



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (55) 2011

NR 3

2011

# WPROWADZENIE

*Drodzy Czytelnicy,*

*w bieżącym numerze „Serwisu” sporo miejsca poświęciliśmy problematyce uzależnień niechemicznych. Wiąże się to z rozszerzeniem działalności Krajowego Biura, które decyzją ministra zdrowia zostało wskazane jako jednostka zarządzająca Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Oprócz informacji na temat powstania Funduszu oraz uregulowań prawnych związanych z jego funkcjonowaniem, będzie można także przeczytać tekst o wynikach badań dotyczących postaw Polaków wobec gier hazardowych oraz skali tego zjawiska w naszym kraju. Na razie niewiele jest badań w tym zakresie, ale środki pochodzące z Funduszu dają nadzieję na realizację projektów badawczych i lepsze rozpoznanie problematyki uzależnień niechemicznych w Polsce.*

*W kręgu zainteresowania tego numeru znalazły się również programy profilaktyczne o potwierdzonej skuteczności. Prezentujemy Państwu trzy programy interwencji profilaktycznej, które mają na celu zmniejszenie ryzyka nieprzystosowania społecznego wśród młodzieży. Pierwszy, przedstawiony przez Martę Herzberg, przeznaczony jest dla dzieci nie lubianych przez kolegów. Niska pozycja w grupie rówieśniczej stanowi istotny czynnik ryzyka zaburzeń w rozwoju. Jak wykazały badania ewaluacyjne, 40-godzinny program znacząco polepsza status uczestników w grupie rówieśniczej. Drugi program, pod nazwą „Unplugged”, który opisuje Anna Borkowska, adresowany jest do trochę starszej grupy wiekowej. Został on opracowany przez międzynarodowy zespół ekspertów i jest już wdrażany w kilkunastu krajach. Najbardziej efektywny jest w ograniczaniu używania alkoholu, papierosów i narkotyków przez młodzież, a jego skuteczność została potwierdzona w badaniach ewaluacyjnych. Trzeci – „Program Wzmacniania Rodziny”, skierowany jest do rodziców i nastoletnich dzieci. Katarzyna Kocoń i Katarzyna Okulicz-Kozaryn prezentują pierwszy etap badań ewaluacyjnych, jakim poddano ten program. Wyniki są bardzo obiecujące.*

*Problem dopalaczy wciąż nie znika ze sceny narkotykowej. Na ich temat zwykle pisaliśmy z perspektywy krajowej, tym razem Michał Kidawa i Dawid Chojecki przedstawiają stan aktualnej wiedzy na temat nowych narkotyków oraz dopalaczy w kontekście europejskim i światowym.*

*Na koniec zachęcam Państwa do przeczytania ciekawego artykułu Bogusławy Bukowskiej na temat wdrażanego od początku lat dwutysięcznych przez Unię Europejską planu działania przeciw narkotykom dla krajów Azji Centralnej. W projekcie, obok wiodących instytucji niemieckich, bierze udział czeska instytucja naukowo-badawcza oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury*

*Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII A HAZARD I INNE UZALEŻNIENIA NIECHEMICZNE

Wywiad z Piotrem Jabłońskim ..... 2

## Uzależnienia behawioralne

### POLACY A GRY O CHARAKTERZE HAZARDOWYM

Artur Malczewski ..... 8

## Polityka narkotykowa

### NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRIORYTET POLSKIEJ PREZYDENCJI

Łukasz Jędruszek ..... 11

## Profilaktyka

### POMAGANIE DZIECIOM NIELUBIANYM PRZEZ RÓWIEŚNIKÓW – PREZENTACJA PROGRAMU ODDZIAŁYWAŃ

Marta Herzberg ..... 13

### PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA PRZYJMOWANIU SUBSTANCJI UZALEŻNIAJĄCYCH PRZEZ UCZNIÓW „UNPLUGGED”

Anna Borkowska ..... 18

## Współpraca międzynarodowa

EUROPA WOBEC NOWYCH NARKOTYKÓW SYNTETYCZNYCH ..... 24

## Profilaktyka

### EWALUACJA PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU WZMACNIANIA RODZINY

Katarzyna Kocoń, Katarzyna Okulicz-Kozaryn ..... 25

## Współpraca międzynarodowa

### PLAN DZIAŁANIA PRZECIW NARKOTYKOM DLA AZJI ŚRODKOWEJ – PROGRAM UNII EUROPEJSKIEJ

Bogusława Bukowska ..... 30

### NOWE NARKOTYKI ORAZ „DOPALACZE” W KONTEKŚCIE EUROPEJSKIM I ŚWIATOWYM

Michał Kidawa, Dawid Chojecki ..... 36

## Leczenie, redukcja szkód

### PRZESTRZEGANIE PRAW PACJENTÓW W OŚRODKACH STACJONARNYCH

Filip Nawara ..... 43

## Profilaktyka

### PROGRAM „FRED GOES NET” W POLSCE

Anna Radomska ..... 45

## Internet

UDZIAŁ ORGANIZACJI W KREOWANIU POLITYKI NARKOTYKOWEJ ..... III i IV okładka

# KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII A HAZARD I INNE UZALEŻNIENIA NIECHEMICZNE

Z Piotrem Jabłońskim – dyrektorem KBPN – rozmawia Tomasz Kowalewicz.



**– W ostatnim czasie Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zajęło się problematyką hazardu. Skąd wzięło się to zainteresowanie, czym jest spowodowane?**

– Wszyscy zapewne pamiętamy niedawną aferę hazardową. Do-

tyczyła ona związków pomiędzy polityką państwa a sferą biznesu hazardowego. Przy tej okazji zaczęto mówić też o hazardzie jako problemie zdrowia publicznego. W niektórych środowiskach pojawiły się głosy, które wskazywały na to, że hazard może mieć formę hazardu patologicznego, który dotyka coraz większej liczby ludzi. Wykorzystując dyskusję, która rozgorzała wokół zdrowotnych aspektów hazardu, wprowadzono do ustawy o grach hazardowych zapis, który umożliwił powołanie do życia Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Fundusz ten powstał z odpisów, jakie wnoszą podmioty realizujące tę część działania biznesowego do skarbu państwa, jego dysponentem został minister zdrowia.

**– A konkretnie z czego są to odpisy?**

– Dokładnie jest to 3% wpływów z dopłat od gier objętych monopolem państwa, czyli z dopłat za pozwolenie na prowadzenie działalności hazardowej. Powstała taka wola polityczna, utworzono fundusz i jego zagospodarowaniem miał się zająć minister zdrowia. Minister rozważał dwie możliwości: albo sam będzie zarządzał funduszem, albo poszuka instytucji, która w jego imieniu będzie nim zawiadywała. Jako Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii uznaliśmy, że jest to

obszar nam bliski z punktu widzenia merytorycznego. Otóż od pewnego czasu obserwujemy narastające zjawisko czegoś, co się określa jako nowe uzależnienia – uzależnienia behawioralne. Te zachowania mają charakter przymusowy i ich mechanizmy są podobne do tych, z jakimi mamy do czynienia w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Stąd wzięło się nasze zainteresowanie.

Zanim jeszcze powstał fundusz, to zarówno wśród pracowników Krajowego Biura, jak i w gronie różnych fachowców, rozmawialiśmy o tym, że zacierają się granice pomiędzy uzależnieniami od substancji nielegalnych i legalnych, co wydaje się oczywiste w świetle badań, ale do tego dochodzą też uzależnienia niechemiczne. Przyglądając się uzależnieniom, możemy stwierdzić, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych i behawioralne mają wiele cech wspólnych, np. to, że ich konsekwencją jest zaniedbywanie obowiązków w domu, szkole czy w pracy; wpływają niekorzystnie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. Z obserwacji wynika też, że ludzie łączą często uzależnienie czy korzystanie z narkotyków, alkoholu z zachowaniami związanymi z patologicznym hazardem. Terapeuci mówią, że do placówek leczniczych trafia coraz więcej osób, u których diagnozuje się uzależnienia niechemiczne. Ten problem w obszarze zdrowia publicznego staje się coraz wyraźniejszy, chociaż jeszcze zbyt mało mamy badań na temat tych tzw. *nowych uzależnień*.

**– To walkę z jakimi rodzajami zachowań będzie finansować fundusz?**

– Dla wielu osób z zewnątrz i dla nas w Krajowym Biurze było jasne, że znacznie większe korzyści moglibyśmy osiągnąć, gdyby pieniądze z funduszu hazardowego mogły być używane nie tylko na profilaktykę, leczenie, poprawę stanu zdrowia czy też świadomości społecznej w kontekście problemów wynikających z patologicznego uprawiania hazardu, ale żeby można było rozszerzyć zakres tego fundu-

szu na inne zachowania związane z uzależnieniami behawioralnymi, takimi jak internet, zakupy, seks. I tak też się stało. Ten sposób myślenia został zaprobowany i w momencie, kiedy toczył się proces nowelizacji ustawy hazardowej, posłowie przyjęli propozycję ministra zdrowia, która bazowała na opinii wielu środowisk, żeby rozszerzyć zakres funduszu. Artykuł 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych został w ten sposób sformułowany, że wydatki funduszu będą przeznaczone na problematykę uzależnień od hazardu lub innych uzależnień, niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

**– Czyli sytuacja w tej chwili wygląda w ten sposób: w ramach ustawy o grach hazardowych został stworzony fundusz przeznaczony na działania antyhazardowe, przy czym istnieje możliwość wykorzystywania tych pieniędzy na szerzej pojęte uzależnienia behawioralne, nie tylko na hazard. Krajowe Biuro traktuje hazard i inne problemy behawioralne jako specyficzne rodzaje uzależnienia i dlatego tym się zajmuje.**

**Z praktyki wiemy, że poradnie antynarkotykowe i inne placówki zajmujące się uzależnieniem często także już wcześniej zajmowały się problematyką hazardu, prawda?**

– Przygotowując się do rozmów w Ministerstwie Zdrowia na temat zarządzania w imieniu ministra funduszem hazardowym, staraliśmy się sprawdzić, jak wygląda praktyka terapeutyczna związana z pomaganiem osobom mającym problemy z hazardem, jak wygląda oferta pomocowa, z której te osoby mogą skorzystać. Okazało się, że wiele ośrodków zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków ma w swojej praktyce pacjentów, którzy zgłaszają się z prośbą o pomoc w rozwiązywaniu problemów z hazardem. Placówki terapeutyczne sygnalizują również, że wśród osób mających kłopoty z hazardem mamy do czynienia ze swoistą „szarą strefą” – czyli ze sporą grupą ludzi dobrze sytuowanych, których hazard jeszcze nie spauperyzował finansowo czy społecznie, ale którzy zaczynają już odczuwać problemy związane ze swoim zachowaniem, a nie trafiają jeszcze do placówek. Zdarza się, że czasami szukają placówek prywatnych, takich, które z ich punktu widzenia dają gwarancję anonimowości. To są obserwacje nie poparte badaniami, to jest pewien ogląd rzeczywistości.

