Polsce.

Raport składa się z czterech części, z których pierwsza jest najbardziej obszerna i dotyczy danych epidemiologicznych oraz informacji na temat aktywności podejmowanych w ramach przeciwdziałania narkomanii. W drugiej części zaprezentowano dane na temat wybranych zagadnień, których tematy podano powyżej. Część trzecia i czwarta obejmuje bibliografię, aneksy oraz spis tabel standardowych i kwestionariuszy stanowiących uzupełnienie raportu w ramach sprawozdawczości EMCDDA. Całość poprzedza streszczenie, w którym zamieszczono przegląd najnowszych danych, trendów i analiz.

Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Każde państwo Unii Europejskiej zobowiązane jest do zbierania danych dotyczących krajowej sytuacji narkotykowej, na podstawie których EMCDDA opracowuje zbiorczą analizę zjawiska na poziomie europejskim. Raporty krajowe przygotowywane są zatem ściśle z wytycznymi podanymi przez EMCDDA, aby możliwe było porównywanie wyników zbieranych przez poszczególne kraje UE. Co roku Europejskie Centrum przesyła wskazówki oraz schemat przygotowywania poszczególnych rozdziałów raportu. Dodatkowo każdego roku w raportach krajowych opracowywane są wybrane zagadnienia pogłębiające wiedzę o problemie narkotyków i narkomanii w ściśle sprecyzowanych obszarach. W 2009 roku przygotowano szczegółową informację na temat rynku i produkcji konopi, a także problemowego używania amfetaminy oraz metamfetaminy i związanych z tym konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Ponadto w raporcie znaleźć można najnowsze dane epidemio-

Problem narkotyków i narkomanii oraz odpowiedź na zjawisko

W pierwszym rozdziale tej części raportu zaprezentowano najbardziej aktualne informacje na temat polskiego ustawodawstwa oraz podstawowych aktów prawnych z zakresu prawa narkotykowego. Szerzej pokazane zostały działania podejmowane i projektowane w związku z problemem tzw. dopalaczy w Polsce. Omówiono wyniki projektu badawczego Katedry Kryminologii Uniwersytetu Jagiellońskiego dotyczącego wykorzystywania w praktyce sądowo-prokuratorskiej przepisów pozwalających na zastosowanie alternatywy wobec więzienia w postaci leczenia dla osób uzależnionych lub używających substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy. Następnie omówiono zasady przygotowywania przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania

Narkomanii corocznego sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Można także zapoznać się z informacjami na temat projektu monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, który stanowi jeden z priorytetów w obszarze monitoringu zjawiska w Polsce. W rozdziale znajdują się również informacje o ewaluacji KPPN oraz analiza wydatków na realizację Krajowego Programu poniesionych w 2008 roku.

Rozdział drugi dotyczy zjawiska używania narkotyków w populacji ogólnej i konkretnych grupach docelowych. Omówiono wyniki międzynarodowego projektu badawczego European Drug Policy Initiative 2008/2009, w ramach którego oszacowano poziom używania narkotyków w Polsce przez osoby w wieku 18-75 lat. Następnie zaprezentowano wyniki badania konsumpcji substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną zrealizowanego w 2008 roku przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na zlecenie KBPN. Przedstawiono także dane z międzynarodowego raportu z badań ESPAD wśród młodzieży szkolnej (European School Survey Project on Alcohol and Drug Addiction 2007), analizując sytuację w Polsce na tle Europy. Analizy wzbogacono prezentacją wyników badań jakościowych zrealizowanych przez Agencję Badawczo-Informacyjną PASAD w celu sporządzenia wieloaspektowej diagnozy problemu narkotyków wśród młodzieży szkolnej. W dalszej części rozdziału zaprezentowano:

- wyniki badania wykonanego na zlecenie KBPN przez PBS DGA Sp. z o.o. dotyczącego używania substancji psychoaktywnych przez młodzież zagrożoną wykluczeniem społecznym oraz
- wyniki badania zleconego przez KBPN dotyczące oceny zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kolejny rozdział pierwszej części raportu poświęcony został profilaktyce narkomanii. Przedstawiono w nim działania realizowane w obszarze:

- profilaktyki uniwersalnej (w szkołach, dla rodzin, w społeczności lokalnej),
- profilaktyki selektywnej w grupach i środowiskach zagrożonych narkomanią,
- profilaktyki wskazującej,
- ogólnopolskich i lokalnych kampanii medialnych.

W następnych dwóch rozdziałach zaprezentowano dane na temat problemowego używania narkotyków oraz systemu leczenia uzależnień od narkotyków w Polsce. Przedstawione zostały m.in. dane na temat problemowych użytkowników narkotyków spoza systemu leczenia, które zostały zebrane w ramach ogólnopolskiego badania klientów oraz programów niskoprogowych przeprowadzonego przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Następnie opisano system leczenia uzależnień od narkotyków, m.in.: podstawowe akty prawne, zasady udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od narkotyków, leczenie drug free oraz leczenie medyczne. Szeroko zaprezentowano dane dotyczące charakterystyki pacjentów trafiających do leczenia stacjonarnego oraz ambulatoryjnego. Pokazano statystyki dotyczące odbiorców programów redukcji szkód, leczenia substytucyjnego oraz programów terapii uzależnienia od narkotyków realizowanych w zakładach karnych.

Rozdział dotyczący konsekwencji zdrowotnych i zjawisk pokrewnych obejmuje dane i statystyki na temat chorób zakaźnych związanych z narkotykami (w szczególności zakażeń HIV i zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków), pacjentów z podwójną diagnozą przyjętych do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego oraz śmiertelności i zgonów związanych z narkotykami.

W kolejnych dwóch rozdziałach opisano działania zaradcze podejmowane wobec konsekwencji zdrowotnych i zjawisk pokrewnych, tj. zapobieganie nagłym wypadkom związanym z narkotykami, zgonom z powodu narkotyków, chorobom zakaźnym będącym skutkiem używania narkotyków, działania związane ze współwystępowaniem chorób psychicznych, prewencja wypadków drogowych związanych z używaniem narkotyków, a także aktywności dotyczące readaptacji społecznej.

Dwa ostatnie rozdziały pierwszej części raportu dotyczą danych na temat przestępczości narkotykowej oraz rynku narkotykowego. Obejmują one statystyki z zakresu przestępstw stwierdzonych przeciw postanowieniom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, liczby osób podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz skazanych przez sądy. Omówiono także działania w ramach zapobiegania przestępczości narkotykowej oraz odpowiedzi na zagadnienia zdrowotne związane

z narkotykami w jednostkach penitencjarnych. Dane dotyczące rynku narkotykowego obejmują informacje na temat dostępności i podaży narkotyków, konfiskat, cen oraz czystości narkotyków.

Wybrane zagadnienia

Pierwszym pogłębionym tematem w raporcie jest problematyka rynku i produkcji konopi w Polsce. W raporcie znajdziemy wiadomości na temat historii krajowej produkcji konopi, ich rozpowszechnienia na poziomie ogólnopolskim, sposobach sprzedaży w handlu detalicznym, cenach hurtowych oraz źródłach zaopatrywania. Przedstawiono także dane na temat konfiskat oraz przestępczości związanej z handlem oraz produkcją konopi.

Drugie zagadnienie dotyczy problemowego używania amfetaminy i metamfetaminy oraz związanych z tym konsekwencji i działań zaradczych. Przedstawiono dane epidemiologiczne, trendy i wzory używania amfetaminy i metamfetaminy, zapotrzebowanie na leczenie uzależnienia od tych substancji, a także nielegalne miejsca wyrobu, laboratoria, szlaki przemytu i konfiskaty prekursorów.

W ostatnich dwóch częściach raportu zamieszczono m.in. wykaz odniesień bibliograficznych, ważnych stron internetowych, wykaz wykresów i tabel.

*Raport dostępny jest na stronie internetowej Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
www.cinn.gov.pl.*

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

| | | |
|--|----------------|----------------------|
| Spotkania ekspertów EMCDDA dotyczące wskaźnika zgłaszalności do leczenia | wrzesień | Lizbona, Portugalia |
| Spotkanie Biura Grupy Pompidou | 7 września | Paryż, Francja |
| Spotkanie ekspertów na temat problemowego używania narkotyków | 23-24 września | Lizbona, Portugalia |
| Szkolenie zorganizowane przez IPiN oraz Uniwersytet Michigan | 24-27 września | Bratysława, Słowacja |
| Spotkanie koordynatorów projektu „Europejskie standardy jakości narkotykowego programu profilaktycznego” | październik | Budapeszt, Węgry |
| 66. Spotkanie Stałych Korespondentów Grupy Pompidou | 3 listopada | Strasburg, Francja |
| Konferencja ministerialna Grupy Pompidou | 3-4 listopada | Strasburg, Francja |

SPOTKANIA KRAJOWE

| | | |
|---|----------------------|-------------------------------|
| I szkolenie dla gmin z województwa mazowieckiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie | wrzesień | woj. mazowieckie |
| V spotkanie sieci programów redukcji szkód, CINN KBPN | wrzesień | woj. mazowieckie |
| II szkolenie dla gmin z województwa łódzkiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi | październik | Załęcze Wielkie, woj. łódzkie |
| XIX spotkanie Ekspertów Wojewódzkich, CINN KBPN | październik/listopad | |
| II ogólnopolskie spotkanie placówek leczniczych uczestniczących w projekcie Treatment Demand Indicator, CINN KBPN | październik/listopad | woj. mazowieckie |

Grupa warszawskich rekreacyjnych konsumentów narkotyków charakteryzuje się bardzo wysoką samooceną własnego życia i położenia społecznego. Zdecydowana większość osób pozytywnie ocenia swój stan zdrowia (82%). 65% pytanym jest zadowolona z sytuacji mieszkaniowej, 59% z sytuacji finansowej, a 69% ze swoich szans na rynku pracy. W grupie tej dominują respondenci deklarujący, że mają poczucie bezpieczeństwa w swoim życiu (83%) i wpływu na rzeczy, które o nim decydują (91%).

SPOŁECZNE KOSZTY PONOSZONE PRZEZ WARSZAWSKICH KONSUMENTÓW NARKOTYKÓW

Grażyna Świątkiewicz, Michał Bujalski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

W wielu europejskich społeczeństwach funkcjonuje powszechne przekonanie, że użytkownicy narkotyków to ludzie szczególnie zagrożeni społeczną degradacją, lokujący się wśród tak zwanych społecznie wykluczonych. Przekonanie, że narkotyki są znacznie groźniejsze i powodują nieporównanie więcej szkód niż inne substancje psychoaktywne wzmacnia polityka wobec narkomanii, która w większości państw sprowadza się do całkowitej prohibicji (Room, 2000). Szerszy, systematyczny przegląd literatury tematu prowadzi do wniosku, że większość metodologicznie poprawnych badań potwierdza jedynie współwystępowanie problemów zdrowotnych i psychologicznych z używaniem narkotyków, nie rozstrzygając, czy zachodzi między tymi zmiennymi związek przyczynowy (McLeod i in., 2004; Fisher i in., 2006).

Część badań wskazuje, że to status społeczny konsumenta narkotyków a nie rodzaj zażywanej substancji ma znaczący wpływ na doświadczane przez niego szkody zdrowotne. Osoby o najniższym statusie najczęściej doświadczają problemów związanych z używaniem narkotyków, podczas gdy osoby o wy-

sokim statusie mają takie problemy zdecydowanie rzadziej, a niekiedy wcale (Galea, Vlahov, 2002). W ostatnich dwóch dekadach rosła popularność kanabinoli i tzw. *party drugs*. Liczne badania potwierdzają, że nowa generacja konsumentów narkotyków zasadniczo różni się od poprzedniej.

Nowa generacja konsumentów narkotyków zasadniczo różni się od poprzedniej. W przeciwieństwie do tradycyjnych konsumentów opiatów są oni często ulokowani w grupach cieszących się dobrobytem materialnym i wysoką pozycją społeczną. Tymczasem w społecznej dyskusji na temat używania narkotyków wszyscy ich konsumenci postrzegani są jako jednorodna grupa społecznych dewiantów, niezależnie od tego, jak często i jakich nielegalnych substancji używają.

W przeciwieństwie do tradycyjnych konsumentów opiatów są oni często ulokowani w grupach cieszących się dobrobytem materialnym i wysoką pozycją społeczną (Calafat i in., 1999, 1999a). Tymczasem w społecznej dyskusji na temat używania narkotyków wszyscy ich konsumenci postrzegani są jako jednorodna grupa społecznych dewiantów, niezależnie od tego, jak często i jakich nielegalnych substancji używają. Do tej pory niewiele jest badań na temat ilości konsumowanych narkotyków oraz kosztów finansowych z tym związanych. Jednym

z celów badania, które jest podstawą tego artykułu, było podjęcie próby zapełnienia tej luki w wiedzy.

Dane do niniejszego artykułu zostały zaczerpnięte z międzynarodowego, koordynowanego przez European Centre for Social Welfare Policy and Research

badania na temat kosztów ponoszonych przez konsumentów narkotyków. Badanie było realizowane w sześciu miastach europejskich: Londynie, Amsterdamie, Turynie, Pradze, Wiedniu i w Warszawie. Wynikiem tej współpracy jest książka *Two worlds of drug consumption in late modern societies* (Dwa światy konsumentów narkotyków w postmodernistycznych społeczeństwach).

Metoda i próby badawcze

We wszystkich sześciu miastach badanie prowadzone było w dwóch etapach. W pierwszym respondentami byli konsumenci narkotyków rekrutowani w takich miejscach, jak: punkty wymiany igieł i strzykawek, opieka uliczna czy inne tzw. niskoprogowe jednostki pomocy. Do badania kwalifikowane były osoby, które deklarowały częste używanie heroiny i/lub kokainy i amfetaminy.

Pojęcie „często” oznaczało co najmniej dwa razy w tygodniu lub relatywnie dużo (duże dawki co najmniej raz w tygodniu).

W drugim etapie respondenci byli rekrutowani na dyskotekach, prywatkach i innych imprezach rekreacyjnych. Ankietę przeprowadzano po uprzednim upewnieniu się, że respondent w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie przynajmniej raz używał marihuany i/lub ecstasy, kokainy, amfetaminy.