**– A czemu „szara strefa”?**

– Użyłem sformułowania „szara strefa”, ponieważ nie mamy dostępu do tych ludzi. Oni z różnych względów nie korzystają z „normalnej” oferty terapeutycznej. Po pierwsze, tak jak mówiłem, bardzo chcą zachować anonimowość, po drugie, oferta pomocowa dla nich nie jest szeroko upubliczniana; nie wiedzą, gdzie mogą się zgłosić i na co mogą liczyć.

**– Czy wiadomo, jak dużym problemem jest w Polsce hazard? Wiem, że mało jest badań na ten temat.**

– Tutaj musimy wejść na ścieżki zupełnie nieznane. Badań w zasadzie nie ma. Pierwsze zostały zlecone między innymi przez Totalizatora Sportowego, którego klientami są trochę inne osoby niż te, które grają nałogowo. W tej chwili nie dysponujemy żadnymi danymi, które mogłyby nam coś powiedzieć o rozpowszechnieniu zjawiska uzależnienia od hazardu, o jego specyfice, charakterystyce tego zjawiska w różnych grupach. To są rzeczy, w obszarze których w Polsce dopiero stawiamy pierwsze kroki i dlatego jednym z zadań, na które będą wydatkowane pieniądze z funduszu hazardowego, są badania naukowe dotyczące zjawiska uzależnienia od hazardu oraz rozwiązywania problemów z tym związanych.

**– Czyli pierwsze zadanie, jakie stoi przed Biurem, to dokonanie rzetelnej diagnozy sytuacji?**

– Tak. Właśnie jesteśmy w przededniu obrad komisji, która będzie rozpatrywała pierwsze wnioski badawcze. A jak do tego doszło? Jesteśmy zobowiązani przez prawo, konkretnie przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 roku w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych – żeby dwa razy w roku organizować konkursy. Są dwa terminy: raz zbieramy wnioski do końca listopada, drugi raz do końca marca następnego roku. Z tego wynikałoby więc, że w tym roku zorganizujemy tylko konkurs na rok 2012.

Jednak zwróciliśmy się do ministra zdrowia z prośbą o pozwolenie na zorganizowanie dodatkowego konkursu, który w pewien sposób, uprzedziłby ten konkurs zasadniczy. Zaproponowaliśmy trzy zadania do realizacji: po pierwsze, chcielibyśmy dokonać



przeglądu literatury naukowej, zebrać to, co na świecie wiadomo na temat hazardu, związków hazardu z innymi uzależnieniami i w ogóle na temat tego, jak hazard funkcjonuje w kontekście publicznym, w kontekście zdrowia publicznego. Chcemy zgromadzić opisane dobre praktyki – profilaktyczne, z zakresu edukacji społecznej, lecznicze. Drugie zadanie to duże badanie ilościowe, ale połączone również z badaniem jakościowym, abyśmy coś więcej wiedzieli na temat specyfiki, nie tylko rozpowszechnienia, nie tylko kto, gdzie, ile, ale również jakie to są grupy społeczne, czym się charakteryzują, jakie są ich postawy w stosunku do uzależnień, jakie są ich motywy, jakie są możliwości kontaktu z nimi, a więc to wszystko, czego możemy dowiedzieć się z badań nie ilościowych, a jakościowych. Trzecie zadanie, które jest przedmiotem tego postępowania, to zrobienie swego rodzaju bilansu otwarcia, a więc zbadanie, czym dysponujemy, szczególnie jeśli chodzi o pomoc, leczenie, wsparcie, również profilaktykę – czyli jakie placówki, jakie instytucje, jakie osoby, środowiska, jakie podmioty zajmują się hazardem, co oferują, z jakich ofert możemy skorzystać. Te trzy obszary znalazły się w postępowaniu konkursowym. Mamy nadzieję, że wybrane oferty pozwolą nam lepiej poznać specyfikę zjawiska hazardu w Polsce.

**– I zacząć budować politykę.**

– Właśnie, bo przecież nie chodzi tylko o to, żebyśmy wiedzieli kto, gdzie, ile, jakie odsetki ludzi, ale żebyśmy na podstawie tych danych potrafili zaplanować dobrą politykę społeczną, taką, która będzie uwzględniała i diagnozę, i badania, i sensowne działania w obszarze profilaktyki, edukacji społecznej i leczenia. Żebyśmy pieniądze z funduszu potrafili dobrze zagospodarować, z pożytkiem zarówno dla osób, które potrzebują pomocy, jaki i całego społeczeństwa, bo w tej kwestii jest dużo do zrobienia, jeśli chodzi o zwiększenie świadomości problemów wynikających z hazardu i innych uzależnień niechemicznych.

**– Czy z tego wynika, że jeszcze w tym roku zostanie ogłoszony kolejny konkurs?**

– Tak, w tej chwili jesteśmy w ostatniej fazie przygotowań warunków konkursowych. Zadania będą dotyczyć hazardu patologicznego i innych uzależnień niechemicznych. Konkurs ogłosimy w najbliższym czasie, tak żeby zainteresowane podmioty mogły do końca listopada

złożyć wnioski i będziemy się starali zrobić wszystko, żeby rozstrzygnąć go jak najszybciej, aby z początkiem 2012 roku uruchomić środki i przekazać je partnerom, którzy będą realizować wybrane programy.

**– W jaki sposób strukturalnie Krajowe Biuro będzie się zajmować problematyką uzależnień niechemicznych?**

– Kiedy stało się już jasne, że jest pozytywna decyzja ministra zdrowia, żeby to Krajowe Biuro zajmowało się problemem hazardu i innych uzależnień behawioralnych, powołaliśmy niewielki zespół roboczy, który zaczął pracę. W skład zespołu weszła wicedyrektor Biura – Bogusława Bukowska, Danuta Muszyńska, która od lat z sukcesem zajmowała się w Biurze edukacją publiczną. Poprosiliśmy też o pomoc osoby z zewnątrz i przygotowaliśmy założenia, zarówno formalne, jak i programowe zarządzania funduszem hazardowym. Jeśli chodzi o założenia formalne, to postanowiliśmy, że powołamy w Biurze nową jednostkę – dział, który będzie zajmował się Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Na jego czele stanęła Danuta Muszyńska. Zatrudniliśmy jeszcze jedną osobę, ciągle jednak mamy jeszcze jeden vacat, szukamy pracownika do nowego działu, pewnie w najbliższych dniach go przyjmujemy. Dodatkowo musieliśmy wzmocnić nie tylko ten dział merytoryczny, ale również dział obsługi i kontroli finansowej. To wszystko spowodowało małą rewolucję w strukturze biura. Przy okazji dokonaliśmy analizy organizacji całego Biura, co zaowocowało tym, że duży dział, który zajmował się profilaktyką, leczeniem oraz rehabilitacją został podzielony na dwa: dział profilaktyki oraz dział leczenia, rehabilitacji i redukcji szkód. Dział, który opuściła Danuta Muszyńska, został włączony do profilaktyki, tak aby wszystkie działania związane z edukacją publiczną, z wydawaniem różnego rodzaju materiałów, książek itd. jak najlepiej służyły realizacji różnych celów profilaktycznych.

**– Przed kilkoma miesiącami odbyła się w Warszawie konferencja poświęcona hazardowi, z udziałem przedstawicieli różnych instytucji międzynarodowych. Czy Krajowe Biuro zamierza współpracować z instytucjami zagranicznymi zajmującymi się hazardem?**

– Chcielibyśmy, oczywiście, jako Biuro nawiązać taką współpracę i będziemy to robić, ale w nieco dalszej perspektywie. W tej chwili jednak chcemy zagospodarować to, co mamy. Zdajemy sobie sprawę z tego, że różne

środowiska w Polsce z uzasadnioną niecierpliwością czekają na dostęp do środków z funduszu hazardowego, dlatego wszystkie nasze wysiłki w najbliższych miesiącach będziemy skupiać na uruchomieniu środków finansowych na rzecz podmiotów, które są zainteresowane korzystaniem z funduszu.

W zakresie rozwoju współpracy zagranicznej chcielibyśmy stwarzać innym podmiotom możliwości kontaktowania się, budowania relacji z różnymi placówkami i polskimi, i zagranicznymi, na przykład w kwestii szkolenia kadr. Chcemy wykorzystywać pieniądze, które są w funduszu na poprawę jakości oferowanej terapii, opieki nad osobami uzależnionymi czy też tymi, którzy cierpią z powodu różnego rodzaju problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi, ale chcielibyśmy także wykorzystać doświadczenia innych ośrodków czy innych państw, które znacznie dłużej zajmują się tymi sprawami. Jeśli będziemy oceniali wnioski dotyczące tworzenia jakichś formalnych struktur, jakichś formalnych pomysłów, jak szkolić terapeutów, to bardzo byśmy chcieli promować takie, które właśnie będą robione we współpracy z innymi.

**– Czy można potraktować to jako wskazówkę dla podmiotów, które będą składały oferty konkursowe?**

– Naturalnie. Trzeba się uczyć od wszystkich, którzy mają jakieś osiągnięcia, żeby skrócić czas dochodzenia do własnych rozwiązań. Warto korzystać z dobrych praktyk, ale też analizować błędy tych, którzy wcześniej zaczęli się tym tematem zajmować. Będziemy przychylnie patrzeć na te oferty, które będą w podejmowanych działaniach korzystać z doświadczenia międzynarodowego. Oczywiście, to nie jest jedyne kryterium wyboru programów do finansowania.

**– Z danych, które były przytaczane przez Kanadyjczyków i Brytyjczyków podczas konferencji w Warszawie, wynika, że hazard jest problemem tylko około 4% populacji.**

– No tak, ale proszę zwrócić uwagę, że ostatnia diagnoza profesora Janusza Czapieńskiego na temat polskiego społeczeństwa mówi o tym, że problem uzależnienia od narkotyków dotyczy 2% populacji. Nie mamy jeszcze solidnych polskich badań naukowych na temat zjawiska hazardu, ale gdy słyszymy o zagranicznych wskaźnikach, to może jest coś na rzeczy, gdy mówimy o tym, że problem hazardu patologicznego może być

znacznie bardziej rozpowszechniony w środowisku społecznym, niż to sobie wyobrażamy. Ale nie ma takich danych, dlatego robimy wszystko, aby zachęcić ośrodki badawcze do prowadzenia badań ilościowych i jakościowych w obszarze hazardu.

**– W jednym z badań CBOS zadał takie pytanie: czy znasz osobę, która patologicznie zajmuje się hazardem? I z tego, co pamiętam, około 17% odpowiedzi było twierdzących. 17% respondentów odpowiedziało, że zna co najmniej jedną osobę, która ma problem z hazardem, co być może jest bardziej rzetelną informacją niż przyznawanie się samemu do hazardu? Podobna sytuacja jest w przypadku badań z zakresu uzależnienia od narkotyków — mamy niższy odsetek tych, którzy przyznają się, że biorą, a dużo wyższy tych, którzy twierdzą, że znają osoby uzależnione.**

– To są bardzo dobre pytania. Kiedy na przykład pytamy ludzi, czy problem narkotyków rośnie czy spada, to z reguły ludzie, napędzani mediami, mówią, że rośnie, a narkotyki są wszędzie. Ale kiedy zadajemy pytanie: *Gdybyś miał dwie godziny czasu, czy wiesz, gdzie pójść, żeby kupić narkotyki?*, wtedy okazuje się, że nie jest tak, że wszyscy wiedzą, skąd wziąć narkotyki. Ludzie mówią – narkotyki są wszędzie, ale nie wszyscy wiedzą, gdzie konkretnie. Sądzę, że takie pytania rzeczywiście poszerzają wiedzę.

**– Porozmawiajmy na temat leczenia osób uzależnionych od hazardu. Jak można zajmować się hazardem patologicznym w praktyce?**

– Nie jestem fachowcem od leczenia uzależnienia od hazardu, choć sporo wiem na temat leczenia uzależnień. Swego czasu zorganizowaliśmy w Biurze dyskusję. Zaprosiliśmy dr. Bohdana Woronowicza, prof. Marcina Wojnara i chcieliśmy porozmawiać o tym, jak definiować uzależnienia behawioralne, czy inaczej mówiąc uzależnienia niechemiczne. Okazało się, że to nie jest oczywista i prosta sprawa. Na przykład międzynarodowa klasyfikacja chorób w zasadzie mówi tylko o hazardzie patologicznym i ani słowa nie wspomina o jakichkolwiek innych uzależnieniach niechemicznych, czyli na przykład dotyczących seksu, gier, komputera, pracy itd. Niektórzy włączają do tego również kwestie związane z zaburzeniami odżywiania, głównie chodzi o otyłość. Kiedy próbowaliśmy znaleźć w literaturze światowej definicję uzależnień niechemicznych, to

okazało się, że tak naprawdę ciężko znaleźć jednoznaczne wytyczne czy naukowe wskazówki, jak do tego zjawiska podejść. Z doświadczenia osób, które brały udział w spotkaniu i z przeglądu naszej wiedzy praktycznej i wiedzy teoretycznej, wynika, że w przypadku zastosowania kryteriów klasyfikacji ICD-10 dotyczących diagnozowania uzależnienia od substancji psychoaktywnych w stosunku do uzależnień behawioralnych – mamy wiele punktów wspólnych. I nie ma znaczenia, czy jest to substancja chemiczna, czy zachowanie.

Nie chcę powiedzieć, że tę definicję można w pełni zastosować, ale kiedy przeanalizuje się wszystkie sześć punktów związanych z diagnozowaniem uzależnienia chemicznego, to można zobaczyć, że te osoby, które nie przyjmują substancji chemicznych, albo być może czasami je przyjmują, ale dla których ważniejszym objawem patologicznego funkcjonowania są inne rzeczy, na przykład zakupy, praca, że te zjawiska są podobne. Można tu znaleźć pewne punkty wspólne i tego typu obserwacje, jak sądzę, uzasadniają to, że w literaturze coraz częściej pojawiają się określenia: uzależnienia niechemiczne albo nowe uzależnienia, albo uzależnienia behawioralne.

**– Czy to znaczy, że podobieństwo definicji pociąga za sobą stosowanie podobnych metod terapeutycznych?**

– Myślę, że tak, dlatego że osoby, które zajmują się leczeniem uzależnień chemicznych, są świadome tego, że najprostszym elementem całego procesu jest zajęcie się uzależnieniem fizycznym, odtrucie kogoś, kto jest uzależniony od alkoholu czy kogoś, kto jest uzależniony od heroiny. W ogóle odstawienie substancji chemicznej wydaje się być najprostszym elementem terapii. To się udaje osiągnąć w bardzo wielu przypadkach. Prawdziwa gra zaczyna się potem, kiedy mamy do czynienia z tym, jaki te osoby mają obraz siebie w świecie, jaki mają obraz wartości, jaki mają obraz celów, swojej sprawczości, swoich możliwości zaistnienia w świecie bez posiłkowania się substancjami. Czyli to wszystko, co składa się na obraz psychiczny, psychologiczny i funkcjonowanie społeczne. Jeśli w terapii nie rozwiąże się tych wszystkich elementów związanych z somatyką, które wydają się czasami najprostsze, właśnie połączone ze zdrowiem psychicznym, z rodziną, z funkcjonowaniem w grupach społecznych, ze światem wartości, jeśli nie wskaże się nowych celów, nowych grup odniesienia,

jeśli ta osoba nie zakotwiczy się i nie znajdzie nowych wzorców myślenia o sobie i funkcjonowania w społeczeństwie, całe leczenie może niejednokrotnie iść na marne, albo jego efekty są krótkotrwałe czy niestabilne. W przypadku leczenia uzależnień behawioralnych wydaje mi się, że mamy do czynienia z podobnymi zagadnieniami.

**– Czyli jeśli dobrze zrozumiałem, mówi pan coś takiego, żeby uwolnić się od hazardu, trzeba zmienić człowieka w różnych wymiarach jego funkcjonowania.**

– Zmieniłbym tylko jedną rzecz, w którą ja wierzę: nie zmienić człowieka, tylko człowiek musi się zmienić.

**– Człowiek musi się zmienić z pomocą oddziaływań profesjonalnych, a konkretnie psychoterapeutycznych.**

– Psychoterapeutycznych, ale które będą zawierały w sobie zarówno komponent funkcjonowania indywidualnego, jak i komponent zmiany funkcjonowania społecznego.

**– Natomiast nie widzę tu analogii w tym, co pan mówił o odtruciu, bo przy uzależnieniach chemicznych jest to oczywiste, prawda? Jest to de facto oddziaływanie na organizm.**

– Analogia polega na czymś innym. Odtrucie jest najprostszym elementem terapii uzależnienia, jeśli je wyłączymy, to obraz osoby uzależnionej od narkotyków niewiele będzie się różnił od obrazu osoby uzależnionej na przykład od obżarstwa patologicznego, mają podobne mechanizmy działania, nie mogą się powstrzymać, nie mogą zmienić swojego obrazu, wyobrażenia o samym sobie, nie mogą zmienić swojego funkcjonowania w społeczeństwie, tu jest dla mnie ta analogia.

**– Wiele efektywnych działań, w których biorą udział osoby uzależnione od hazardu, jest podobnych do działań, które są podejmowane przez uzależnionych od alkoholu, na przykład grupy Anonimowych Hazardzistów działają tak, jak grupy AA – według tej samej ideologii, tego samego schematu.**

– Bo te uzależnienia w podobny sposób się rozwijają, w podobny sposób zawsze oddziałują na człowieka, powodują podobne zmiany w funkcjonowaniu społecznym i szkody, bez względu na to, czy jest to uzależnienie od alkoholu, czy jest to uzależnienie mieszane, czy też uzależnienie niechemiczne.



– *I pewnie dlatego ośrodki zajmujące się uzależnieniem chemicznym zajmowały się dotychczas także uzależnieniem behawioralnym i prawdopodobnie Biuro nie będzie tu szukało jakiejś nowej, rewolucyjnej metody.*

– Jeśli chodzi o leczenie, to chcemy iść w dwóch kierunkach: wspierać to, co funkcjonuje i podnosić jakość tego, co funkcjonuje. Trzeba wspierać dobre praktyki istniejące w Polsce i otwierać się na to, co oferują ośrodki międzynarodowe. Chcemy połączyć te dwie rzeczy.

– *A jak Biuro widzi profilaktykę w zakresie uzależnień behawioralnych?*

– To jest poważny obszar działania. Najprostsza na tę chwilę w realizacji wydaje się być profilaktyka uniwersalna. Być może zaczniemy od jakichś akcji związanych z nagłaśnianiem problemów w obrębie uzależnień behawioralnych, pokazywaniem ich społecznej ważności, żeby widoczność i świadomość tych problemów stała

się większa wśród społeczeństwa. Jeśli chodzi o prowadzenie działań w zakresie profilaktyki wskazującej czy selektywnej, to niezbędne są badania jakościowe, żebyśmy wiedzieli, w jakich grupach społecznych te rodzaje profilaktyki są potrzebne. Nie możemy uderzać tylko z dużymi hasłami, które będą trafiały do wszystkich, a nie będą trafiały do tych osób, które prezentują jakiś specyficzny wzór zachowań czy pochodzą ze specyficznych środowisk. One bezsprzecznie wymagają innych oddziaływań.