We wszystkich miastach stosowano ten sam kwestionariusz wywiadu. Wszędzie ankieteryzy posługiwali się metodą kontaktu osobistego. Narzędzie badawcze było relatywnie krótkie, a cały wywiad trwał niespełna pół godziny. Respondentom zadawano rutynowe pytania społeczno-demograficzne dotyczące płci, wieku i wykształcenia, a także pytania o mieszkanie, zatrudnienie i źródła re-

gularnych dochodów. Później następowała seria dość szczegółowych pytań o wzory używania narkotyków. Respondenci mówili, jaką ilość spożywają w przeciętnym dniu używania, ile płacili przy ostatnim zakupie narkotyku oraz oceniali jego jakość. Kwestionariusz kończyła seria pytań, gdzie badani proszeni byli o wskazanie na pięciopunktowych skalach swoich subiektywnych ocen na temat takich kwestii, jak np. zadowolenie z własnej sytuacji mieszkaniowej czy swoich szans na rynku pracy.

Badanie w Warszawie

Warszawskie badanie prowadzone było w dwóch turach. W pierwszej przeprowadzono 100 wywiadów z osobami rekrutowanymi przez przeszkolonych ankietów w niskoprogowych jednostkach pomocy lub

W grupie opiatowej wszystkie kryteria społecznej marginalizacji są spełniane przez duże odsetki badanych. Ponad 40% to osoby bezdomne i doświadczające wielokrotnych problemów z policją, połowa przyznaje się do nielegalnych źródeł utrzymania. Jedyne co prawie nie różni grupy opiatowej i rekreacyjnej to marginalne przypadki osób korzystających z pomocy społecznej. Wynik taki zaskakuje, ponieważ położenie społeczne większości respondentów z grupy opiatowej kwalifikuje ich do wsparcia ze strony opieki społecznej.

na ulicy. W tej grupie najpowszechniej używanymi substancjami okazały się: brązowa heroina, polska heroina i kokaina. W dalszej części artykułu będą oni nazywani grupą opiatową. W drugiej turze wywiady przeprowadzono z setką konsumentów rekrutowanych w rozmaitych miejscach rekreacji. Po ostatecznej weryfikacji wypełnionych ankiet dwie osoby zostały wyeliminowane z powodu niespełniania kryteriów kwalifikujących do badania. Zdecydowanie najpopularniejszą substancją w tej grupie była marihuana (98%), w dalszej kolejności ecstasy (34%), kokaina (24%) i amfetami-

na (22%). Respondenci z tej tury badania nazwani zostali grupą rekreacyjną.

Narzędzie badawcze zawierało zestaw pytań dotyczących pozycji społecznej respondentów. Posłużono się zarówno obiektywnymi, jak i subiektywnymi wskaźnikami społecznego statusu lub społecz-

nego wykluczenia. Społeczne wykluczenie bądź społeczna marginalizacja to pojęcia wielowymiarowe, uwzględniające szereg okoliczności i zdarzeń lokujących ludzi poza głównym nurtem życia społecznego. Wykluczenie można mierzyć przy pomocy wskaźników obiektywnych i subiektywnych. Niska samoocena własnej pozycji w społeczeństwie może zapoczątkować, a potem przyspieszać proces wycofywania się z życia społecznego. Wśród obiektywnych wskaźników statusu społecznego uwzględniono następujące: wykształcenie, warunki mieszkaniowe, status zawodowy, źródła utrzymania oraz problemy z policją.

Obiektywne wskaźniki pozycji społecznej warszawskich konsumentów narkotyków

Generalnie w obu grupach przeważali mężczyźni, ale ich przewaga w grupie konsumentów rekreacyjnych była znacząco większa.

Zgodnie z oczekiwaniami respondenci reprezentujący grupę opiatową okazali się starsi (tabela 1). Średni czas używania narkotyków w warszawskiej grupie konsumentów rekreacyjnych wyniósł pięć lat. Prawie 60% używało narkotyków od dwóch do sześciu lat, a 36% co najmniej sześć lat. W grupie opiatowej średni czas używania określono na poziomie dziewięciu lat, a zdecydowana większość (71%) używała narkotyków co najmniej sześć lat.

Na tle pozostałych miast biorących udział w badaniu obie grupy warszawskich konsumentów narkotyków były relatywnie młode. Również średni czas używania narkotyków był w Warszawie najkrótszy. Warto zauważyć, że w grupie rekreacyjnych konsumentów 36% respondentów deklarowało dłuższy niż pięcioletni staż używania narkotyków. Również w innych uczestniczących w badaniu miastach, w grupach takich znaczące odsetki stanowiły osoby z wieloletnim stażem konsumenta narkotyków. W tak zwanej starej Unii Europejskiej (w Amsterdamie, Londynie, Turynie i Wiedniu) średni staż określono na poziomie co najmniej dziesięciu lat. Wynik ten pozostaje w sprzeczności z rozpowszechnionym stereotypem mówiącym, że wieloletni kontakt z narkotykami nieuchronnie prowadzi do psychicznej i społecznej degradacji.

Tabela 1. Porównanie grupy zintegrowanych i wykluczanych wg płci i wieku oraz średniego stażu używania narkotyków

| Nazwa wskaźnika | Grupa rekreacyjna | Grupa opiatowa |
|---------------------------------|-------------------|----------------|
| Płeć: | | |
| Mężczyźni | 72% | 69% |
| Kobiety | 28% | 31% |
| Wiek: | | |
| Mediana | 22 | 25 |
| Średnia | 22,8 | 26,3 |
| Minimalny/ maksymalny | 16/35 | 17/50 |
| Liczba lat używania narkotyków: | | |
| do 2 lat | 5% | 0% |
| od 2 do 5 lat | 59% | 29% |
| od 6 do 10 lat | 31% | 43% |
| 11 lat i więcej | 5% | 28% |
| średnia | 5 lat | 9 lat |

Zestawione w tabeli 2. porównanie obiektywnych wskaźników pozycji społecznej grup rekreacyjnej i opiatowej ilustruje głębokie różnice.

Tabela 2. Porównanie rozkładów obiektywnych wskaźników społecznego wykluczenia w obu warszawskich grupach

| Nazwa wskaźnika | Grupa rekreacyjna | Grupa opiatowa |
|---|-------------------|----------------|
| Wykształcenie: co najmniej średnie | 82% | 30% |
| Warunki mieszkaniowe: | | |
| własne mieszkanie | 35% | 13% |
| mieszkanie rodziny/ partnera/przyjaciela | 65% | 44% |
| noclegownia/bezdomność | 0% | 43% |
| Status bezrobotnego | 5% | 68% |
| Pomoc społeczna jako główne źródło utrzymania | 1% | 3% |
| Nielegalne źródła utrzymania | 3% | 51% |
| Więcej niż jeden problem z policją w ostatnim roku | 10% | 46% |

Cechy charakteryzujące konsumentów rekreacyjnych to wysoki poziom wykształcenia, uregulowana sytuacja mieszkaniowa, znacznie mniejszy niż w całej Warszawie odsetek bezrobotnych. W grupie tej 10% respondentów zgłosiło więcej niż jeden

Tabela 3. Subiektywne wskaźniki pozycji społecznej – rozkład ocen

| Treść pytania i skala odpowiedzi | Grupa rekreacyjna (%) | Grupa opiatowa (%) |
|--|-----------------------|--------------------|
| Ocena stanu zdrowia | | |
| 1 | 1 | 13 |
| 2 | 6 | 25 |
| 3 | 11 | 18 |
| 4 | 50 | 19 |
| 5 | 32 | 25 |
| Ocena dostępu do służby zdrowia | | |
| 1 | 4 | 21 |
| 2 | 7 | 26 |
| 3 | 23 | 17 |
| 4 | 39 | 19 |
| 5 | 27 | 16 |
| Poziom zadowolenia z sytuacji mieszkaniowej | | |
| 1 | 5 | 32 |
| 2 | 14 | 16 |
| 3 | 16 | 8 |
| 4 | 33 | 25 |
| 5 | 32 | 19 |
| Szanse na rynku pracy | | |
| 1 | 1 | 44 |
| 2 | 8 | 12 |
| 3 | 22 | 10 |
| 4 | 41 | 19 |
| 5 | 28 | 15 |
| Sytuacja finansowa | | |
| 1 | 3 | 24 |
| 2 | 16 | 23 |
| 3 | 22 | 16 |
| 4 | 39 | 27 |
| 5 | 20 | 10 |
| Poziom zadowolenia z dostępności pomocy społecznej | | |
| 1 | 5 | 23 |
| 2 | 17 | 15 |
| 3 | 68 | 46 |
| 4 | 8 | 11 |
| 5 | 2 | 5 |
| Poziom poczucia własnego bezpieczeństwa | | |
| 1 | 0 | 22 |
| 2 | 6 | 25 |
| 3 | 11 | 7 |
| 4 | 39 | 21 |
| 5 | 44 | 25 |
| Poziom kontroli nad własnym życiem | | |
| 1 | 0 | 6 |
| 2 | 3 | 21 |
| 3 | 6 | 8 |
| 4 | 42 | 32 |
| 5 | 49 | 33 |

problem z policją w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Zważywszy, że są użytkownikami substancji nielegalnych, można było oczekiwać, że odsetek ten będzie wyższy.

W grupie opiatowej wszystkie kryteria społecznej marginalizacji są spełniane przez duże odsetki badanych. Zdecydowana większość nie osiągnęła średniego poziomu wykształcenia i ma status osoby bezrobotnej. Ponad 40% to osoby bezdomne i doświadczające wielokrotnych problemów z policją, połowa przyznaje się do nielegalnych źródeł utrzymania. Jedyne co prawie nie różni porównywanych grup to marginalne przypadki osób korzystających z pomocy społecznej. Wynik taki zaskakuje, bowiem położenie społeczne większości respondentów z grupy opiatowej kwalifikuje ich do wsparcia ze strony opieki społecznej. Proporcje osób korzystających z regularnego wsparcia opieki społecznej były w sześciu miastach bardzo zróżnicowane. I tak najczęściej takie wsparcie otrzymywali respondenci z Londynu (82%), Wiednia (42%) i Amsterdamu (32%). Im wyższe były odsetki objętych pomocą społeczną, tym niższe proporcje respondentów korzystających z nielegalnych źródeł utrzymania. W Warszawie, gdzie pomoc taka była otrzymywana najrzadziej, odsetek osób przyznających się do nielegalnych źródeł utrzymania okazał się najwyższy.

Kwestionariusz wywiadu zawierał także pytania, w których respondenci proszeni byli o dokonanie subiektywnej oceny swojego aktualnego społecznego położenia. Pełną listę ocenianych kwestii zawiera tabela 3. Każda z wyszczególnionych w tabeli kwestii oceniana była na pięciopunktowej skali, gdzie 1 zawsze oznaczało ocenę całkowicie negatywną, a 5 całkowicie pozytywną. Środkowy punkt skali (3) oddziela oceny pozytywne od negatywnych.

Z uzyskanego rozkładu odpowiedzi wynika, że grupa rekreacyjnych konsumentów narkotyków charakteryzuje się bardzo wysoką samooceną własnego życia i położenia społecznego. Dotyczy to prawie wszystkich kwestii i obszarów, o których ocenę respondenci zostali poproszeni. Zdecydowana większość pozytywnie ocenia swój stan zdrowia (82%), jest zadowolona z sytuacji mieszkaniowej (65%), sytuacji finansowej (59%) oraz swoich szans na rynku pracy (69%). W grupie tej dominują respondenci deklarujący, że mają poczucie bezpieczeństwa w swoim życiu (83%) i wpływu na rzeczy, które

o nim decydują (91%). Tylko poziom dostępności pomocy społecznej został pozytywnie oceniony przez zdecydowaną mniejszość (zaledwie 10%). Większość (68%) wybrała na pięciopunktowej skali ocenę 3, co może odpowiadać stwierdzeniu trudno powiedzieć. Z raportów ankietowanych wynika, że respondenci z grupy rekreacyjnej mieli trudności z odpowiedzią na to pytanie z powodu braku własnych doświadczeń z pomocą społeczną.

Generalnie, subiektywne wskaźniki statusu społecznego rekreacyjnych konsumentów narkotyków są zbieżne z opisywanymi wcześniej wskaźnikami obiektywnymi.

Zgodnie z oczekiwaniami w grupie opiatowej rozkład subiektywnych ocen dotyczących aktualnego społecznego położenia respondentów był odmienny. Generalnie mniej było ocen pozytywnych. Wydaje się jednak, że w zestawieniu z obiektywnymi wskaźnikami pozycji społecznej tej grupy proporcje ocen negatywnych są mniejsze niż można by oczekiwać, a oceny pozytywne nie są marginalne. Jedynie szanse na rynku pracy są postrzegane negatywnie przez większość opiatowych konsumentów narkotyków (56%). W pozostałych kwestiach negatywnej oceny własnej sytuacji dokonuje mniej niż połowa respondentów. Zwraca uwagę wysoki odsetek osób, które są zdania, że w swojej aktualnej sytuacji mają poczucie bezpieczeństwa (46%) oraz tych, którzy uważają, że mają właściwą kontrolę nad własnym życiem (65%).

Obiektywnie sytuację bytową w grupie opiatowej pogarsza potrzeba lub konieczność ponoszenia znacznych kosztów finansowych na zakup narkotyków. Dane uzyskane w badaniu pozwoliły oszacować, że warszawscy konsumenci opiatów potrzebują miesięcznie na ich kupno przeciętnie trzech średnich krajowych pensji (Moskalewicz i in., 2009).

Warszawscy konsumenci narkotyków na tle innych miast

Badanie pokazało, że w miastach europejskich konsumenci narkotyków są do siebie podobni. We wszystkich miastach: Amsterdamie, Londynie, Turynie, Pradze, Wiedniu i w Warszawie respondenci rekrutowani do badania w niskoprogramowych

placówkach pomocy, wedle miar obiektywnych, charakteryzowali znaczny stopień społecznej marginalizacji. We wszystkich miastach subiektywne oceny zmarginalizowanych konsumentów narkotyków okazały się znacznie bardziej pozytywne niż ich obiektywne położenie społeczne.