– *Nie pozostaje mi więc nic innego, jak w imieniu swoim i czytelników Serwisu życzyć Biuru, żeby jak najszybciej i jak najskuteczniej zajęło się problemem uzależnień niechemicznych.*

– Bardzo dziękuję.

– *Ja również dziękuję za rozmowę.*

## HAZARD I INNE UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE REGULACJE DOTYCZĄCE FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH

Artykuł 88 ustawy o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 roku powołał do życia Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych w celu przeciwdziałania patologiom związanym z uzależnieniem od hazardu i pomocy zarówno osobom uzależnionym, jak i ich bliskim. Znowelizowana w 2011 roku ustawa rozszerza zakres działania Funduszu, obejmując oprócz hazardu również inne uzależnienia, które nie stanowią uzależnienia od substancji psychoaktywnych, określane mianem uzależnień behawioralnych.

Fundusz jest państwowym funduszem celowym tworzonym z dopłat od gier objętych monopolem państwa. Dysponentem Funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia, a jednostką zarządzającą Funduszem w imieniu ministra zdrowia jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydatki Funduszu mogą być przeznaczane wyłącznie na: badania, profilaktykę, podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, działania informacyjno-edukacyjne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych. Zlecanie zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych odbywać się będzie w trybie konkursowym określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 roku w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu (Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27). Zgodnie z par. 4.2 Rozporządzenia wnioski o udzielenie dofinansowania składa się w terminach: do dnia 30 listopada roku poprzedzającego rok realizacji zadania oraz do 31 marca roku, w którym dofinansowanie ma być udzielone.

DM

*W związku z obsługą przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii funduszu hazardowego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN rozpoczęło w ramach prowadzonego monitorowania problemu narkotyków i narkomanii proces włączania tematyki hazardowej do prowadzonych badań ilościowych. W 2010 roku zrealizowane zostały przez CINN trzy badania, w których uwzględniono tematykę gier losowych: badanie w populacji generalnej w wieku 15-74 lata (N=1000), badanie na młodzieży szkolnej w wieku 18-19 lat (N=1246), wspólnie z CBOS, oraz badanie w populacji generalnej 15-64 lata (N=3900). Wyniki tego ostatniego badania zostaną przedstawione w artykule. Ponadto zaprezentowane zostaną rezultaty badania CBOS z 2011 roku.*

## POLACY A GRY O CHARAKTERZE HAZARDOWYM

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W 2010 roku CINN KBPN we współpracy z ośmioma województwami przeprowadziło ogólnopolskie badania ankietowe dotyczące postaw i zachowań wobec legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz skali zjawiska udziału w grach hazardowych. Badanie zostało przeprowadzone metodą wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankietów w listopadzie i na początku grudnia, część terenową zrealizowała firma General Projekt. Kwestionariusz został opracowany przez CINN. W badaniu wzięła udział ogólnopolska reprezentatywna próba osób w wieku 15-64 lata oraz dodatkowo zrealizowano osiem prób wojewódzkich. W sumie uzyskano 5700 wywiadów, z tego 3900 w ramach próby ogólnopolskiej. Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych i dotyczył postaw i zachowań związanych z używaniem tytoniu, alkoholu, narkotyków

oraz „dopalaczy”. Oprócz tego jeden blok pytań został poświęcony udziałowi w grach hazardowych. W niniejszym artykule przedstawione zostaną tylko wyniki dotyczące gier hazardowych. Respondentów pytano, w jakie gry oraz jak często grali w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Najczęściej ankietowani deklarowali udział w grach losowych typu Lotto (38,7%). Co piąty badany grał w tego typu grę rzadziej niż raz w miesiącu (19,3%), a co dziesiąty badany raz w miesiącu lub częściej (12,1%). Raz w tygodniu lub częściej w Lotto grało 7,2% respondentów. Mężczyźni (37,8%) grali w Lotto równie często jak kobiety (39,5%). Drugą w kolejności pod względem popularności grą o charakterze hazardowym były loterie i inne gry za pomocą SMS-a. Mniej niż co piąty badany brał udział w tego typu grach w ciągu 12 miesięcy przed badaniem (18,7%). W gry za

**Tabela 1. Deklarowana częstość uczestnictwa w grach lub loteriach w ciągu ostatnich 12 miesięcy (%)**

	codzien- nie	5 - 6 razy w tyg.	3 - 4 razy w tyg.	1 - 2 razy w tyg.	2 - 3 razy w miesiącu	1 raz w miesiącu	6 - 11 razy w roku	2 - 5 razy w roku	1 raz w roku	ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy
<b>Lotto</b>	0,7	0,8	1,5	4,2	5,1	7,0	5,7	9,3	4,3	61,3
<b>Inne gry liczbowe (np. Kendo)</b>	0,2	0,1	0,3	0,7	0,6	1,0	0,4	0,9	1,2	94,3
<b>Gra na automatach</b>	0,1	0,1	0,3	0,5	1,0	1,1	1,2	1,9	1,7	91,8
<b>Kasyno (inne gry niż automaty)</b>	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5	1,2	96,5
<b>Loterie lub inne gry poprzez wysyłanie SMS</b>	0,2	0,1	0,0	0,7	2,5	2,9	2,8	6,0	3,4	81,3
<b>Gry w internecie</b>	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,9	0,6	0,9	1,0	94,2
<b>Zakłady bukmacherskie (poza internetem)</b>	0,1	0,1	0,2	0,9	1,2	2,0	1,4	1,3	0,9	91,6

Źródło: Obliczenia własne.

**Tabela 2. Średnie kwoty wydawane na grę jednego dnia (w złotych)**

Rodzaj gier	Liczba osób	Średnia kwota	Minimalna kwota	Maksymalna kwota	Modalna	Mediana
<b>Lotto</b>	1433	13,88	1	200	10	10
<b>Gry losowe</b>	194	20,27	2	150	10	10
<b>Automaty</b>	298	88,66	1	2000	10	20
<b>Kasyno</b>	115	331,75	5	3750	50	100
<b>Loterie SMS</b>	594	10,84	1	285	5	5
<b>Gra w internecie</b>	147	36,77	1	300	10	10
<b>Zakłady bukmacherskie</b>	300	38,78	2	500	10	20
<b>Inne</b>	7	16,01	2	30	10	11,51

Źródło: Obliczenia własne.

pomocą SMS-a nieznacznie częściej grały kobiety (20,4%) niż mężczyźni (16,7%). W tabeli 1. przedstawione zostały odsetki respondentów biorących udział w poszczególnych grach hazardowych z różną częstotliwością.

Na podstawie wyników badania można spróbować określić, kto najczęściej uczestniczy w grach losowych. Tego typu gry są bardziej popularne wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Ponad połowa mężczyzn zadeklarowała udział w grach o charakterze hazardowym (57,2%), natomiast kobiet mniej niż połowa (46,8%). W badanej populacji (15-64 lata) udział w grach losowych najczęściej deklarowały osoby w wieku 45-54 lata (55,9%), a najrzadziej najmłodsi i najstarsi badani, czyli osoby wieku 15-24 lub 55-64 lata (44,2%). Analizując wykształcenie badanych odnotowujemy, że częściej grają osoby z wyższym wykształceniem. Ponadto w gry hazardowe najczęściej grają osoby będące w związkach z innymi osobami (małżeństwo lub konkubinat). W tej grupie ponad połowa deklarowała grę (52,9%). Wśród osób o innym stanie cywilnym odsetek grających był mniejszy i nie przekroczył połowy badanych.

## Deklarowane wydatki na gry losowe

W trakcie badania pytano także o wielkość środków, które grający przeznaczali na wszystkie gry w czasie ostatnich 12 miesięcy, oraz o sumę, którą udało się wygrać w tym czasie. Badani średnio wydali 479 zł, z tego połowa więcej niż 100 zł (N=1898). Z kolei z odpowiedzi respondentów wynika, że średnio wygrali 742 zł (N=1012). Blisko połowa mniej osób podała średnie kwoty, które wygrali, niż sumy, jakie przeznaczali na gry hazardowe. W analizach uwzględniono tylko odpowiedzi osób, które zadeklarowały obie kwoty. Przy takim założeniu otrzymujemy próbę liczącą 1008 osób. Podobnie jak przy wcześniejszych obliczeniach, średnio badani

wydali mniej (745,6 zł), niż wygrali (797 zł). Oczywiście, jest to mało prawdopodobne, ponieważ oznaczałoby, że firmy zajmujące się grami hazardowymi byłyby niedochodowe. Przyjrzyjmy się wydatkom na poszczególne gry losowe. W tabeli 2. przedstawione zostały wydatki jednorazowe, tzn. wydawane zwykle w ciągu przeciętnego dnia gry. Przeciętny dzień gry najbardziej kosztownie wypadał w kasynie: średni dzienny wydatek to 331,70 zł. Z tego połowa badanych wydała więcej niż 100 zł. O wiele mniej wyniosły wydatki na pozostałe gry. Gra na automatach pociągała za sobą przeciętne dzienne wydatki w wysokości 88 zł. Na zakłady bukmacherskie oraz gry w internecie badani przeznaczali podobne kwoty (około 37-39 zł). Na najbardziej popularną grę, czyli Lotto, wydawano przeciętnie 14 zł.

Analizując deklaracje dotyczące przeciętnych kwot przeznaczonych na różnego rodzaju gry w ciągu jednego dnia, należy odnotować, że mężczyźni wydają z reguły więcej niż kobiety. Najbardziej zbliżone kwoty badani przeznaczali na Lotto (mężczyźni 15 zł, a kobiety 12 zł). W przypadku dwóch gier kobiety wydawały przeciętnie więcej: automaty oraz kasyno. W obu tych grach kobiety brały udział o wiele rzadziej niż mężczyźni (prawie trzykrotnie rzadziej). Zatem te kobiety, które w nie grały, wydawały większe sumy niż mężczyźni.