Również wszędzie konsumenci rekreacyjni charakteryzowali się bardzo dobrymi wskaźnikami obiektywnej pozycji społecznej i wysoką samooceną własnego poziomu życia i położenia społecznego. W grupach takich regularne, rekreacyjne używanie narkotyków dłużej niż pięć lat deklarowało od 36 do 90% respondentów (Świątkiewicz, Bujalski, 2009).

Bibliografia

- Calafat A., Bohrn K., Juan M., Kokkevi A., Maalste N., Mendes F., Palmer A., Sherlock K., Simon J., Stoco P., Sureda P., Tossmann P., Wijnagaart G., Zavatti P., „Night life in Europe and recreational drug use”, SONAR 98, IREFREA 1999.
- Calafat A., Stoco P., Mendes F., Simon J., Wijnagaart G., Surenda P., Palmer A., Maalste N., Zavatti P., „Characteristics and social representation of ecstasy in Europe”, IREFREA 1999a.
- Fisher B., Firestone M., Rehm J., „Illicit opioid use and its key characteristics: a select overview and evidence from a Canadian multisided cohort of illicit opioid users (OPICAN)”, Canadian Journal of Psychiatry, vol 51, no.10, 2006.
- Galea S., Vlahov D., „Social determinants and health of drug users: socioeconomic status, homelessness and incarceration”, Public Health Rep 117 (supl 1), 2002.
- Jacyno M., „Kultura indywidualizmu”, PWN, Warszawa 2007.
- Macleod J., Oakes R., Copello A., Crome I., Egger M., Hickman M., Oppenkowski T., Stokes-Lampard H., Smith G.D., „Psychological and social sequel of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal general population studies”, The Lancet, vol. 363, 2004.
- March J.C., Oviedo-Joekes E., Romero M., „Drugs and social exclusion in ten European cities”, European Addiction Research, 12, 2006.
- Moskalewicz J., Ward J., Thom B., „Quantities, quality, cost and sources”, (w:) I. Eisenbach-Stangl, J. Moskalewicz, B. Thom (red.) Two worlds of drug consumption in late modern societies, Ashgate 2009.
- Room R., „Control systems for psychoactive substances” (w:) R. Ferrence, J. Slade, R. Room and M. Pope (red.) Nicotine and Public Health, American Public Health Association, Waszyngton 2000.
- Świątkiewicz G., Bujalski M., „The social position of socially integrated and marginalized drug users from an objective and subjective perspective” (w:) I. Eisenbach-Stangl, J. Moskalewicz, B. Thom (red.) Two worlds of drug consumption in late modern societies, Ashgate 2009.

Najnowsze informacje dotyczące sytuacji narkotykowej w Polsce wskazują na pozytywne trendy w używaniu narkotyków. W ostatnich ogólnopolskich badaniach prowadzonych wśród młodzieży szkolnej ESPAD 2007 (IPiN) oraz Młodzież 2008 (CBOS), odnotowano spadek odsetka młodych osób sięgających po narkotyki. W tym roku zostaną przeprowadzone ogólnopolskie badania na populacji generalnej, które pokażą, czy tendencja dotycząca młodzieży odnosi się również do całego społeczeństwa.

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII W POLSCE – ANALIZA ZRÓŻNICOWANIA TERYTORIALNEGO

Artur Malczewski

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

Problem narkomanii charakteryzuje się zróżnicowaniem terytorialnym. Natężenie zjawiska problemowego używania narkotyków czy szkód spowodowanych narkotykami może mieć mniejszą lub większą skalę, w zależności od regionu. Dlatego też Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii od 2001 roku rozwija i wdraża idee monitorowania na poziomie województw, a od 2008 roku również w społecznościach lokalnych. W 2001 roku powstała sieć Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii. W ubiegłym roku po raz pierwszy zorganizowano ogólnopolską konferencję gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii dla samorządów, które przeszły szkolenie w 2008 roku i rozpoczęły monitorowanie na poziomie lokalnym. W ciągu ostatnich dwóch lat odbyło się szereg szkoleń i konferencji wojewódzkich, a szczególną aktywność wykazali eksperci wojewódzcy z województwa łódzkiego i mazowieckiego. W kwietniu tego roku zorganizowana została po raz drugi ogólnopolska konferencja gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii.

Niniejszy artykuł przedstawia analizę zróżnicowania terytorialnego problemu narkotyków i narkomanii oraz działań zapobiegawczych. Do omówienia sytuacji w tym artykule wybrane zostały tylko niektóre wskaźniki. Na wykresach przedstawiono ostatnie dostępne informacje, dane przede wszystkim z roku 2007 i 2008. W ramach monitorowania problemu narkotyków zebrano dane dotyczące: zgłaszalności do leczenia; zgonów z powo-

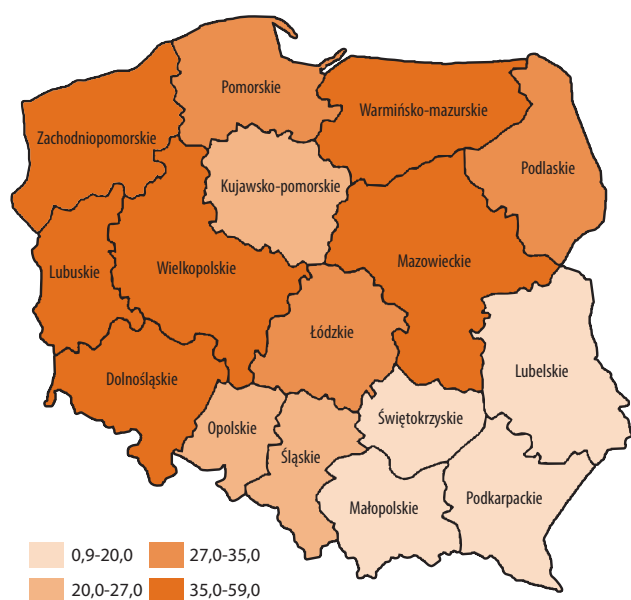
du narkotyków; zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków; skazanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Odpowiedź na problem, czyli działania podjęte w celu ograniczenia skali zjawiska narkotyków i narkomanii, przedstawiają wskaźniki dotyczące: liczby placówek leczenia ambulatoryjnego; liczby osób objętych pomocą społeczną, liczby skazań z ustawy antynarkotykowej, działań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej oraz leczenia i rehabilitacji podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. W celu dokonania porównań między województwami dane zostały przedstawione w postaci wskaźników na 100 tys. mieszkańców lub w przypadku gmin jako ich odsetki.

Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego w 2007 roku

Dane z lecznictwa stacjonarnego zbierane są przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Zgłaszalność do leczenia pokazuje skalę problemowego używania narkotyków. W 2007 roku do szpitali i ośrodków rehabilitacyjnych w celu podjęcia leczenia z powodu używania narkotyków zgłosiły się 12 582 osoby i jest to spadek w stosunku do roku 2006, kiedy liczba osób, które podjęły leczenie wyniosła 13 198 osób. Ponieważ w przypadku placówek stacjonarnych nie ma rejonizacji i np. osoba z województwa mazowieckiego może leczyć się w każdym ośrodku w kraju, przy porównaniach należy wziąć pod uwagę dane według miejsca zamieszkania pacjenta.

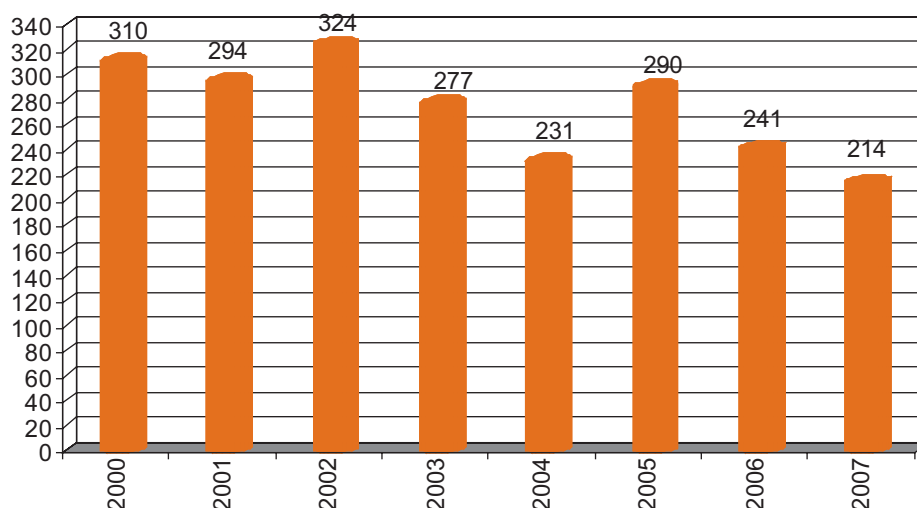
Do analizy zróżnicowania terytorialnego przyjmujemy wskaźnik na 100 tys. osób. Dla Polski wskaźnik wynosi 33. Kartogram 1. przedstawia ostatnie dostępne dane z roku 2007. Najwyższy wskaźnik można zaobserwować w województwie lubuskim – 58,1. Ponadto w czołówce województw, które odnotowują wysokie wskaźniki osób, które zgłosiły się do leczenia, są: województwo mazowieckie (49), zachodniopomorskie (46,2), dolnośląskie (44), warmińsko-mazurskie (40). Inaczej sytuacja przedstawia się w województwach południowo-wschodniej Polski. Podkarpackie (9,9), małopolskie (13,5) świętokrzyskie (19,1) oraz lubelskie (19,8) należą do grupy województw z najniższymi wskaźnikami przyjęć do leczenia na 100 tys. mieszkańców. Widać zatem wyraźne zróżnicowanie terytorialne w przypadku wskaźnika problemowego używania narkotyków pomiędzy poszczególnymi województwami.

Kartogram 1. Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków i narkomanii wg województw w 2007 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Wykres 1. Liczby zgonów z powodu przedawkowania narkotyków (wg krajowej definicji: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) w latach 2000–2007



Źródło: Malczewski (2009), s. 80.

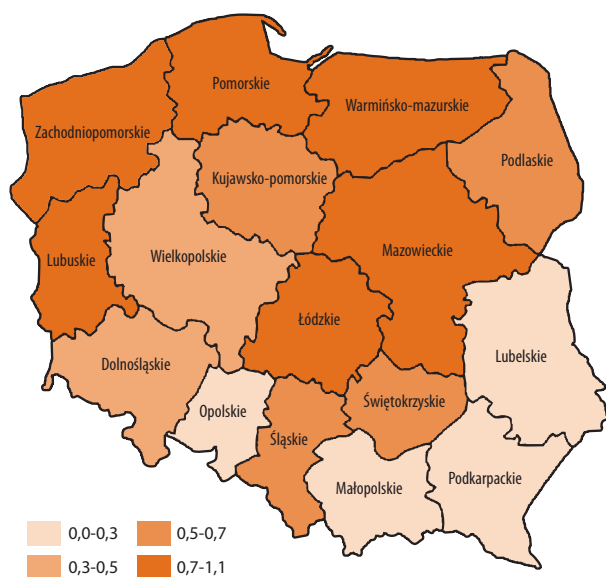
Zgony z powodu używania narkotyków w 2007 roku

Dane dotyczące śmiertelnych przedawkowań z powodu zażywania narkotyków zbierane są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) i corocznie przekazywane do Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN). GUS przesyła dane jednostkowe, tzn. dotyczące poszczególnych przypadków śmierci, które nie pozwalają na zidentyfikowanie zmarłych osób. CINN dane opracowuje i analizuje, a następnie publikuje. Krajową definicję zgonów, która została opracowana w 2005 roku, tworzą kody według międzynarodowej klasyfikacji ICD X: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Ostatnie dostępne dane dotyczą roku 2007, w którym odnotowano 214 przypadków bezpośrednich zgonów z powodu używania narkotyków. Analiza sytuacji w latach 2000–2007 wskazuje na lekki trend spadkowy w liczbie zgonów z powodu narkotyków. Największa liczba zgonów została odnotowana w roku 2002 – 324 osoby. Średnia wieku osób, które zmarły z powodu narkotyków w Polsce należy do jednych z najwyższych w Europie i wynosi 46 lat. Odsetek kobiet wśród 214 przypadków śmiertelnego przedawkowania w 2007 roku wyniósł 36%.

Kartogram 2. przedstawia sytuację w poszczególnych województwach. Liczby zgonów zostały pokazane

jako wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, co umożliwia porównywanie sytuacji pomiędzy województwami. Dla całej Polski wskaźnik wynosi 0,56. Podobnie jak w przypadku wskaźnika zgłaszalności do leczenia, odnotowujemy niskie wartości wskaźnika zgonów na 100 tys. mieszkańców w województwach małopolskim (0,15) oraz podkarpackim (0,19). Jeden z najniższych wskaźników ma również województwo lubelskie (0,18). W województwach północnej oraz środkowej Polski występują najwyższe wskaźniki: łódzkie (0,98), pomorskie (0,95) lubuskie, zachodniopomorskie i mazowieckie (0,89). W czołówce jest również województwo warmińsko-mazurskie (0,70).

Kartogram 2. Zgony z powodu narkotyków wg województw w 2007 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Dane GUS opracowane przez CINN.

Zakażenia HIV w 2008 roku

Ostatnie dane dotyczące zakażeń wirusem HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków w Polsce pokazują tendencję spadkową. W 2004 roku było takich przypadków 187, a w 2008 – 45. Dane za 2008 rok mogą jeszcze nieznacznie wzrosnąć, ponieważ informacje o nowych zakażeniach napływają z pewnym opóźnieniem. Rejestr prowadzony jest przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (NIZP). Centrum Informacji corocznie otrzymuje

dane z NIZP, które są następnie wykorzystywane do analiz wielowskaźnikowych.

Kartogram 3. przedstawia dane dotyczące nowych zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków na 100 tys. mieszkańców za 2008 rok. Najwyższe wskaźniki zakażeń odnotowano w województwie dolnośląskim (0,52), łódzkim (0,28) oraz warmińsko-mazurskim (0,27). Wymienione trzy województwa mają już od kilku lat wysokie wskaźniki. Śląskie (0,13) oraz kujawsko-pomorskie (0,10) miały wskaźniki zbliżone do ogólnopolskiego, który wyniósł 0,12. Najniższy wskaźnik zakażeń wirusem HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków w latach 2004–2007 rejestrowano w województwie świętokrzyskim, lubelskim oraz podkarpackim – w województwach tych w 2008 roku nie odnotowano żadnego takiego przypadku.

Kartogram 3. Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków wg województw w 2008 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego opracowane przez CINN.

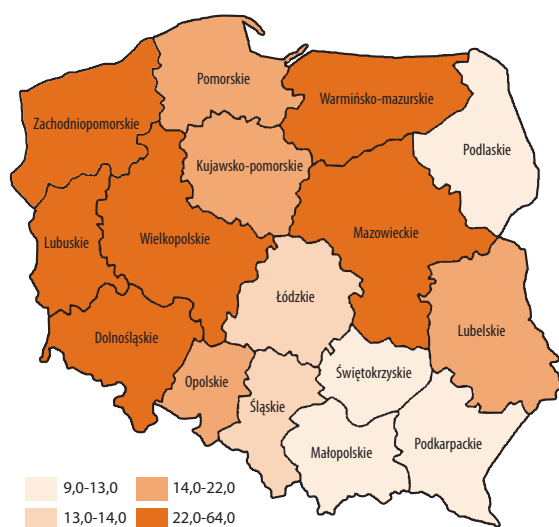
Pomoc społeczna z powodu narkomanii w 2008 roku

Centrum Informacji w ramach monitorowania problemu narkotyków i narkomanii analizuje dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczące liczby rodzin oraz osób objętych świadczeniami

pomocy społecznej z powodu narkomanii. W 2008 roku przyznano świadczenia 3287 rodzinom, z tego 499 na wsi. W sumie pomocą społeczną objęto 6106 osób. Jest to spadek w porównaniu do roku 2007, kiedy pomoc otrzymało 3671 rodzin (515 ze wsi).

Najwięcej osób otrzymało tego rodzaju pomoc w województwach: mazowieckim, dolnośląskim oraz zachodniopomorskim. Do porównań sytuacji między województwami obliczono wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, który dla Polski wynosi 22. Województwa zachodniej części Polski oraz warmińsko-mazurskie i mazowieckie mają najwyższe wskaźniki. Najniższą wartość odnotowujemy dla województw południowo-wschodniej Polski (podlaskie, podkarpackie, małopolskie, świętokrzyskie).

Kartogram 4. Osoby objęte zasiłkami pomocy społecznej z powodu narkomanii wg województw w 2008 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



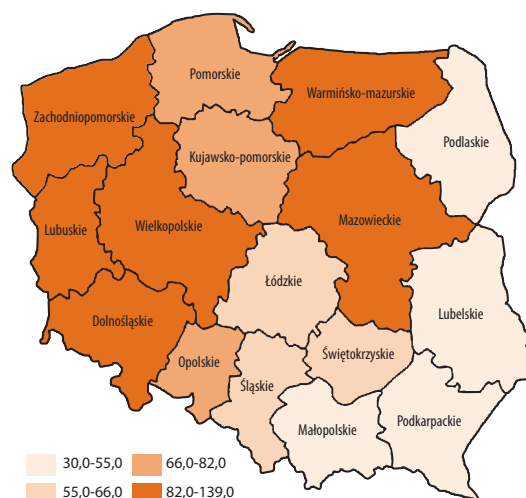
Źródło: Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej opracowane przez CINN.

Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2007 roku

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy są rozpatrywane przez sądy rejonowe, właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Przedstawione na kartogramie 5. dane pochodzą ze statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości. Analizując ostatnie dostępne dane, należy odnotować, że w 2006 roku z ustawy

o przeciwdziałaniu narkomanii skazano prawomocnie 20 381 osób, a w 2007 roku – 20 801. Kartogram 5. przedstawia wskaźniki na 100 tys. mieszkańców dla poszczególnych województw. Wskaźnik ten dla Polski wynosi 77 osób (dane za 2007 rok). Najwyższe wskaźniki rejestrujemy w województwach zachodnich oraz mazowieckim i warmińsko-mazurskim. W pierwszej trójce z najwyższymi wartościami są województwa: lubuskie (138), dolnośląskie (124) oraz mazowieckie (89). Najniższe wskaźniki rejestrujemy w województwach: podkarpackim (31) lubelskim (51), małopolskim i podlaskim (53). Na wykresie widać wyraźną różnicę w sytuacji pomiędzy województwami z Polski zachodniej – które mają wysokie wskaźniki, a Polski wschodniej, gdzie rejestrujemy najniższe wskaźniki. Należy podkreślić, że województwa wschodnie są również terenami leżącymi na granicy, a w związku z tym sprawy dotyczące przemytu ze Wschodu podlegają ich jurysdykcji.

Kartogram 5. Skazani prawomocnie z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2007 roku wg województw (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Dane Ministerstwa Sprawiedliwości opracowane przez CINN.

Krajowa strategia antynarkotykowa

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) na lata 2006–2010 jest czwartą polską strategią antynarkotykową, a trzecią, która opiera się na zasadzie zrównoważonego podejścia, co oznacza, że opiera się w równym stopniu i na działaniach z zakresu redukcji podaży, i na redukcji popytu na narkotyki. KPPN

2006–2010 jest pierwszym, który został uchwalony w randze rozporządzenia. Celem głównym programu jest „ograniczanie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych”. Zadania wyznaczone do realizacji podejmowane są w pięciu obszarach: profilaktyka; leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna; ograniczenie podaży; współpraca międzynarodowa oraz badania i monitoring. Struktura programu opiera się na trzech pierwszych filarach. Dwa pozostałe stanowią wsparcie informacyjne dla realizacji programu. O skali przewidzianych w KPPN działań świadczy liczba instytucji zaangażowanych w jego realizację: 10 ministrów, 23 instytucje centralne, Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne oraz władze samorządowe województw i gmin. W przeciwieństwie do wcześniejszego programu, w obecnym nie ma działań dla powiatów. KBPN odpowiedzialne jest za opracowywanie projektu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Ponadto KBPN we współpracy z innymi instytucjami koordynuje i monitoruje wykonanie KPPN. W ramach prowadzonego monitorowania zbierane są dane od podmiotów realizujących program. Wybrane wyniki zebranych informacji od jednostek samorządu terytorialnego zostaną przedstawione w niniejszym artykule. Informacje ilościowe z ankiet wypełnianych przez gminy są opracowywane przy pomocy pakietu statystycznego SPSS.

Warto nadmienić, że Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest odpowiedzialne za przygotowanie corocznej informacji z realizacji KPPN w formie raportu, który po konsultacjach międzyresortowych przedstawiany jest Radzie Ministrów przez ministra zdrowia. Po zatwierdzeniu przez rząd, raport przedłożony zostaje Sejmowi, który przyjmuje lub odrzuca w głosowaniu powyższy dokument.

Tabela 1. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na realizację KPPN w latach 2006–2008

| Rok | Samorządy gmin | Samorządy województw |
|------|----------------|----------------------|
| 2006 | 51 557 299 | 2 493 070 |
| 2007 | 49 220 415 | 4 430 866 |
| 2008 | 58 689 240 | 4 795 367 |

Źródło: Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.

Reforma samorządowa w 1999 roku spowodowała wzrost aktywności samorządu terytorialnego. Gminy oraz urzędy marszałkowskie aktywnie uczestniczą w realizacji Krajowego Programu. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego stanowią ważną część realizacji KPPN. W tabeli 1. przedstawione zostały nakłady gmin oraz urzędów marszałkowskich na przeciwdziałanie narkomanii. W 2008 roku gminy wydały 58 689 240 złotych, co oznacza wzrost w stosunku do 2007 roku. W przypadku urzędów marszałkowskich odnotowujemy również wzrost z 4 430 866 złotych w 2007 roku do 4 795 367 złotych w 2008 roku.

Działania urzędów marszałkowskich w obszarze profilaktyki

Urzędy marszałkowskie (UM) aktywnie uczestniczą w realizacji KPPN, finansując przede wszystkim programy profilaktyczne. W tabeli 2. przedstawiono ich aktywności w ramach realizacji KPPN w poszczególnych latach. Najczęściej UM podejmowały zadania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej. W 2007 i 2008 roku 15 urzędów marszałkowskich wspierało zadania w tym obszarze. W mniejszym stopniu realizowane były

Tabela 2. Realizacja zadań KPPN z zakresu profilaktyki przez urzędy marszałkowskie w latach 2006–2008

| Zadanie | Liczba UM | | |
|---|-----------|------|------|
| | 2006 | 2007 | 2008 |
| 1. Realizacja programów profilaktyki pierwszorzędowej | 14 | 15 | 15 |
| 2. Dofinansowanie programów profilaktyki drugorzędowej | 14 | 14 | 13 |
| 3. Realizacja szkoleń z zakresu tworzenia wojewódzkich programów przeciwdziałania narkomanii oraz ich ewaluacji | 7 | 8 | 6 |
| 4. Opracowanie i upowszechnienie materiałów informacyjnych | 8 | 9 | 11 |
| 5. Współpraca z mediami | 12 | 12 | 11 |
| 6. Realizacja kampanii społecznych | 14 | 12 | 6 |

Źródło: Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.

Tabela 3. Profilaktyka pierwszorzędowa realizowana przez urzędy marszałkowskie w latach 2006–2008 – działania w szkołach i poza szkołami według liczby odbiorców, placówek, programów oraz organizacji pozarządowych

| Programy profilaktyki pierwszorzędowej | | | | | | | | | |
|--|------------|--------|------------|---------------|--------|------------|---------|---------|---------|
| | w szkołach | | | poza szkołami | | | razem | | |
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Liczba odbiorców | 52 473 | 42 375 | ok. 25 268 | 44 803 | 28 844 | ok. 43 000 | 97 276* | 71 219* | 68 268* |
| Liczba placówek | 588 | 145 | 192 | 222 | 95 | 278 | 810 | 240 | 470 |
| Liczba programów | 43 | 50 | 34 | 71 | 99 | 147 | 114 | 149 | 181 |
| Liczba organizacji pozarządowych realizujących działanie | 30 | 22 | 47 | 62 | 80 | 109 | 92* | 102* | 156* |

*Dane mogą być zawyżone z powodu wykazywania tych samych osób jako odbiorców zarówno programów szkolnych, jak i pozaszkolnych, podobnie w przypadku organizacji pozarządowych.

Źródło: Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.

aktywności dotyczące profilaktyki drugorzędowej. Opracowanie i upowszechnianie materiałów informacyjnych oraz współpraca z mediami były podejmowane w 11 województwach w 2008 roku. Najmniej UM zajmowało się realizacją kampanii społecznych. W porównaniu do 2006 roku liczba UM, które w 2008 roku zajmowały się kampaniami społecznymi spadła o ponad połowę (z 14 do 6).

Przyjrzyjmy się teraz bardziej szczegółowo temu, w jakim zakresie prowadzono działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej w poszczególnych latach realizacji KPPN. W tabeli 3. zawarte zostały dane z programów dofinansowywanych lub realizowanych przez UM w latach 2006–2008. W ankiecie, na podstawie której zebrano poniższe dane, pytano o działania w szkołach i poza nimi. W 2008 roku profilaktyką pierwszorzędową objęto około 25 tys. osób w szkołach i 43 tys. poza

szkołami. W przypadku szkół jest to spadek o więcej niż połowę w porównaniu do roku 2006 (z 52 473 do 25 268), a liczba odbiorców działań poza szkołami pozostała na podobnym poziomie (44 803 i 43 000). Liczba szkół, gdzie prowadzona była profilaktyka zmniejszyła się z 588 do 192, ale wzrosła liczba placówek pozaszkolnych – z 222 do 278. Sumę odbiorców, programów oraz organizacji w ostatnich kolumnach tabeli należy traktować jako dane szacunkowe, ponieważ ci sami odbiorcy mogli zostać objęci działaniami w szkołach oraz poza nimi. Podobna sytuacja może dotyczyć organizacji oraz – w mniejszym stopniu – programów.

W ramach profilaktyki drugorzędowej urzędy marszałkowskie dofinansowały 42 programy dla 11 439 odbiorców. Jest to ponad dwukrotny wzrost liczby osób w porównaniu do roku 2006. Jednakże w porównaniu do roku 2007 jest to spadek o połowę.

Tabela 4. Profilaktyka drugorzędowa realizowana przez urzędy marszałkowskie w latach 2006–2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------|--------|--------|
| Liczba odbiorców | 5 534 | 23 040 | 11 439 |
| Liczba programów | 60 | 84 | 42 |
| Liczba organizacji pozarządowych realizujących działanie | 43 | 57 | 41 |

Źródło: Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.

Tabela 5. Profilaktyka pierwszorzędowa realizowana przez gminy w latach 2006–2008

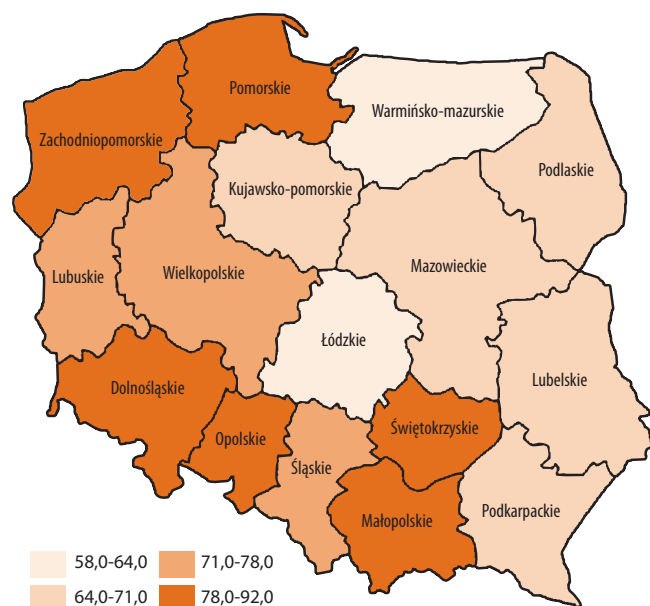
| | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Liczba odbiorców | 1 870 297 | 1 928 981 | 1 817 637 |
| Liczba placówek | 11 347 | 10 072 | 10 199 |
| Liczba programów | 8592 | 9314 | 6940 |
| Liczba organizacji pozarządowych | 3496 | 1779 | 1 665 |

Źródło: Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.