Większość graczy deklarowała, że grając nigdy nie przekroczyła kwoty pierwotnie przeznaczonej na grę (76,3%). Co piątemu badanemu, który grał, sytuacje takie zdarzały się „wyjątkowo” lub „czasami” (19,7%), tylko 3,6% z tej grupy odpowiedziało, że zawsze bądź często wydaje na grę więcej pieniędzy, niż planowali.

Przyjrzyjmy się rozkładowi odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że wydali Państwo więcej na gry losowe, niż zaplanowali?” wśród osób, które wydały więcej na gry losowe, niż wygrały. Przypomnijmy,

że badani proszeni byli o podanie kwoty, jaką przeznaczyli w ciągu ostatniego roku na gry losowe, jak również sumy, którą w tym samym czasie wygrali. Analizujemy zatem odpowiedzi respondentów, którzy więcej wydali, niż wygrali. Takich osób było w badaniu 257. W tym przypadku grupa osób, którym nigdy nie zdarzyło się wydać więcej na gry hazardowe, zmniejszyła się o połowę (35,2%). Ponad dwukrotnie większa była grupa osób, którym takie sytuacje zdarzały się „wyjątkowo” lub „czasami” (54,3,3%). Co dziesiątemu badanemu zdarzało się to często lub zawsze (10,6%).

## Badania CBOS

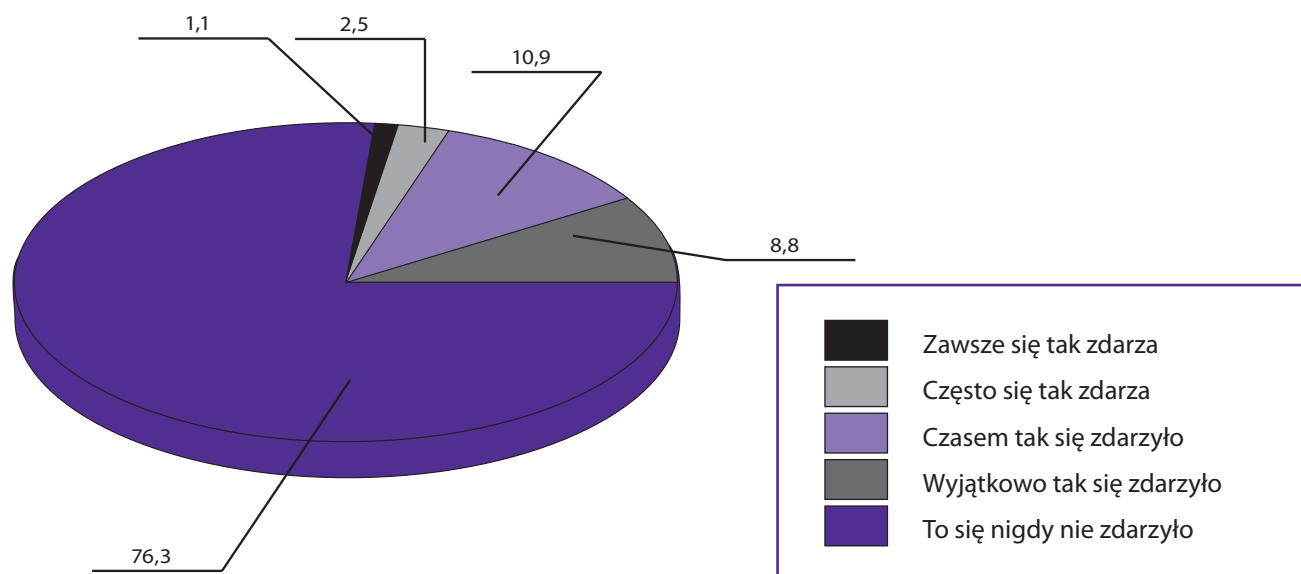
W 2011 roku CBOS zrealizował również badania w populacji generalnej (maj 2011 roku). Był to drugi pomiar dotyczący hazardu, pierwszy CBOS zrealizował w 2009 roku<sup>1</sup>. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 1189 osób w ramach projektu „Aktualne problemy i wydarzenia”. W grach losowych na pieniądze brał udział co drugi badany. Spośród wszystkich, którzy przyznali, że grają w gry losowe, tylko 3% respondentów zadeklarowało, że gra systematycznie. Nie jest zaskakujące, że najbardziej popularną grą na pieniądze są zakłady oferowane przez Totalizator Sportowy (Lotto, Duży Lotek, Multi Lotek itd.). W ciągu ostatnich 12 miesięcy przynajmniej raz wzięło w nich udział 42% badanych. Jednakże jest to spadek o 13 punktów procentowych w porównaniu do roku 2009. Na drugim miejscu pod względem popularności znalazł się udział w grach za pomocą SMS-ów, np. lote-

riach. Prawie co piąty badany brał udział w tego typu grach (18%) i odsetek ten jest na podobnym poziomie jak w roku 2009 (16%). Uczestnictwo w innych typach gier losowych na pieniądze nie przekraczało 6% zarówno w roku 2009, jak i w roku 2010. Analizując płeć osób biorących udział w grach hazardowych, należy odnotować, że grają głównie mężczyźni, z wyjątkiem gier za pomocą SMS-ów, w które równie często grają i mężczyźni, i kobiety. Tego typu gry są również domeną osób w wieku do 44 lat.

## Skala grania problemowego

Ankietowani pytani byli o znajomość osób, które grają. Co dziesiąta osoba w roku 2011 przyznała, iż słyszała o takiej osobie, a co czwarta zna taką osobę. W porównaniu do roku 2009 o cztery punkty procentowe wzrósł odsetek osób, które znają takie osoby. Badani pytani byli także o to, czy znają kogoś, o kim mogliby powiedzieć, że jest to osoba uzależniona od hazardu. Wyniki są takie same w obydwu pomiarach: 8% słyszało o takiej osobie, a 17% zna taką osobę. Co oznacza, że większość respondentów nie zna, ani nie słyszała o takich osobach. Są to wyniki o wiele wyższe niż rezultaty innego badania zrealizowanego na zlecenie Fundacji Milion Marzeń w lutym 2011 roku na ogólnopolskiej próbie 3000 respondentów przez CBOS. W tym badaniu 4% respondentów podejmowało zachowania ryzykowne, które mogą skutkować uzależnieniem. Wyniki pokazują, że ocena społeczna uczestnictwa w grach hazardowych jest

**Wykres 1. Odsetki badanych pytanych, czy w czasie ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że wydali więcej na gry losowe, niż zaplanowali**



Źródło: Obliczenia własne.



bardziej „surowa” od wyników analiz odpowiedzi badanych. W ramach badania z maja 2011 roku, analizie poddano osoby, które brały udział w grach o charakterze losowym w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 13% grających zdarzyło się, że nie mogli przestać grać, ponieważ ciągle liczyli na wygraną. Największą grupę ryzyka stanowiło 2% badanych, ponieważ problemy z przerywaniem gry miały one kilkanaście razy lub częściej. 5% respondentów w obydwu pomiarach zdarzyło się raz mieć taką sytuację, a podobny odsetek (6% w 2011 roku oraz 4% w 2009 roku) doświadczył takiej sytuacji kilka razy. Przedmiotem pomiaru badania Fundacji Milion Marzeń oraz CBOS był również zasięg zjawiska uzależnienia od hazardu w zależności od rodzaju gier. Badanym w trakcie wywiadu zadawano pytania, które miały określić poziom ryzyka związanego z grami o charakterze hazardowym. Najwyższy poziom ryzyka odnotowano w przypadku gier na automatach. Wśród osób grających w tego typu gry, 40% zostało określonych jako osoby, które mają problem z uzależnieniem. Na drugim miejscu odnotowano gry w karty (21%), a na trzecim zakłady bukmacherskie (16%). Gry Totalizatora Sportowego, obok gier zręcznościowych, według przedstawionych analiz miały najniższe wskaźniki ryzyka uzależnienia (odpowiednio 2,5% oraz 1,6%). Jednakże

analizując skalę występowania problemów z uzależnieniem od gier hazardowych w zależności od typu gry, należy zauważyć, że mamy zupełnie inny poziom rozpowszechnienia gier Totalizatora Sportowego w porównaniu z grami na automatach. Według wspomnianego już w artykule badania CBOS z maja 2011 roku, w grach Totalizatora Sportowego brało udział 42% badanych, a na automatach grało zaledwie 4% badanych. Zatem dziesięciokrotnie mniej osób grało na automatach niż w gry Totalizatora Sportowego. Mówimy więc o dużej grupie osób grających w gry Totalizatora, w której 2,5% osób charakteryzuje wysoki poziom ryzyka problemów związanych z uzależnieniem oraz małej grupie (dziesięciokrotnie mniejszej) grającej na automatach, gdzie wysoki poziom ryzyka dotyczy 40% osób. W rezultacie, w liczbach bezwzględnych, grupa osób problemowo grających w gry Totalizatora Sportowego może być niewiele mniejsza od liczby osób problemowo grających na automatach.

### Przypisy

<sup>1</sup> M. Gwiazda, „Polak w szponach hazardu”, Warszawa 2011.

### Bibliografia

Gwiazda M., „Polak w szponach hazardu”, CBOS, Warszawa 2011.

## NARKOTYKI W RUCHU DROGOWYM – PRIORYTET POLSKIEJ PREZYDENCJI

Łukasz Jędruszk

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu stanowi poważny problem nie tylko w Polsce, ale też w pozostałych państwach Unii Europejskiej i wszędzie postrzegane jest w sposób jednoznacznie negatywny. Jednak prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków, które stanowi prawdopodobnie jeszcze większe zagrożenie, wydaje się być zjawiskiem w znacznie mniejszym stopniu przyciągającym uwagę opinii publicznej. Dlatego też polska prezydencja umieściła zagadnienie prowadzenia pojazdów mechanicznych pod wpływem narkotyków wśród priorytetów w Horyzontalnej Grupie Roboczej ds. Narkotyków (HDG). Temat ten pojawił się już podczas pierwszej debaty tematycznej zorganizowanej przez polską prezydencję w lipcu 2011 roku.