Działania gmin w obszarze profilaktyki

Profilaktyka pierwszorzędowa jest najczęściej finansowaną formą przeciwdziałania narkomanii przez gminy. Odsetek gmin, które wspierały finansowo programy profilaktyki pierwszorzędowej systematycznie rośnie. W roku 2006 profilaktykę pierwszorzędową wspierało 61% gmin, a w latach 2007 i 2008 odpowiednio 68% i 73%. Kartogram 6. przedstawia odsetki gmin w poszczególnych województwach realizujących zadania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej w 2008 roku. Najwięcej gmin wspierało tego typu profilaktykę w województwie pomorskim (92% gmin, które przesłały sprawozdania), zachodniopomorskim (85%), świętokrzyskim (85%), małopolskim (84%), opolskim (82%) oraz dolnośląskim (79%). Najrzadziej zaś wspierały profilaktykę pierwszorzędową gminy województwa warmińsko-mazurskiego (62%) oraz łódzkiego (58%). Działania z zakresu profilaktyki objęły w 2008 roku ponad 1,8 mln osób i jest to niewiele mniej niż w 2006 roku. Prawie 10 200 placówek w Polsce prowadziło działania profilaktyczne ze środków gmin.

Kartogram 6. Odsetki gmin, które w 2008 roku wspierały finansowo programy profilaktyki pierwszorzędowej wg województw



Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Informacji o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.*

Tabela 6. Profilaktyka drugorzędowa realizowana przez gminy w latach 2006–2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|---------|--------|---------|
| Liczba odbiorców | 174 184 | 76 595 | 151 873 |
| Liczba placówek | 1921 | 575 | 2431 |
| Liczba programów | 1209 | 397 | 1040 |
| Liczba organizacji pozarządowych realizujących działanie | 329 | 58 | 376 |

Źródło: *Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.*

Należy podkreślić, że w większości województw odsetek gmin wspierających profilaktykę pierwszorzędową w latach 2006–2008 wzrasta bądź utrzymuje się na bardzo podobnym poziomie. W sumie w 2008 roku w Polsce 1561 gmin dofinansowywało profilaktykę pierwszorzędową (w 2006 – 1348 a w 2007 – 1528).

W przypadku działań z zakresu profilaktyki drugorzędowej, trzeba stwierdzić, że w latach 2006–2008 odsetek gmin realizujących ten rodzaj profilaktyki

Kartogram 7. Odsetki gmin, które w 2008 roku wspierały finansowo programy profilaktyki drugorzędowej wg województw

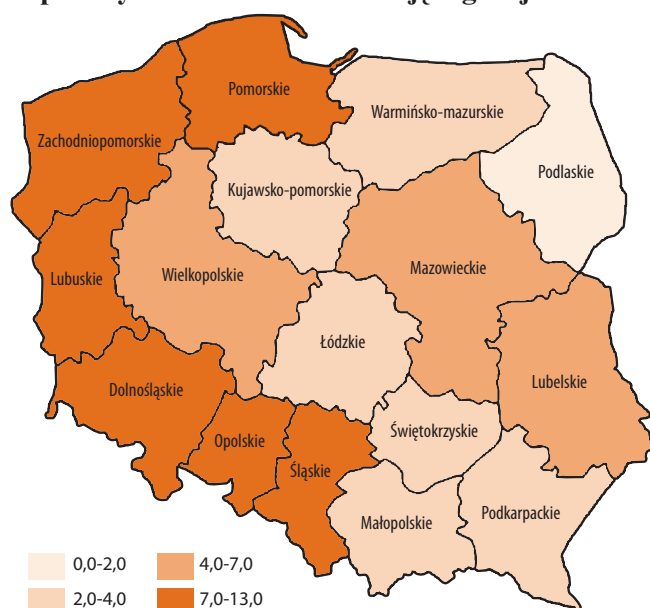


Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Informacji o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008.*

był o wiele mniejszy niż w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej. Dla przykładu w roku 2008 był to stosunek 18% (drugorzędowa) do 73% (pierwszorzędowa). W tym roku w ramach profilaktyki drugorzędowej ze środków gmin działaniami objęto 151 873 osoby w prawie 2500 placówkach, co oznacza prawie dwukrotny wzrost w porównaniu do roku 2007, kiedy to jedynie ponad 76 tys. osób było odbiorcami profilaktyki drugorzędowej. Należy podkreślić, że w roku 2006, czyli w pierwszym roku realizacji KPPN, liczba odbiorców programów oraz liczba programów była większa.

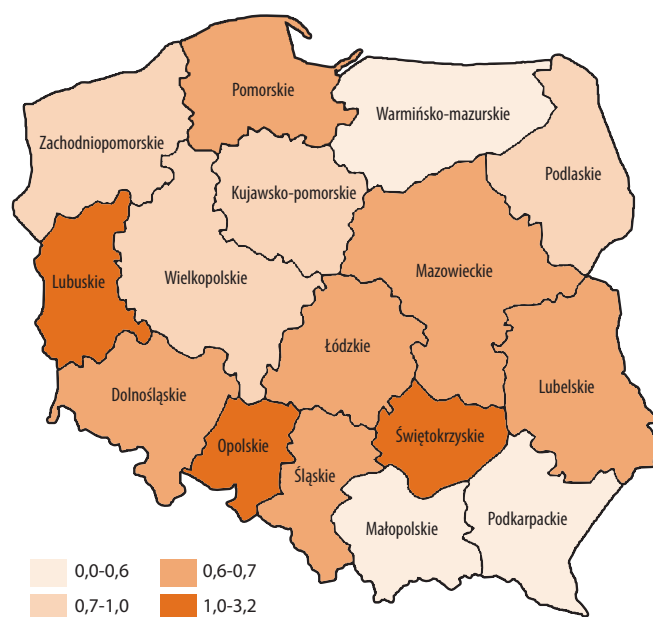
W 2006 roku 17% gmin w Polsce wspierało profilaktykę drugorzędową, a w latach 2007 i 2008 odpowiednio 16% i 18%. Analizując zróżnicowanie terytorialne, widać duże różnice pomiędzy poszczególnymi województwami. Największe odsetki (powyżej 25%) odnotowano, podobnie jak w przypadku profilaktyki pierwszorzędowej, w województwach: zachodniopomorskim (29%), dolnośląskim (27%) oraz pomorskim (26%) (kartogram 7). W czołówce były również województwa śląskie i opolskie (25%), małopolskie (23%) i wielkopolskie (21%). Najrzadziej wspierano profilaktykę drugorzędową w województwie łódzkim (12%), lubelskim (10%), świętokrzyskim (8%) oraz podkarpackim (5%). We wszystkich tych województwach liczba gmin

Kartogram 8. Odsetki gmin, które w 2008 roku wspierały leczenie i rehabilitację wg województw



Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Informacji o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008*.

Kartogram 9. Leczenie ambulatoryjne w 2008 roku (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Narkomania – Gdzie szukać pomocy?*.

realizujących zadania z profilaktyki drugorzędowej spadła w 2008 roku w porównaniu do 2006 roku. W sumie w 2008 roku w Polsce 393 gminy dofinansowywały profilaktykę drugorzędową (w 2006 – 381, a w 2007 – 372).

Leczenie i rehabilitacja

W 2008 roku w ramach realizacji KPPN 6% gmin przeznaczyło środki dla programów zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnień od narkotyków prowadzonych w jednostkach ambulatoryjnych. Łącznie w 2008 roku dofinansowanie objęło 199 programów zdrowotnych w 195 placówkach (poradniach leczenia uzależnień, oddziałach dziennych, klubach, ośrodkach wsparcia i punktach konsultacyjnych) dla 36 563 osób. W 2008 roku dwukrotnie wzrosła kwota środków finansowych przeznaczonych na ten cel w porównaniu do roku 2007. W sumie w 2008 roku programy zdrowotne z zakresu leczenia wspierały 123 gminy. Na kartogramie 8. wyraźnie zaznacza się podział na województwa, w których gminy są bardziej zaangażowane we wspieranie leczenia, i te obszary, gdzie jest znacznie mniejsze zaangażowanie samorządu terytorialnego. Do pierwszej grupy można

zaliczyć województwa na zachodzie i południowym zachodzie kraju, gdzie odsetki gmin kształtowały się na poziomie od 7 do 13%. Do czołówki należy województwo zachodniopomorskie (13%), opolskie (10%), śląskie i pomorskie (9%). Najniższy wskaźnik został odnotowany w województwie podlaskim (1%). Analizując dostępność leczenia ambulatoryjnego, można zauważyć zróżnicowanie pomiędzy województwami. Według ostatniego *Informatora* Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii najwięcej placówek ambulatoryjnych znajduje się w województwie mazowieckim (35 z tego 22 w Warszawie), śląskim (25) oraz lubuskim (23), a najmniej w województwie podlaskim i podkarpackim (po 5). Przyjmując wskaźnik liczby placówek na 100 tys. mieszkańców, największe wartości otrzymujemy w województwie lubuskim (3,2), opolskim (2,5) i świętokrzyskim (1). Najniższe wskaźniki są w województwie małopolskim i podkarpackim (0,3) oraz warmińsko-mazurskim.

Problem narkomanii w Polsce charakteryzuje się zróżnicowaniem terytorialnym. W przypadku większości wskaźników, które są analizowane, widać wyraźny podział na dwa obszary. Województwa Polski północno-zachodniej mają wyższe wskaźniki epidemiologiczne niż Polski południowo-wschodniej. W województwach zachodniej Polski, w porównaniu do województw wschodniej części kraju, znacznie więcej gmin realizuje zadania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

W przypadku działań mających na celu ograniczenie zjawiska, podział Polski kształtuje się podobnie. W województwach zachodniej Polski, w porównaniu do województw Polski wschodniej, znacznie więcej gmin realizuje zadania KPPN. Warto również stwierdzić, że dwa województwa: mazowieckie i warmińsko-mazurskie w przypadku niektórych wskaźników są powyżej średniej ogólnopolskiej.

Analiza ta została oparta tylko na kilku wskaźnikach określających epidemiologię oraz przeciwdziałanie narkomanii. Aby w pełni określić stopień zaangażowania gmin, trzeba wziąć pod uwagę nie tylko to, jak wiele władz lokalnych angażuje się w realizację KPPN, ale także, jakie kwoty są przeznaczane na ten cel w poszczególnych województwach. Jednakże taka analiza przekracza ramy tego artykułu, który miał na

celu przede wszystkim pokazać, jak ważne jest monitorowanie problemu na poziomie województw, a nawet gmin. Jak widać skala problemu może być bardzo zróżnicowana.

Podsumowanie

Analizując zróżnicowanie terytorialne problemu narkotyków i narkomanii, w przypadku większości wskaźników widać wyraźny podział Polski na dwa charakterystyczne obszary. Województwa zachodniej Polski, a przede wszystkim północno-zachodniej, charakteryzują wyższe wskaźniki epidemiologiczne. Z kolei województwa Polski południowo-wschodniej cechuje niższe natężenie problemu narkotyków i narkomanii. Jedynym wyjątkiem jest sytuacja dotycząca wskaźnika HIV, gdzie poza województwem dolnośląskim, wysokie wskaźniki charakterystyczne są dla Polski centralnej. Należy podkreślić, że ten wskaźnik został oparty na niepełnych jeszcze danych.

Bibliografia

- „Informacja z realizacji działań wynikających z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii za lata 2006, 2007 i 2008”.
- Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Kidawa M., Struzik M., Sokołowska E., Strzelecka A., Radomska A., Chojewski D., Bajerowska B., Jędruszek Ł., Muszyńska D., Krawczyk W., „Raport Krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2009.
- Malczewski A., Jaśkiewicz A., „Wybrane dane z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii przez gminy w latach 2006–2008”, *Problemy Narkomanii* nr 4, 2009.
- „Narkomania – Gdzie szukać pomocy?” (informator), Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2009.

WSPARCIE UNIJNE DLA AZJI CENTRALNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

22 stycznia 2010 roku na spotkaniu w Berlinie uruchomiono unijny program działań antynarkotykowych dla państw Azji Centralnej – Central Asia Drug Action Programme (CADAP). Projektowi przewodzi przedstawiciel regionu dr Ingo Michels, a w zarządzie znajduje się m.in. dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński.

Specyfika regionu

W programie uczestniczy pięć państw: Kazachstan, Uzbekistan, Turkmenistan, Tadżykistan oraz Kirgistan. Przez ich terytoria przechodzi tzw. szlak północny, czyli trasa przemytu opiatów z Afganistanu do Rosji i Europy. Wysoka podaż opiatów w okolicach szlaku wpływa na skalę spożycia i wzory używania narkotyków we wspomnianych krajach. Odnotowuje się tam niewielkie spożycie substancji innych niż opiaty, które są głównym narkotykiem przyjmowanym przez ok. 90% problemowych użytkowników. Najczęściej jest to heroina – oprócz Kirgistanu, gdzie używa jej 34% badanej populacji, w pozostałych krajach spożycie jej waha się na poziomie 81-93% wszystkich użytkowników. Co również istotne, prawie zawsze stosowana jest ona dożylnie.

Ważną cechą regionu jest też wyrazisty podział według płci – mężczyźni stanowią ok. 90% użytkowników opiatów.

Zakres programu

Program obejmuje trzy obszary działań. Pierwszy to gromadzenie informacji i dostarczenie rządowi danych statystycznych pomocnych w rozumieniu mechanizmów rynku narkotykowego i prowadzeniu odpowiedniej polityki. Drugim obszarem jest popularyzacja nowych metod leczenia i ich

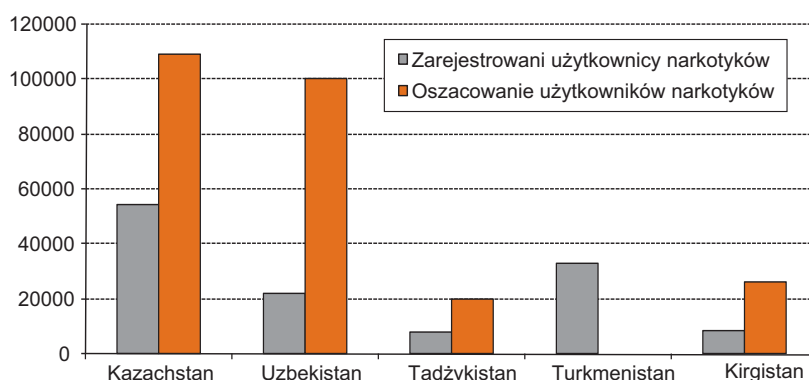
promocja. Dotyczy to zwłaszcza tworzenia zintegrowanych systemów leczenia uzależnień skierowanych m.in. do chorych na AIDS lub żółtaczkę oraz wprowadzenia modelu ciągłego wsparcia dla pacjentów.

Działania z trzeciego obszaru mają wpłynąć na opinię społeczną poprzez rozpowszechnianie w mediach i środowiskach opiniotwórczych rzetelnej informacji o uzależnieniach, leczeniu i profilaktyce.

Przy realizacji projektu mają współpracować przedstawiciele wszystkich środowisk, których dotyczy problem.

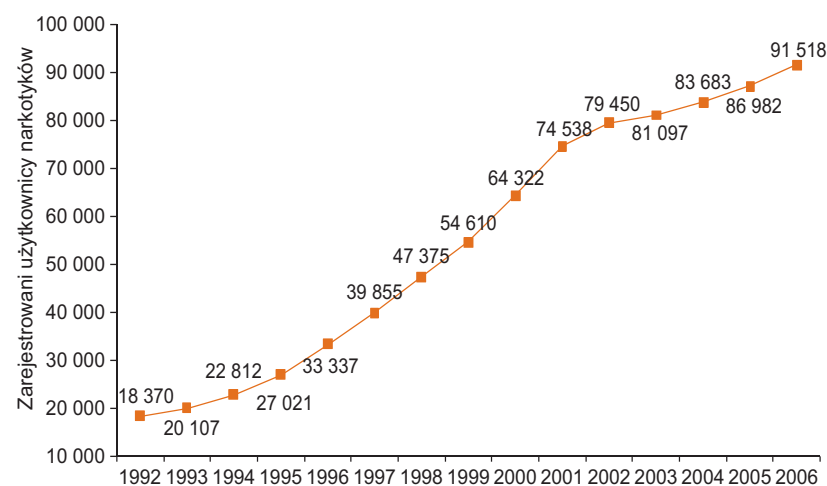
Red.

Wykres 1. Użytkownicy narkotyków w Azji Centralnej



Źródło: UNODC Regional Office for Central Asia

Wykres 2. Zarejestrowani użytkownicy narkotyków w Kazachstanie, Kirgistanie, Tadżykistanie i Uzbekistanie



Źródło: UNODC Regional Office for Central Asia

Gruzja, podobnie jak inne państwa powstałe po rozpadzie ZSRR, zmagają się z narastającym problemem narkotyków i narkomanii. Według nieoficjalnych danych liczba osób regularnie sięgających po narkotyki mieści się w przedziale 250-300 tys. osób (ok. 7% społeczeństwa), z czego około 70% to dożylni użytkownicy narkotyków.

PROBLEM NARKOTYKOWY W GRUZJI

Łukasz Jędruszek

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Największy odsetek osób używających narkotyków notuje się wśród osób poniżej 35. roku życia. Szczególnie niepokoi fakt, iż narkotyki są bardzo powszechne wśród młodzieży przed 18. rokiem życia – przyjmuje je nawet 45% z nich. Do najpopularniejszych substancji wśród tej grupy populacyjnej zalicza się marihuanę, lekarstwa uspokajające i nasenne. W populacji ogólnej najpopularniejszą substancją jest heroina.

Używanie narkotyków w Gruzji podlega surowej penalizacji. Zgodnie z przepisami uchwalonymi w 2008 roku osoba przyjmująca narkotyki trafia do więzienia, gdzie teoretycznie może liczyć na pomoc w postaci programu metadonowego – łącznie dostępnych jest 500 miejsc, jednak biorąc pod uwagę skalę problemu (rocznie trafia do więzień około 2000 osób uzależnionych), jest to liczba dalece niewystarczająca. Zdaniem gruzińskich organizacji pozarządowych większość osób trafia do więzień jedynie za to, że używały narkotyków. W miejscach tych nie otrzymują oni należytej pomocy, a co gorsza, wciąż biorą, ponieważ narkotyki dostarczają im pracownicy więziennictwa. W jednostkach penitencjarnych nie prowadzi się wymiany igieł i strzykawek, dlatego na jeden zestaw przypada nawet 20 użytkowników. Sytuacja ta sprzyja

rozprzestrzenianiu epidemii HIV/AIDS. Przedstawiciele organizacji pozarządowych podkreślają, że poza programem metadonowym dostępnym w więzieniu rząd nie zapewnia żadnej innej pomocy osobom uzależnionym. Szacunki organizacji pozarządowych pokazują, że miesięcznie na „leczenie” jednej osoby uzależnionej osadzonej w zakładzie penitencjarnym przeznaczają się średnio 10 euro.

W Gruzji, poza programami metadonowymi stosowanymi w więzieniach, pomoc osobom uzależnionym świadczą jedynie organizacje pozarządowe, ale tylko w ograniczonym stopniu, gdyż nie dostają na ten cel żadnych funduszy ze strony państwa, oraz Cerkiew prawosławna, finansująca tę działalność z własnych środków. Zdaniem gruzińskich NGO zadania, które w państwach Europy Zachodniej spoczywają na barkach rządu, a w Gruzji wykonywane są przez Cerkiew i niektóre organizacje pozarządowe, nie zyskują przychylności władz.

Gruzińskie organizacje pozarządowe chciałyby zwrócić uwagę rządu na skalę problemu i zaproponować mu sprawdzone rozwiązania, wykorzystywane w krajach Europy Zachodniej. Dlatego 8 grudnia 2009 roku w Tbilisi zorganizowano konferencję *Situation of drug addicts in Georgia – prospects and steps towards the European Integration*. Została ona przygotowana przez gruzińską organizację pozarządową Klub Kobiec PEONI (Women's Club PEONI) we współpracy z Ambasadą RP w Tbilisi, Przedstawicielstwem UE w Gruzji oraz organizacją Open Society Georgia. Głównym celem tego spot-

kania była analiza sytuacji narkotykowej w Gruzji oraz perspektywy dostosowywania rozwiązań w zakresie narkotyków i narkomanii do tych, które obowiązują w Unii Europejskiej. Przedstawiciel Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

został zaproszony na konferencję, aby zaprezentować polskie doświadczenia z zakresu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych.

W konferencji uczestniczył także przedstawiciel gruzińskiego Ministerstwa Pracy, Zdrowia i Spraw Społecznych odpowiedzialnego m.in. za kwestie narkotykowe. Przypomniwał on, że Gruzja jest sygnatariuszem międzynarodowych konwencji narkotykowych, ponadto w 2003 roku weszła w życie ustawa o środkach odurzających, substancjach psychotropowych, prekursorach i pomocy narkologicznej. Jego zdaniem skala problemu znana jest rządowi, wie on także, w jaki sposób należałoby przeciwdziałać narastającemu zagrożeniu, jednak ze względu na skomplikowaną sytuację ekonomiczną i konieczność inwestowania znacznych środków we wzmocnienie potencjału obronnego kraju, na profilaktykę i leczenie wciąż brakuje pieniędzy.

Przedstawiciele gruzińskich organizacji pozarządowych największy problem upatrują w braku odpowiednich działań ze strony rządu. Obecnie w Gruzji, poza programami metadonowymi w więzieniach, pomoc uzależnionym świadczą jedynie organizacje pozarządowe, ale tylko w ograniczonym stopniu, gdyż nie dostają na ten cel żadnych funduszy ze strony rządu (a jedynie ze źródeł zagranicznych, w tym z Polski), oraz Cerkiew prawosławna, finansująca tę działalność ze środków własnych. Zdaniem gruzińskich organizacji pozarządowych zadania, które w państwach Europy Zachodniej spoczywają na barkach rządu, a w Gruzji wykonywane są przez Cerkiew i niektóre organizacje pozarządowe, nie zyskują przychylności władz.

Należy wspomnieć o działaniach podejmowanych przez Fundację Stefana Batorego, która zorganizowała dla trenerów zajęcia z metody 12 Kroków. W wyniku szkolenia Klub Kobiecej PEONI rozpoczął w 2005 roku terapię dla kobiet osadzonych w jednej z kolonii karnych i niepełnoletnich w Tbilisi. W 2006 roku podobna terapia zorganizowana została także w więzieniu w Kutaisi. Rok później do programu przyłączyła się Cerkiew gruzińska, co zaowocowało wprowadzeniem terapii do więzienia w miejscowości Rustawi. Wspominając o pomocy udzielanej gruzińskim organizacjom pozarządowym, nie można zapomnieć o wsparciu okazywanym przez Ambasadę RP w Tbilisi. Ma

ono często wymiar finansowy, jak choćby w ramach tzw. polskiej pomocy zagranicznej.

Na podstawie informacji przedstawionych podczas konferencji można stwierdzić, że sytuacja zarówno osób uzależnionych w Gruzji, jak i instytucji próbujących nieść im pomoc, nie jest zbyt korzystna. Pomimo tego, iż od objęcia władzy przez prezydenta Saakaszwilego kraj ulega procesowi zmiany w zakresie podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, to w obszarze realnej pomocy dla osób uzależnionych niewiele się zmieniło. Wpływ na taki stan rzeczy ma trudna sytuacja gospodarcza, w jakiej znalazła się Gruzja po upadku ZSRR, ale także sposób postrzegania przez decydentów gruzińskich osób uzależnionych jako przestępców, którzy byli świadomi tego, jakie zagrożenie niesie narkomania i dlatego powinni ponieść za to odpowiedzialną karę.

Przeciwnie podejście do problemu prezentują gruzińskie organizacje pozarządowe i Cerkiew prawosławna – ich postrzeganie zjawiska bliższe jest standardom obowiązującym w państwach Europy Zachodniej. Jednak ich nastawienie i praca nie przyniesie pożądaných efektów (na szeroką skalę), jeśli nie zyska wsparcia ze strony gruzińskich władz. Wydaje się, iż warto byłoby pokazywać decydentom gruzińskim, że rozsądna polityka antynarkotykowa daje pozytywne efekty, a leczenie osób biorących narkotyki jest tańsze niż zamykanie ich w więzieniach, a co najważniejsze – działania te mają zdecydowanie korzystny wpływ na poziom zdrowia publicznego. Zmiana obecnego sposobu myślenia raczej nie będzie łatwa, jednak w procesie tym pozytywną rolę mogłyby odegrać instytucje europejskie (oprócz Unii Europejskiej także Grupa Pompidou Rady Europy) oraz Polska, przedstawiając gruzińskim rządzącym zalety racjonalnej polityki antynarkotykowej, tzn. takiej, która oprócz ograniczenia podaży kłaść będzie także nacisk na redukcję popytu.

W przygotowaniu niniejszego tekstu korzystałem z materiałów konferencyjnych oraz z opracowania na temat sytuacji narkotykowej w Gruzji przygotowanego przez Lecha Kończaka, sekretarza ds. pomocy rozwojowej Ambasady RP w Tbilisi.

Do tej pory wiele działań edukacyjnych z obszaru uzależnień skierowanych było przede wszystkim do młodzieży szkolnej i studentów – ludzi młodych, dokonujących pierwszych ważnych wyborów, uczących się podejmowania decyzji, stojących u progu dorosłego życia. Tymczasem od dawna da się zauważyć, że problem zażywania substancji psychoaktywnych dotyczy nie tylko młodzieży, ale także osób dorosłych – powyżej 25. roku życia. Te obserwacje stały się impulsem do realizacji społecznej kampanii antynarkotykowej „Czas zmienić przyzwyczajenia”. Jest ona adresowana do osób sięgających po środki psychoaktywne sporadycznie, okazjonalnie, stąd świadomie nie stosuje się w niej określeń typu „uzależnienie”, „nałóg”, zastępując je słowem „przyzwyczajenie”.

CZAS ZMIENIĆ PRYZWYCZAJENIA – WOJEWÓDZKA ANTYNARKOTYKOWA KAMPANIA SPOŁECZNA

Krzysztof Faliński

Dyrektor Wydziału Współpracy Społecznej

Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Małgorzata Kuncewicz, Kamil Klebański

Wydział Współpracy Społecznej

Wstęp

Do celów strategicznych województwa zachodniopomorskiego należy nie tylko dbanie o jego wszechstronny rozwój czy zapewnienie porządku publicznego, ale również zwiększenie poczucia bezpieczeństwa ludności i kreowanie zdrowego stylu życia, w tym przeciwdziałanie uzależnieniom. W 2006 roku do realizacji przyjęty został Wojewódzki Program Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2006–2015. Program jest najważniejszym aktem prawa lokalnego, wyznaczającym kierunki działań wszystkich osób, instytucji oraz jednostek zajmujących się problematyką uzależnień na terenie województwa zachodniopomorskiego.

Głównym celem Programu jest ograniczenie skutków społecznych nadmiernego używania substancji psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa. Z wykonaniem tego zadania związane są różnorodne formy działań oraz liczne cele szczegółowe ujęte w Programie. Wśród nich znajduje się inicjowanie własnych, innowacyjnych projektów oraz podejmowanie działań na rzecz aktywnego uczestnictwa mediów w ukazywaniu szeroko rozumianych problemów uzależnień, a także inicjowanie i wdrażanie kampanii medialnych. Pomysłem i sposobem na realizację tego celu jest wdrożenie w województwie kampanii antynarkotykowej pod nazwą „Czas zmienić przyzwyczajenia”, skierowanej do osób dorosłych.

Działania województwa w zakresie realizacji Programu skupione były dotychczas na wspieraniu rozwoju, modernizacji i zwiększaniu dostępności usług terapeutycznych dla osób uzależnionych i współuzależnionych. Realizuje się liczne zadania i nawiązuje współpracę zmierzającą do zmniejszenia spożycia alkoholu oraz zahamowania tempa wzrostu popytu na narkotyki. Wśród tych zadań znajduje się m.in. realizowana poprzez różne formy edukacja społeczeństwa w zakresie konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych, metod zapobiegania oraz ograniczania negatywnych skutków zachowań osób uzależnionych.