Debatę rozpoczął dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przedstawiając zarys problemu na

przykładzie Polski. W swym wystąpieniu podkreślił on, że mimo iż alkohol pozostaje główną przyczyną wypadków drogowych, to coraz więcej kierowców decyduje się wsiąść za kierownicę pod wpływem narkotyków. Istotnym problemem jest także zjawisko politoksykomanii wśród kierowców. Wobec takiego stanu rzeczy niezbędna jest na poziomie UE szersza dyskusja dotycząca połączenia polityki antynarkotykowej z polityką transportową. Niemniej ważne jest też opracowywanie i wdrażanie programów profilaktycznych skierowanych nie tylko do kierowców, ale także do podróżujących z nimi pasażerów.

Aby jednak programy takie mogły zostać opracowane, niezbędne jest możliwie pełne poznanie skali zjawiska w państwach Unii. Informacji na ten temat dostarczyć mogą wyniki pięcioletniego projektu Komisji Europejskiej DRUID

(Driving under Influence of Drugs, Alcohol and Medicines), który oprócz alkoholu i narkotyków, uwzględnia także wpływ leków na prowadzenie pojazdów mechanicznych. W projekcie, zapoczątkowanym w 2006 roku, uczestniczyło 37 partnerów z 17 państw UE i Norwegia. Ze strony Polski byli to: Instytut Transportu Samochodowego w Warszawie, Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie oraz Komenda Główna Policji w Warszawie. Projekt ten ma na celu zbadanie skali zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem środków psychoaktywnych i stopnia, w jakim wpływa ono na poziom bezpieczeństwa lub jego brak na drogach Europy. Raport końcowy z realizacji programu DRUID będzie przedstawiony we wrześniu 2011 roku, a dostępny będzie na stronie [www.druid-project.eu](http://www.druid-project.eu).

Problem prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji odurzających może się odnosić także do osób poddawanych terapii substytucyjnej np. przy użyciu metadonu lub buprenorfiny. Problem ten poruszył w swym wystąpieniu sekretarz wykonawczy Grupy Pompidou Patrick Penninckx, stwierdzając, że w poszczególnych państwach UE istnieją różne podejścia do tego zagadnienia. W niektórych możliwe jest prowadzenie pojazdów przez osoby uczestniczące w terapii substytucyjnej, w innych nie. Grupa Pompidou stoi na stanowisku, że wszelkie ograniczenia w tym zakresie powinny być wprowadzane rozsądnie, tak aby nie dyskryminować osób poddawanych leczeniu. W 2011 roku Grupa Pompidou powołała grupę doradczą, której zadaniem jest analiza rozwiązań stosowanych w państwach Europy. Na podstawie wyników prac możliwe będzie opracowanie europejskich rekomendacji odnoszących się do zagadnienia prowadzenia pojazdów przez osoby poddawane terapii substytucyjnej.

Zdaniem przedstawiciela Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, omawiającego rozwiązania prawne stosowane przez poszczególne państwa członkowskie w tym obszarze, ciągle największym problemem wśród kierowców pozostaje alkohol, a nie narkotyki. Zwrócił on także uwagę na fakt, że ślady narkotyków dają się zidentyfikować w organizmie nawet długo po tym, jak dana substancja została przyjęta i nie wpływa już ona negatywnie na zdolność prowadzenia pojazdów. Próba zdefiniowania progów, po przekroczeniu których kierowca uznany zostałby za osobę pod wpływem danej substancji, może jednak napotkać na trudności.

Deбата tematyczna poświęcona kierowaniu pod wpływem narkotyków była doskonałą okazją do zaprezentowania polskich doświadczeń w tym obszarze zdobytych w czasie

realizacji ogólnopolskiej kampanii „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”, która realizowana była w latach 2009–2010.

Zjawisko narkotyków w ruchu drogowym, mimo iż mniej widoczne, jest problemem równie poważnym jak prowadzenie pod wpływem alkoholu. Niestety, wielu kierowców o tym zapomina, a co bardziej niepokojące – niektórzy z nich łączą różne substancje psychoaktywne i wsiadają za kółko. Problem ten ma wymiar ponadnarodowy i nie ogranicza się do konkretnych państw czy regionów w Europie. Skala zjawiska kształtuje się różnie dla poszczególnych państw Europy i to właśnie państwa członkowskie w głównej mierze muszą stawić czoła temu problemowi. Efektywnych rozwiązań należy szukać m.in. na forum UE, do czego zachęcała polska prezydencja, poświęcając debatę tematyczną temu właśnie zjawisku.

W lipcu 2011 roku miało miejsce jeszcze jedno ważne wydarzenie związane z narkotykami w ruchu drogowym. W dniach 17-18 lipca w Montrealu (Kanada) zorganizowano pierwsze międzynarodowe sympozjum w całości poświęcone tematyce kierowania pod wpływem narkotyków. W konferencji udział wzięli naukowcy, przedstawiciele rządów i organizacji pozarządowych oraz specjaliści zajmujący się bezpieczeństwem w ruchu drogowym. Unia Europejska reprezentowana była przez polską prezydencję. Przedstawiciel Polski w swym przemówieniu powiedział, że zarówno Unia Europejska, jak i Polska przykładają dużą wagę do tego problemu, co znajduje odzwierciedlenie w toczącej się obecnie dyskusji, m.in. podczas zorganizowanej przez Polskę debaty tematycznej na początku lipca. Polska poinformowała o aktualnej sytuacji narkotykowej w Unii Europejskiej również w kontekście kierowania pojazdami mechanicznymi. Przedstawiła też ogólnoeuropejski projekt DRUID, podkreślając konieczność rozwijania badań na temat prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu i narkotyków. Dzięki nim możliwe będzie przygotowanie właściwych wytycznych do kształtowania polityk na poziomie ponadnarodowym. Prezydencja podkreśliła, że na poziomie UE nie istnieje jeszcze konsensus w zakresie rozwiązań, jakie należałoby stosować wobec tego zjawiska, jednak Unia jest zgodna co do konieczności prowadzenia dyskusji i konsultacji w tym zakresie. Należy pamiętać także, że odpowiednie rozwiązania legislacyjne są niezwykle istotne, ale bez zmian postaw społecznych – nie będą one efektywne.

*Wchodząc w konstruktywne interakcje z rówieśnikami, dzieci mają możliwość rozwijania swoich kompetencji społecznych, uczenia się odpowiedniego kierowania swoim zachowaniem i emocjami. Jest jednak pewna populacja dzieci, w przypadku których grupa może przyczynić się do ograniczania możliwości ich rozwoju. To dzieci nielubiane przez kolegów z klasy.*

# POMAGANIE DZIECIOM NIELUBIANYM PRZEZ RÓWIEŚNIKÓW – PREZENTACJA PROGRAMU ODDZIAŁYWAŃ

Marta Herzberg

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Dzieci nielubiane przez rówieśników to takie, które w badaniach za pomocą technik socjometrycznych, otrzymują dużo wyborów negatywnych przy jednoczesnym braku lub niewielkiej liczbie wyborów pozytywnych. W przeprowadzonych badaniach do grupy dzieci nielubianych zostali włączeni ci uczniowie, którzy mieli status odrzuconych, polaryzujących akceptację grupy oraz przeciętnych z pozycją powyżej przeciętnej na Skali Antypatii. Statusy te określone zostały za pomocą techniki „Plebiscyt Życzliwości i Niechęci” (Deptuła, 1996).

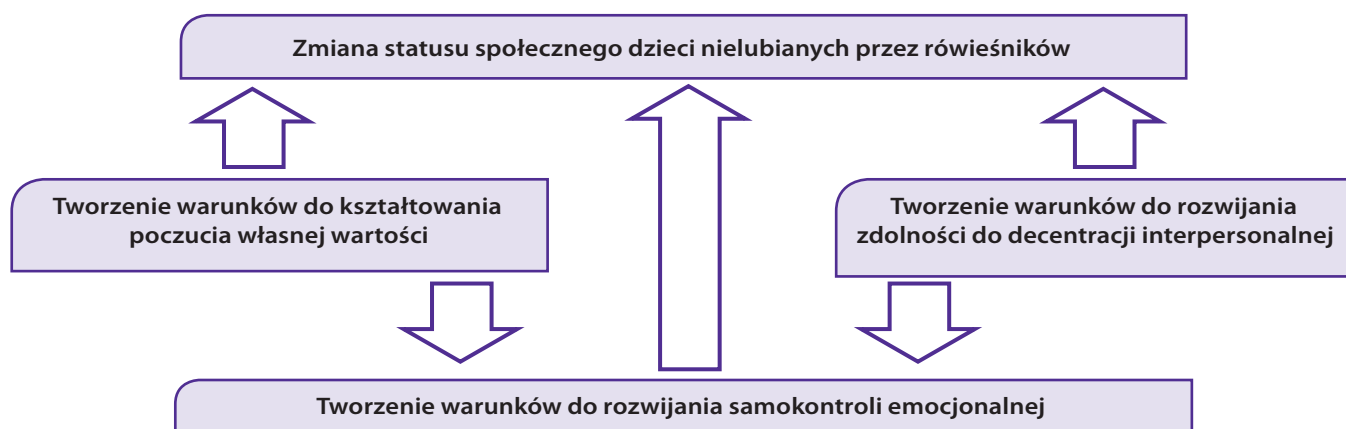
Dokonana przez M. Deptułę (2010) analiza literatury pokazuje, że przyczynami braku akceptacji rówieśniczej mogą być nieprawidłowe relacje dzieci nielubianych z rodzicami, które prowadzą do zaburzeń w rozwoju dzieci. Przejawem tych zaburzeń są specyficzne cechy osobowościowe i deficyty w obrębie kompetencji poznawczych, emocjonalnych i społecznych.

Zdecydowana większość dzieci nielubianych zachowuje się wobec rówieśników agresywnie (por. Schaffer, 2006). Cechuje je impulsywność, nieumiejętność adekwatnego do sytuacji wyrażania swoich emocji, skłonność do wybuchów złości oraz kłótniowość. Przejawiają one również nadmierne skoncentrowanie na własnej osobie, własnych myślach, uczuciach i potrzebach. Z myślą o takich dzieciach – nielubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych (agresywnych i egocentrycznych) w wieku 10-11 lat – został opracowany prezentowany poniżej program oddziaływań<sup>1</sup>.

## Teoretyczne założenia programu

Na podstawie analizy literatury i wyników badań uznano, że status społeczny dzieci nielubianych przez rówieśników może ulec zmianie na świadczący o więk-

**Rysunek 1. Cel główny i cele szczegółowe programu wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nielubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych**



Źródło: Opracowanie własne.

szej akceptacji w wyniku tworzenia im warunków do rozwijania samokontroli emocjonalnej, zdolności do decentracji interpersonalnej oraz kształtowania poczucia własnej wartości. Rysunek 1. przedstawia cel główny i cele szczegółowe opracowanego programu oddziaływań.

Przed przystąpieniem do opracowywania programu, zdefiniowano i zoperacjonalizowano trzy zmienne, które zostały poddane ewaluacji przed i po udziale dzieci w zajęciach.

## Samokontrola emocjonalna

Samokontrola emocjonalna to właściwość osobowości, która decyduje o częstotliwości i natężeniu takich przeżyć emocjonalnych, myśli i zachowań z nimi związanych, które są zgodne ze standardami społecznymi lub standardami aprobowanymi przez podmiot (Doliński, 2000). Nie jest ona równoznaczna z wypieraniem emocji. Człowiek, który potrafi kontrolować swoje emocje, akceptuje swoje reakcje emocjonalne i wyraża je w formie akceptowanej społecznie, dostosowanej do sytuacji. Potrafi on w niektórych sytuacjach stłumić swoje emocje, w innych swobodnie je wyrażać (Brzeziński, 1973).

Aby możliwe było podjęcie efektywnej samokontroli emocjonalnej, jednostka musi rozpoznać (zwerbalizować) własne emocje lub emocje innych osób, uświadomić sobie ich źródło i prawdopodobne konsekwencje oraz obowiązujące zasady postępowania w rozpoznanej sytuacji (por. Gerstmann, 1976; Kofta, 1979).

Uwzględniając deficyty rozwojowe dzieci nie lubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych oraz warunki istotne dla rozwijania samokontroli emocjonalnej, sformułowano cele operacyjne obejmujące tworzenie dzieciom warunków do:

- wzbogacania wiedzy o uczuciach i towarzyszących im niewerbalnych symptomach;
- zachęcania do nazywania emocji własnych i innych osób;
- ukierunkowania uwagi na dostrzeganie związku między emocjami a sytuacjami, które je poprzedzają i konsekwencjami, do których mogą prowadzić;
- ćwiczenia umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami w akceptowany sposób;
- ćwiczenia umiejętności wyrażania emocji w sposób asertywny.

## Decentracja interpersonalna

Decentracja interpersonalna to zdolność przyjmowania perspektywy drugiego człowieka (Polkowska, 2000). M. Malinowska (1985) jest zdania, że jednostka, która potrafi patrzeć na swe celowe zachowanie z perspektywy innych osób i modyfikować je w zależności od ich spodziewanej reakcji, a także potrafi koordynować różne perspektywy (własną i innych osób), będzie zdolna do podejmowania udanych interakcji społecznych. Również J. Grochulska (1992) uważa, że decentracja jest warunkiem podejmowania i utrzymywania zadowalających kontaktów z innymi. Umożliwia bowiem modyfikowanie własnego zachowania w zależności od przewidywanych jego konsekwencji dla innych ludzi, a także rozumienie przyczyn zachowania innych i rozróżnianie ich celowych intencji od działania przypadkowego (Skarżyńska, 1985).

Mając na uwadze powyższe warunki, założono, że rozwijaniu zdolności do decentracji interpersonalnej u dzieci nie lubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych, może sprzyjać tworzenie im warunków do:

- rozwijania umiejętności dostrzegania skutków własnych działań dla innych osób;
- zachęcania do zastanawiania się nad przyczynami zachowań innych osób;
- rozwijania umiejętności postawienia się w sytuacji, na miejscu innej osoby.

## Poczucie własnej wartości

Poczucie własnej wartości to „stosunek do samego siebie, kształtowany w trakcie rozwoju człowieka pod wpływem nabywanych doświadczeń, spostrzeganej pozycji w grupie, opinii innych ludzi itp.” (Juczyński, 2005, s. 9). Wiąże się ono z pojęciem obrazu siebie i własnego „ja” i jest rozumiane jako wiara w siebie i swoje możliwości, ocena samego siebie.

W literaturze występują rozbieżności na temat tego, jaką samoocenę mają dzieci nie lubiane przez rówieśników, niską, czy też nierealistycznie zawyżoną. Niemniej jednak, ponieważ są to dzieci, które nie są lubiane przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych, a jak twierdzi Z. Skorny (1978) w przypadku dzieci i młodzieży wykazujących objawy niedostosowania społecznego, jednym z celów



podejmowanych działań korekcyjnych powinna być modyfikacja nieprawidłowo ukształtowanej samooceny, sformułowano cele operacyjne obejmujące kształtowanie poczucia własnej wartości w wyniku tworzenia uczestnikom zajęć warunków do:

- zachęcania ich do poznawania siebie;
- organizowania doświadczeń umożliwiających budowanie pozytywnego stosunku do siebie.

## Metodologiczne podstawy badań

Przedmiotem badań uczyniono skuteczność opracowanego programu oddziaływań. Wskaźnikiem jego skuteczności były zmiany zachodzące u dzieci nielubianych z powodu zachowań antyspołecznych nie tylko w zakresie trzech wyżej wymienionych zmiennych badawczych (samokontrola emocjonalna, decentracja interpersonalna, poczucie własnej wartości), ale również w zakresie statusu społecznego dzieci w grupie rówieśniczej, jaką jest klasa szkolna, oraz sposobu postrzegania ich przez rówieśników i wychowawców klas.

Zmiany te były porównywane ze zmianami, które w tym samym czasie zaszły u dzieci nielubianych nie objętych takim programem pomocy.

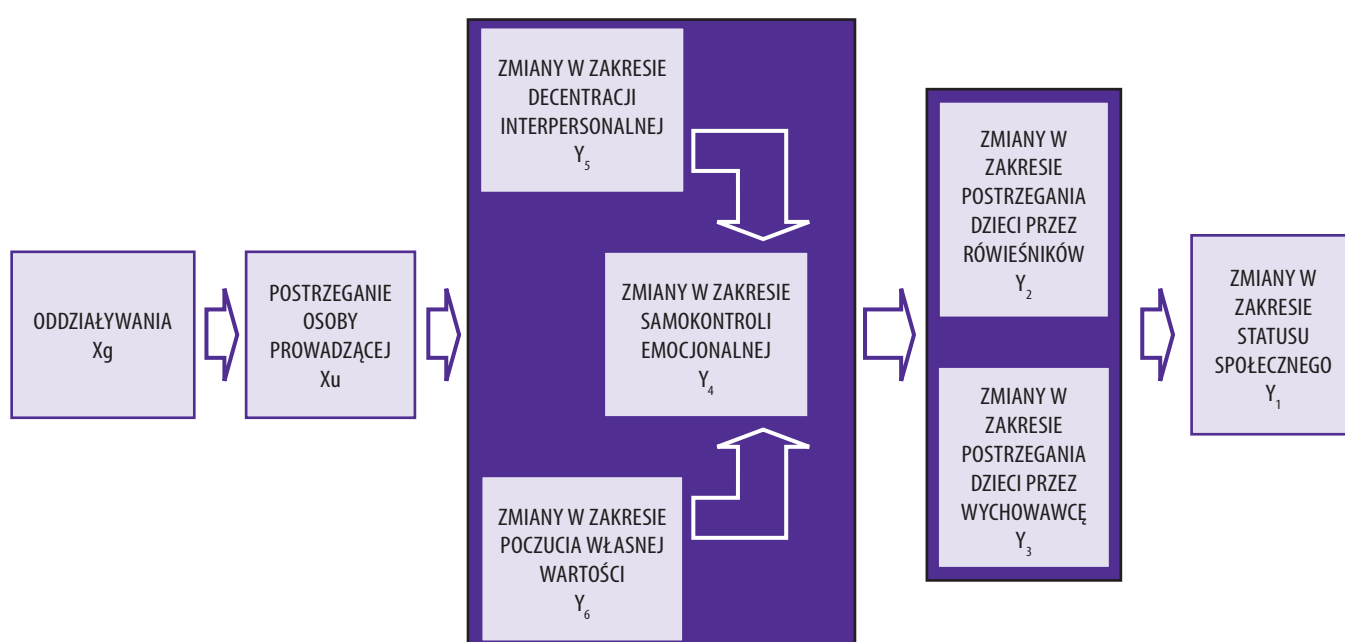
Na rysunku 2. przedstawiono wszystkie badane zmienne oraz związki pomiędzy nimi.

Założono, że w wyniku tworzenia dzieciom nielubianym przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych warunków do rozwijania samokontroli emocjonalnej, zdolności do decentracji interpersonalnej oraz kształtowania poczucia własnej wartości, może nastąpić korzystna zmiana w postrzeganiu ich przez rówieśników i wychowawców klas, co z kolei może się przyczynić do modyfikowania niskiej pozycji, jaką dzieci nielubiane zajmują w klasie szkolnej.