Do tej pory działania edukacyjne skierowane były przede wszystkim do młodzieży szkolnej i studentów – ludzi młodych, dokonujących pierwszych ważnych wyborów, uczących się podejmowania decyzji, kształtujących swoją osobowość, stojących u progu dorosłego życia. Tymczasem od dawna da się zauważyć, że problem zażywania substancji psychoaktywnych dotyczy nie tylko młodzieży, ale także osób dorosłych – powyżej 25. roku życia. Pomysł realizacji kampanii skierowanej do ludzi dorosłych, o ustabilizowanej sytuacji społecznej, zrodził się dawno i długo dojrzewał do realizacji. Niełatwo wskazywać na problem ludziom dojrzałym, ukształtowanym, przekonanym o słuszności własnych zachowań i kontroli nad swoim życiem. Ale problem istnieje, nie można go lekceważyć i stąd na

teren województwa zachodniopomorskiego kampania „Czas zmienić przyzwyczajenia”. Na jej efekty i ocenę trzeba będzie jeszcze poczekać, ale już dziś – w kilka tygodni po starcie, można powiedzieć, że choć momentami kontrowersyjna – została zauważona i nie jest ludziom obojętna.

Wskazania do realizacji kampanii

Przygotowanie i wdrożenie kampanii „Czas zmienić przyzwyczajenia” poprzedzone było wieloletnimi obserwacjami prowadzonymi m.in. w placówkach leczenia odwykowego, śledzeniem pojawiających się w mediach i na portalach internetowych artykułów, analizowaniem danych związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych, dyskusjami z pracownikami leczenia odwykowego. Działalność urzędników, którzy pracowali nad kampanią, polega nie tylko na analizie danych, wyników badań i raportów, ale także na obserwacji uczestniczącej, prowadzonej m.in. w klubach rozrywkowych czy poprzez wywiady z użytkownikami substancji psychoaktywnych.

Dziennik „Rzeczpospolita” już w 2003 roku (25 sierpnia) zamieściła wywiad Andrzeja Stankiewicza z Bogusławą Bukowską, wicedyrektorem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, która zauważyła, że: „Narkotyki wkraczają w świat osób powyżej 25. roku życia. Często nawet inicjacja narkotykowa zdarza się w późniejszym wieku. (...) Dorośli sięgający po narkotyki już mają lub będą mieli dzieci. Jest szansa, że dzięki temu, że zetknęli się z problemem narkotyków, będą potrafili rozmawiać o nich w rodzinie. Teraz dla rodziców to temat tabu”.

O interesujących z punktu widzenia kampanii wynikach badań przeprowadzonych na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeczytać można m.in. w artykule „Dorośli w świecie konopi”¹. Wyniki te pokazują, że zażywanie narkotyków przestaje być w Polsce domeną młodzieży. „Stosowanie narkotyków nie ogranicza się też do młodych dorosłych pobierających naukę w szkołach lub na uczelni” – wyjaśnia specjalista od uzależnień dr Janusz Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, który przygotował raport z badań. „Nadszedł czas na objęcie działaniami profilaktycznymi nie tylko młodzieży w wieku szkolnym, ale także przynajmniej młodych dorosłych” – uważa Sierosławski. Przytacza on co najmniej dwie

przyczyny sięgania po narkotyki przez dorosłych: „W wiek dorosły wkroczyli ludzie, którzy dorastali w poprzedniej dekadzie i już wówczas mieli kontakt z narkotykami. Pod wpływem kultury zachodniej zmienił się też stosunek części dorosłych Polaków do niektórych narkotyków, zwłaszcza miękkich. W krajach zachodnich problem narkomanii dawno przestał dotyczyć tylko młodzieży. Badania wśród dorosłych mieszkańców europejskich metropolii pokazują popularność narkotyków, głównie – tak jak w Polsce – pochodnych konopi indyjskich”.

W tym samym artykule szefowa Monaru Jolanta Łazuga-Koczurowska twierdzi: „Dorośli rzadko zgłaszają się do specjalistów od uzależnień narkotykowych. Przez długi czas uważają, że mają kontrolę nad zażywaniem. A narkotyki są wśród osób starszych coraz bardziej widoczne. (...) Wśród osób starszych, do 35. roku życia, jedna trzecia to ci, którzy zaczęli zażywać, kiedy byli młodszy. Czasem traktują narkotyki jako łagodniejszą używkę od alkoholu, a to bardzo zdradliwe. Jest też grupa »młodych lwów«, ludzi robiących karierę i biorących środki odurzające, by wydajniej pracować”. Podobnego zdania jest dr Jacek Szczepkowski z Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, który poproszony został o wyrażenie zdania w sprawie kampanii „Czas zmienić przyzwyczajenia”. W nadesłanej opinii stwierdza: „Problem nadużywania różnych narkotyków ma w Polsce od dłuższego czasu charakter epidemiologiczny. Do tej pory jednak głównie kojarzony był z dziećmi i młodzieżą. Coraz więcej doniesień wskazuje jednak, iż odurzanie się substancjami chemicznymi dotyczy nie tylko wymienionych kategorii wiekowych, ale także tzw. młodych dorosłych i osób dojrzałych, o względnie ustabilizowanej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Konstatacja ta jest oczywista, kiedy weźmiemy pod uwagę fakt, iż zwiększenie procedury zażywania narkotyków w Polsce było pośrednim następstwem zmian społeczno-politycznych przypadających na przełom lat 80. i 90. ubiegłego wieku. Ówczesne pokolenie młodzieży zyskało większy dostęp do różnych substancji uzależniających, co skutkowało naturalnie wzrostem tendencji do ich używania. Dla części z nich niestety, nie były to zachowania normatywne, związane tylko i wyłącznie z eksperymentowaniem i z czasem przerodziły się w bardziej trwałe nawyki postępowania.

Stąd na uznanie zasługują wszelkie działania, które wpisują się w szeroko rozumiane oddziaływania profilaktyczno-edukacyjne adresowane do tej kategorii odbiorców, jaką stanowią dzisiejsi 30-40-latkowie”.

Na problem zażywania substancji psychoaktywnych przez beneficjentów kampanii „Czas zmienić przyzwyczajenia” wpływa specyfika województwa zachodniopomorskiego. Ze względu na przygraniczne położenie i obecność wielu przejść granicznych mamy tu do czynienia z rozwiniętym handlem narkotykami. Dzięki wejściu do Strefy Schengen istnieje zapewniająca anonimowość swoboda przepływu osób wewnątrz Unii Europejskiej. W regionie krzyżują się szlaki narkotyczne północ-południe i wschód-zachód. Duży wpływ na dynamiczny ruch społeczny ma także turystyczny charakter województwa.

Innym czynnikiem jest niski poziom płac, z powodu którego podejmuje się prace dodatkowe. Zdarza się, że dorośli ludzie stosują amfetaminę jako remedium na zmęczenie. Podobne stymulanty używane są w środowiskach studenckich.

Model zażywania narkotyków w województwie zachodniopomorskim upodobił się do modelu zachodnioeuropejskiego. Narkotyki w regionie przestały być domeną określonej grupy społecznej. Są przyjmowane zarówno przez osoby ze środowisk dysfunkcyjnych, jak i przez tych, którzy chcą za pomocą narkotyku poprawić sobie samopoczucie czy też własne zdolności psychospołeczne. Zdecydowanie akcentuje się unifikację wzorca używania substancji psychoaktywnych.

Według danych Komendy Wojewódzkiej Policji w Szczecinie nie istnieje problem z dostępem do substancji psychoaktywnych. Bardzo popularna jest amfetamina i konopie indyjskie. Niezmiennie duży popyt występuje na narkotyki syntetyczne. Wciąż na wysokim poziomie utrzymuje się produkcja amfetaminy i ecstasy. Coraz większym zainteresowaniem, szczególnie w dużych aglomeracjach miejskich, cieszy się kokaina, która trafia do Polski z zagranicy, głównie z Niemiec.

Sygnali o problemie zażywania substancji psychoaktywnych przez osoby dorosłe docierają również z placówek leczenia odwykowego w województwie zachodniopomorskim, m.in. Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR czy Zachodniopomorskiego Oddziału Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”. Wiesława Cegłowska, przewodnicząca TRiPDU „Powrót z U” w Szczecinie

twierdzi: „Podczas pracy z uzależnionymi zauważamy występujący problem spożywania substancji psychoaktywnych przez osoby dorosłe. Do naszej poradni zgłaszają się osoby dorosłe, mające problem z różnego typu uzależnieniami, w tym łączące leki z alkoholem”.

Osoby dorosłe o ustabilizowanej sytuacji społecznej, tj. uczące się i pracujące, są częstymi pacjentami wspomnianych placówek. Powody, dla których zgłaszają się do poradni, to problemy z utrzymaniem związków z partnerami i rodziną, presja rodziny, zaburzenia psychiczne wynikające z używania narkotyków oraz nakazy sądowe. Duża część pacjentów łączy narkotyki z alkoholem.

Opisane powyżej zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych przez dorosłych potwierdzają dane Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Osoby powyżej 30. roku życia stanowią dość dużą grupę osób leczących się z powodu zaburzeń będących konsekwencją używania środków psychoaktywnych (grupy F11-F19 wg ICD-10).

Tabela 1. Osoby leczące się z powodu zaburzeń wynikających z używania środków psychoaktywnych

| Rok | Grupa wiekowa 19-29 lat | Grupa wiekowa 30-64 lata |
|------|----------------------------|-----------------------------|
| 2007 | 541 | 614 |
| 2008 | 417 | 523 |

Źródło: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie.

Opis kampanii

Kampania antynarkotykowa „Czas zmienić przyzwyczajenia” ma zwrócić uwagę społeczną na problem zażywania substancji psychoaktywnych przez ludzi dorosłych oraz na zagrożenia związane z tym zjawiskiem, ze szczególnym uwzględnieniem problemów łączących się z aktywnością zawodową i życiem rodzinnym oraz motywami sięgania po substancje psychoaktywne przez osoby w okresie stabilizacji życiowej.

Kampania, w odróżnieniu od innych tego typu projektów, nie celuje w osoby uzależnione, wymagające podjęcia leczenia terapeutycznego, ale adresowana jest do osób sięgających po środki psychoaktywne sporadycznie, okazjonalnie, stąd świadomie nie stosuje się w niej określeń typu „uzależnienie”, „nałóg”, zastępując je słowem „przyzwyczajenie”.

„Czas zmienić przyzwyczajenia” to kampania typu outdoor, bazująca na przekazie zewnętrznym, w określonych miejscach i czasie poprzez nośniki reklamowe. To także kampania medialna, korzystająca z możliwości i zasięgu różnego rodzaju mediów – prasy, radia i telewizji.

Omówione wcześniej badania wskazują na tendencje wzrostowe w zakresie zażywania substancji psychoaktywnych przez osoby o ustabilizowanej pozycji społecznej i zawodowej w wieku 25-45 lat.

Grupą docelową kampanii są osoby dorosłe, nie uzależnione od substancji psychoaktywnych, lecz eksperymentujące lub zażywające je sporadycznie.

Problem dotyczy w konsekwencji nie tylko jednostek, ale także ich rodzin i całego społeczeństwa. Nawet sporadycznie zażywane narkotyki mogą wpływać i bardzo często wpływają szkodliwie na najważniejsze obszary życia człowieka – zdrowie, szczęście, życie rodzinne, pracę, finanse oraz możliwość zatrudnienia czy awansu.

Z pozoru niewinne eksperymentowanie czy okazjonalne sięganie po środki psychoaktywne prowadzić może do naruszenia przez osoby nietrzeźwe prawa i porządku

publicznego. Powodować też może poważne szkody występujące w rodzinach – utratę zaufania, brak zrozumienia, a w najgorszych przypadkach – przemoc, demoralizację, pogorszenie sytuacji materialnej.

Kampania ma w założeniu ukazać beneficjentom szkodliwości substancji psychoaktywnych, a także skutków ich spożywania – uzależnienie, problemy w pracy, osamotnienie i brak zrozumienia związane z nałogiem.

Celem kampanii jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych oraz redukcja związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Kampania ma być motywacją do podejmowania dyskusji na temat zagrożeń płynących ze stosowania substancji psychoaktywnych, a także promocją zdrowego stylu życia. Ma odwieść dorosłych od złych nawyków, przyzwyczajzeń, nałogów, nakłonić do poszukiwania alternatywnych rozwiązań i sposobów na wypełnienie codzienności.

Produkty kampanii

Najważniejszymi nośnikami treści kampanii są jej produkty w postaci ulotki, billboardu, spotu radiowego oraz strony internetowej.

Ulotka w najszerszy sposób opisuje kampanię. Zawiera informacje na temat problemu nadużywania narkotyków ze wskazaniem, że problem ten najczęściej mylnie kojarzony jest z młodzieżą oraz iniekcyjnym zażywaniem substancji. W ulotce wymienione zostały niektóre przyczyny sięgania po narkotyki przez osoby dorosłe, w tym upowszechniający się model okazjonalnego, intencjonalnego, celowego używania substancji psychoaktywnych, nierzadko pod wpływem otoczenia oraz coraz szersze liberalne nastawienie do tzw. miękkich narkotyków.

PRZYDATNE LINKI

Strona Wydziału Współpracy Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego
www.wzwp.wzp.pl

Interaktywny Punkt Informacyjny - Konsultacje o uzależnieniach i patologach społecznych związanych z uzależnieniami
www.pogodaj.onet.pl

Informacje o placówkach udzielających pomocy osobom uzależnionym od narkotyków na terenie całej Polski.
www.narkomania.gov.pl/informacje

Kampania "Czas zmienić przyzwyczajenia"
www.zmienprzyzwyczajenia.wzp.pl

Partnerzy medialni: TVP Szczecin, Kurier Zachodni, Radio Kujawskie, InfoLud.pl, iCity, CMC

SPONSOROWANO ZE ŚRODKÓW WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA UŻYCIEM ZWIĘDŁOM NA LATA 2006/2015 I UŁOŻYCH W BUDŻECIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO W 2015 ROKU

PROBLEM NADUŻYWANIA NARKOTYKÓW

- Najczęściej mylnie kojarzony jest tylko z młodzieżą oraz iniekcyjnym zażywaniem narkotyków.
- Nowe badania wykazują, że przestaje dotyczyć tylko młodzieży.
- Coraz częściej dotyka osób dorosłych, powyżej 25 roku życia i starszych, o ustabilizowanej pozycji społeczno-ekonomicznej.
- Doradzi ostrzegają, że kontrolując swoje zażywanie rzadko zyskują się do specjalistów od uzależnień.

NIEKTÓRE POWODY SIĘGANIA PO NARKOTYKI PRZEZ OSOBY DOROSŁE

- Upowszechnianie się modelu okazjonalnego, intencjonalnego, celowego używania substancji psychoaktywnych.
- Poszukiwanie form przezwycięzania bezbarwności codziennego życia, walka z nudą, poczuciem bezsensu, brakiem zainteresowań.
- Wpływy otoczenia.
- Zmiana stosunku części dorosłych do niektórych narkotyków w miarę przesłania wpływów kultury zachodniej.
- Coraz szersze liberalne nastawienie do tzw. „miękkich” narkotyków.

ZAGROŻENIA

- Zażywanie okazjonalne jest bardziej niebezpieczne od używania eksperymentalnego, w związku z powtarzalnością zachowań i sięganiem po różne substancje równocześnie.
- Funkcjonalne używanie substancji psychoaktywnych w celu zwiększenia efektywności i skuteczności uczenia się i pracy w okresie osłabia pamięć i koncentrację oraz prowadzi do utraty zainteresowań.
- Przez znanych szkód zdrowotnych okazjonalne zażywanie narkotyków prowadzi może do zerwania więzi rodzinnych, narastających problemów w pracy, uzależnienia, a w końcu osamotnienia i braku zrozumienia związanego z nałogiem.

CO W ZAMIAN?

Życie jest proste, po co je komplikować, wystarczy:

- Niech wiesz tego, co chcesz.
- Jeśli coś nie działa, rób coś innego.
- Nie poprawiać łoga, co się nie zgadza.

Warto być asertywnym:

- Bronić własnych praw, szanując jednocześnie prawa innych.
- Wyrażać swoje potrzeby, poglądy i zdania.
- Mieć wiarę w siebie.

Warto jest mieć zainteresowania, hobby, pasję:

- Znajdować dla nich czas, doceniać, dbać, kochać.

Dobrze jest mieć zainteresowania, hobby, pasję:

- Poznać ich, rozwijać, znajdować radość i zadowolenie.





Ulotka wskazuje na zagrożenia płynące z okazjonalnego zażywania, w zamian proponując stawianie na własny rozwój, trening asertywności, dbałość o własne otoczenie, w tym rodzinę i pracę.

Billboard ma przyciągnąć uwagę beneficjentów, skierować ją na problem. W tym celu wykorzystany został graficzny obraz kampanii oraz jej główne hasło. Talerz z narkotykami ma zwrócić uwagę na dostępność środków psychoaktywnych, upowszechnianie się ich w naszej codzienności i wiążące się z nimi nawyki oraz przyzwyczajenia. Hasło zawiera tytuł kampanii, który ma się utrwalić w świadomości, zachęcić do poszukiwania dalszych informacji na jej temat.

Spot radiowy nawiązuje do sytuacji związanych z codziennym dorosłym życiem. Głosy przełożonego, żony, dziecka, miejski gwar przypominają o sprawach i obowiązkach każdego, żyjącego w ustabilizowanej sytuacji społecznej, człowieka. Narkotyki nie pomagają opanować codzienności, uporządkować życia, nie powinny być kojarzone z wytchnieniem, odpoczynkiem, chwilowym zapomnieniem o rzeczywistości. Jeśli tak się zdarza – czas zmienić przyzwyczajenia.

Strona www.zmienprzyzwyczajenia.wzp.pl zawiera szczegółowy opis kampanii, prezentację jej produktów i partnerów. Na stronie zamieszczone są artykuły prasowe omawiające i komentujące kampanię. Można tu też znaleźć przekierowanie do innych stron internetowych związanych z problematyką uzależnień.

Utworzono również stronę w wersji przeznaczonej dla posiadaczy telefonów komórkowych www.zmienprzyzwyczajenia.mob.pl.

Realizacja kampanii

Kampania ma zasięg wojewódzki, dlatego Urząd Marszałkowski poprosił zachodniopomorskie gminy

o jej nagłośnienie i włączenie się w działania. Ponad dwadzieścia gmin podpisało porozumienie w sprawie realizacji kampanii na swoim terenie. Zapewniają one dystrybucję materiałów reklamowych i promocję kampanii w lokalnych mediach.

W celu zapewnienia jak najszerszego odbioru kampanii do działań włączono media. Patronami medialnymi są TVP o/Szczecin, „Kurier Szczeciński” i Polskie Radio Szczecin. Ponadto partnerami kampanii, czynnie włączającymi się w jej realizację, są Polskie Radio – Regionalna Rozgłośnia w Koszalinie, internetowy portal informacyjny Infoludek.pl, mobLink, RCJ reklama w autobusach, TV City, Agencja Reklamowa DCS.

Oficjalnie kampania rozpoczęła się 5 maja 2010 roku konferencją prasową, podczas której zaprezentowane zostały jej założenia, cele, produkty, grupa docelowa. Konferencja zapoczątkowała medialną realizację kampanii – artykuły informacyjne, emisje spotów radiowych, przekaz telewizyjny, zamieszczenie bannera reklamowego w partnerującym serwisie internetowym.

Równocześnie na powierzchniach i nośnikach reklamowych pojawiły się produkty kampanii. Jej graficzny obraz i podstawowe hasło – czas zmienić przyzwyczajenia – znalazły się na billboardach i w środkach komunikacji miejskiej.

Ważnym, bo zawierającym pełną informację, produktem kampanii jest ulotka. 15 tys. jej egzemplarzy rozdano podczas Europejskiej Nocy Muzeów w Muzeum Narodowym w Szczecinie.

Kampania realizowana będzie do końca sezonu urlopowego 2010 roku. Przez cały okres jej trwania promowana będzie w mediach, internecie, na powierzchniach reklamowych, poprzez kolportaż ulotek. Aby trafić do jak największej liczby beneficjentów, ulotki eksponowane będą m.in. w bankach, urzędach pracy, przychodniach, pubach, podczas wakacyjnych wydarzeń rekreacyjno-rozrywkowych.

Szeroka promocja produktów kampanii na terenie całego województwa zachodniopomorskiego ma skłonić beneficjentów do zastanowienia, refleksji, jak wiele jest w życiu do stracenia i jak łatwo z powodu narkotyków utracić stabilizację życiową, rodzinę, szacunek do samego siebie.

Przypisy

¹ http://new-arch.rp.pl/artukul/448448_Dorosli_w_swiecie_konopi.html

SERWISY NA TEMAT KOMERCYJNYCH CENTRÓW LECZENIA UZALEŻNIEŃ



IZRAEL – OŚRODEK DLA NARKOMANÓW W POBLIŻU WZGÓRZ GOLAN

Strona www.haderech.org prezentuje placówkę leczenia stacjonarnego należącą do stowarzyszenia pod nazwą „Sposób”, która znajduje się w górach, w północnej części Izraela. Czas trwania leczenia w niej to osiem miesięcy (jak podają autorzy serwisu jest to dwa razy dłużej niż przewidują to standardy w USA dotyczące metody 12 Kroków). Ośrodek jest otwarty, zgodnie z ideą dobrowolności leczenia, czego symbolem jest brak ogrodzeń czy innych barier wokół placówki. Centrum odwykowe ma charakter wspólnoty osób uzależnionych, bez względu na specyfikę ich uzależnienia. Leczą się tutaj razem narkomani, alkoholicy, osoby z zaburzeniami odżywiania czy hazardziści. Terapeuci nie tworzą oddzielnych grup. Na stronie internetowej

znajdziemy formularz rekrutacyjny wraz z procedurą przyjęcia do ośrodka, teksty pomocnicze dla osób uzależnionych i ich rodzin w postaci artykułów i wykładów na temat podstawowej metody leczenia oraz innych metod stosowanych przez Stowarzyszenie „Sposób”, filmy prezentujące życie codzienne w ośrodku oraz metodykę pracy terapeutycznej, w tym elementy muzykoterapii czy medytacji, oraz (za zgodą pacjentów) analizy i opisy konkretnych przypadków. W centrum pracuje 19 osób personelu, w tym m.in. pracownicy socjalni, lekarz neurolog, psychiatra, pielęgniarka i trener-instruktor przydzielony do grup tylko dla uzależnionych kobiet (np. specjalne zajęcia psychodramy tylko dla kobiet). Kobiety w ośrodku korzystają także z specjalistycznych porad i opieki medycznej, natomiast większość programu ma charakter koedukacyjny.



12 KROKÓW W LUKSUSOWYCH OŚRODKACH NA ŚWIECIE

<http://www.12step.com> to portal międzynarodowej sieci ekskluzywnych ośrodków tzw. Residential Drug and Alcohol Addiction Treatment Center. Strona zawiera także polską wersję językową, na której autorzy objaśniają użyteczność programu 12 Kroków – efektywnego przy leczeniu i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. „12-etapowy program po raz pierwszy wprowadzony został przez Anonimowych Alkoholików w 1939 roku. Program ten stał się niezwykle popularny, stosuje go wiele światowych ośrodków leczenia osób uzależnionych od alkoholu czy narkotyków, a także innych tzw. addict clients” – przeczytamy na stronie. Serwis zawiera wyszukiwarkę ekskluzywnych centrów rehabilitacji i leczenia osób uzależnionych wchodzących w skład sieci. Oprócz USA

i krajów europejskich, wyszukiwarka oferuje szczegółowe opisy ośrodków w Hong Kongu, Kenii, Nepalu czy na Mauritiusie. Osoby uzależnione mogą dochodzić do zdrowia w ośrodkach nadmorskich, takich jak Stepping Stones na wybrzeżu południowoafrykańskim czy wśród egzotycznego krajobrazu Tajlandii w Channah Thailand, które oprócz zajęć w plenerze umożliwiają korzystanie z sauny, basenu, wycieczek krajoznawczych czy ekstremalnych. Ośrodki oferują całodobową opiekę najlepszych fachowców z branży rehabilitacji i leczenia, oczywiście za odpowiednią opłatą, dostosowaną zarówno do standardu, jak i indywidualnych potrzeb klienta. Cenę pobytu i terapii można ustalić jedynie telefonicznie. Na stronie nie znajdziemy cenników.



NUMER JEDEN W USA POD WZGLĘDEM EFEKTYWNOŚCI?

„Alkoholizm i narkomania nie są chorobą, a jedynie wyuczonym zachowaniem, które da się zmodyfikować” – czytamy na stronie www.soberforever.net, reklamującej alternatywny wobec 12 Kroków Jude Thaddeus Program, stosowany przez trzy ośrodki terapeutyczne w USA. Ich oferta jest swoistą odpowiedzią na porażki związane z programami AA i NA w USA. Serwis ma charakter czysto komercyjny i reklamowy z elementami edukacji i perswazji. Jego forma ma przyciągnąć uwagę i wzbudzić zaufanie do „nowej metody” zarówno osób uzależnionych, jak i ich rodzin. Prezentowane podejście jest oparte na uczeniu ludzi bardziej efektywnego myślenia na swój temat i szerszego spojrzenia na swoje uzależnienie, bez skupiania uwagi na przyczynach nabgu czy deficytach pacjentów. Program ma skłonić

do myślenia i działania w przyszłości, a nie edukować pacjenta w dziedzinie samokontroli czy objawów uzależnienia lub sygnałów nawrotu choroby. Krótkoterminowy program społeczno-edukacyjny Jude Thaddeus składa się z trzech etapów i trwa sześć tygodni. Strona reklamuje „produkt” jako najskuteczniejszy program wychodzenia z alkoholizmu i narkomanii w USA, przytacza badania ewaluacyjne i filmowe świadectwa klientów.

SERWISY NA TEMAT KOMERCYJNYCH CENTRÓW LECZENIA UZALEŻNIEŃ



ODYSSEY HAUSE W NOWEJ ZELANDII

„Nigdy nie trać nadziei” to motto nowozelandzkiego serwisu z Auckland na temat leczenia osób uzależnionych. Odyssey House to sieć ośmiu ośrodków stacjonarnych oferujących różne programy terapeutyczne i rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków czy gier hazardowych. Pomoc jest kompleksowa. Mogą ją uzyskać zarówno osoby uzależnione, jak i ich rodziny. Obejmuje ona etap od wczesnej interwencji do pokonywania nawrotów choroby. Pod domeną www.odyssey.org.nz znajdziemy szereg informacji – od faktów na temat uzależnień w formie pytań i odpowiedzi, poprzez informację, czego pacjenci mogą oczekiwać od programów terapeutycznych (np. jak wygląda typowy dzień

programu rozpisany na godziny), opisy ośrodków, kompleksowych usług medycznych dla pacjentów, aż po oferty edukacyjne. Strona prezentuje także w multimedialnej formie ofertę organizacji. Internauta znajdzie na niej szereg przydatnych linków, które odsyłają do najważniejszych instytucji i organizacji zajmujących się pomocą osobom uzależnionym w Nowej Zelandii.



SZKOŁY ZMIANY ZACHOWAŃ CZYLI LECZENIE NA KARAIBACH

www.aateens.com prezentuje ofertę sieci szkół wraz z internatami dla tzw. trudnej młodości w USA. Sieć szkół została założona po 15 latach doświadczeń i obserwacji amerykańskiego systemu edukacyjnego, w odpowiedzi na brak interdyscyplinarnej oferty dla młodzieży, w tym profesjonalnego nauczania i edukacji, terapii zaburzeń zachowania, w szczególności związanej z nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Obecnie istnieje 17 centrów (w USA i na Jamajce), w których oprócz opieki pedagogicznej i terapeutycznej, wykorzystuje się także elementy dyscypliny wojskowej i przygotowania fizyczne

go ukierunkowanego na podjęcie np. dalszej nauki w wyższych szkołach wojskowych. Centra, w zależności od lokalizacji i zakresu usług, pobierają opłatę od 2650 do 4900 dolarów miesięcznie, ale rodzice mogą skorzystać z opcji kredytu na 10 lat – wówczas będą płacić 400 dolarów miesięcznej raty. Program trwa minimum 12 miesięcy.

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