Z uwagi na kodowanie ankiet dzieci nielubianych, które zapewniały im całkowitą anonimowość, w badaniach niemożliwe było zbadanie związku między zmiennymi  $Y_1$ ,  $Y_2$ , i  $Y_3$  a zmiennymi  $Y_4$ ,  $Y_5$ ,  $Y_6$ . Decyzję o całkowitej anonimowości podjęto w celu zwiększenia prawdopodobieństwa uzyskania prawdziwych odpowiedzi na pytania, które mogły wywoływać u badanych reakcje obronne polegające na udzielaniu odpowiedzi nieprawdziwych, lecz zgodnych ze społecznymi normami.

Badania nad skutecznością opracowanego programu zostały przeprowadzone według planu eksperymentalnego z grupą kontrolną z pomiarem początkowym (pretestem) i końcowym (posttestem) zmiennych zależnych (Brzeziński, 2000). Zaletą planu eksperymentalnego jest możliwość udzielenia odpowiedzi na pytanie o wielkość zmiany zachodzącej w grupie eksperymentalnej, ale również przeprowadzanie porównań międzygrupowych. W badaniach był spełniony wymóg

Rysunek 2. Schemat związków między badanymi zmiennymi



Źródło: Opracowanie własne.

randomizacji – z uwagi na cele programu z zespołów klasowych wybrane zostały dzieci nie lubiane, jednak przydzielanie ich do grup porównawczych (eksperymentalnych i kontrolnej) odbywało się w sposób losowy. Ostateczną wersję planu badań przedstawiono w tabeli 1. Z grupy blisko 600 uczniów 25 klas IV z siedmiu bydgoskich szkół podstawowych wyłoniono 155 dzieci nie lubianych. Po uzyskaniu przez 104 osoby pisemnej zgody rodziców na ich udział w dalszych badaniach i zajęciach, dokonano losowego przydziału do grupy eksperymentalnej (E) i kontrolno-eksperymentalnej (K/E). Grupy kontrolno-eksperymentalne zostały nazwane tak, ponieważ w II pomiarze zmiennych traktowane były jako grupy kontrolne dla grup eksperymentalnych E1, E2, E3, E4 i E5. Natomiast po zakończeniu etapu III ze względów etycznych dzieci z grup K/E również zostały objęte oddziaływaniami.

Nie zakładano natomiast istnienia grupy K. Powstała ona w trakcie prowadzonych badań. Włączono do niej dzieci, których rodzice wyrazili zgodę na udział w zajęciach, ale one w ogóle nie uczęszczały na nie lub po udziale w maksymalnie pięciu pierwszych spotkaniach z różnych przyczyn przestały na nie przychodzić.

W trakcie trwania badań populacja dzieci biorących w nich udział uległa zmniejszeniu do 94 osób. Dziesięcioro dzieci z powodu decyzji rodziców (wycofanie zgody na udział w zajęciach) zostało wyłączonych z prowadzonych badań. Ostatecznie grupy E liczyły 36 osób, grupy K/E 35 osób, a grupa K 23 osoby.

W badaniach posłużono się dziesięcioma narzędziami badawczymi, którymi były:

- „Plebiscyt Życzliwości i Niechęci” (Deptuła, 1996);
- „Arkusz dla wychowawcy do wyboru dzieci mających trudności w kontaktach z rówieśnikami” [M. Herzberg (2009); adaptacja narzędzia badawczego M. Zabłockiej (2008)];
- „Zgadnij kto w Twojej klasie?” [M. Herzberg (2009); adaptacja narzędzi badawczych D. Ekiert-Grabowskiej (1982) i W. Junik (2004)];
- „Skala społecznego zachowania dziecka (CSBS-T)” (N.R. Crick, 1996 za: B. Urban, 2004);
- „Arkusz do badania samokontroli emocjonalnej” [M. Herzberg; adaptacja narzędzia badawczego B. Góreckiej-Mostowicz (2005)];
- „Skala Ekspresji Gniewu” (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2001);
- „Skala postaw wobec zachowań agresywnych” (M. Herzberg);
- „Historyjki do badania zdolności do uświadamiania sobie konsekwencji czynu” [M. Herzberg; adaptacja narzędzia badawczego M. Deptuły (1996)];
- „Inwentarz Poczucia Własnej Wartości – CSEI S. Coopersmitha” (Z. Juczyński, 2005);
- „Portret Wychowawcy Grupy” [M. Herzberg; adaptacja narzędzi badawczych M. Deptuły (1994) i W. Junik (2004)].

Oddziaływania zostały zaplanowane na 40 godzin dydaktycznych, realizowanych w ciągu trzech miesięcy w cyklu dwóch spotkań 1,5-godzinnych, w trakcie ko-

**Tabela 1. Plan i etapy badań**

Grupa	ETAP I	ETAP II			ETAP III	ETAP IV			ETAP V
	02-03. 2009	03-05.2009			05-06. 2009	09-11.2009			01-02. 2010
E1	Wyłonienie dzieci nie lubianych z klas I i pomiar zmiennych	➤	Oddziaływania	➤	II pomiar zmiennych	➡			III pomiar zmiennych
E2									
E3									
E4									
E5									
K1/E6		➡				➤	Oddziaływania	➤	
K2/E7									
K3/E8									
K4/E9									
K5/E10									
K		➡				➡			

Źródło: Opracowanie własne.

lejných tygodni. Zajęcia prowadzili pedagodzy szkolni i wspomagający ich studenci. Osoby te zostały odpowiednio przygotowane do prowadzenia zajęć przez autorkę programu, która przedstawiła prowadzącym założenia i podstawy teoretyczne programu, formy i metody pracy z dziećmi na zajęciach oraz udostępniła scenariusze zajęć. Głównym prowadzącym zajęcia był zawsze pedagog szkolny. Zadaniem studentów było wspieranie pedagogów podczas spotkań z dziećmi, przygotowywanie wspólnie z nimi materiałów niezbędnych do przeprowadzenia poszczególnych ćwiczeń, dbanie o przestrzeganie obowiązujących zasad oraz wypełnianie po każdym spotkaniu arkusza podsumowującego. Do zadań osób prowadzących (pedagogów i studentów) należało też każdorazowe przygotowanie się do zajęć bezpośrednio przed nimi, jak również podsumowanie każdego spotkania wraz z omówieniem jego przebiegu i sytuacji trudnych, które miały miejsce w czasie jego trwania.

## Wybrane wyniki ewaluacji programu oddziaływań

Statystyczna weryfikacja hipotez dotyczących skuteczności opracowanego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nie lubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych była możliwa dzięki analizie:

- zmian, które zaszły pomiędzy I i II pomiarem zmierzających w grupach E w porównaniu z grupami K/E i K;
- zmian, które zaszły pomiędzy II i III pomiarem zmierzających w grupach K/E w porównaniu z grupą K.

Po udziale w zajęciach status dzieci z grup E i K/E uległ zmianie na bardziej korzystny. Zmiany te w grupach E były statystycznie istotne. W grupach K/E w III pomiarze, w porównaniu z II, pozycja dzieci w klasach tylko nieznacznie się poprawiła. Jednak szczegółowa analiza kierunku indywidualnych zmian w statusie społecznym pokazała, że większe i bardziej korzystne zmiany zaszły u dzieci z grup K/E w porównaniu do grupy K.

Postrzeganie dzieci nie lubianych przez rówieśników w zakresie zachowań antyspołecznych nie zmieniło się istotnie. Istotnie zmieniło się natomiast postrzeganie dzieci z grup E przez ich kolegów z klasy w zakresie zachowań pozytywnych. Po zakończeniu zajęć dzieci w nich uczestniczące częściej były postrzegane jako

potrafiące kontrolować swoje emocje. Tak korzystne zmiany nie zostały zaobserwowane w przypadku dzieci z grup K/E między II i III pomiarem.

Zostały również zainicjowane pewne zmiany w postrzeganiu dzieci nie lubianych przez wychowawców klas. Były to jednak zmiany niewielkie i statystycznie nieistotne.

U dzieci, które uczestniczyły w zajęciach, zaszły korzystne zmiany w zakresie wybranych wymiarów samokontroli emocjonalnej. Częściej rozpoznawały one emocje na podstawie niewerbalnych symptomów oraz kontekst sytuacyjny emocji, a także częściej deklarowały konstruktywne programy działania w hipotetycznych sytuacjach. Zmiany te u dzieci z grup K/E były istotne statystycznie. U uczestników z obu grup podwyższył się również nieznacznie poziom gniewu kierowanego do wewnątrz, co oznacza pewien wzrost liczby zachowań, które świadczą o umiejętności pohamowania tendencji do okazywania innym swoich emocji w sposób nieakceptowany społecznie.

Za prawdopodobnie najważniejsze zmiany, jakie zaszły u dzieci z grup E i K/E po udziale w zajęciach, można uznać te, które dotyczyły pośrednio badanej zdolności do decentracji interpersonalnej. U dzieci z obu grup istotnie wzrosła zdolność do dostrzegania skutków negatywnych czynów z perspektywy sprawcy oraz sumy skutków z obu perspektyw (ofiary i sprawcy). Analizując różne sytuacje, dzieci istotnie częściej uwzględniały również obie perspektywy jednocześnie. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o zwiększeniu zdolności dzieci do rozumienia sytuacji społecznych i większego zdawania sobie sprawy z tego, że w każdej sytuacji mogą istnieć różne punkty widzenia.

Jedynie hipoteza dotycząca poczucia własnej wartości nie potwierdziła się. U dzieci z grup E ogólny wskaźnik poczucia własnej wartości obniżył się na poziomie trendu statystycznego, natomiast w grupach K/E zmiany, choć korzystne, były nieistotne. Być może powodem takiego stanu rzeczy była zbyt mała liczba ćwiczeń dotyczących budowania przez dzieci pozytywnego stosunku do siebie, które zostały uwzględnione w scenariuszach. Być może jest to też efekt uświadomienia sobie, że dotychczasowy styl funkcjonowania w relacjach z rówieśnikami nie jest akceptowany przez osoby znaczące, którymi dla dzieci były osoby prowadzące zajęcia (na co wskazywało badanie ich postrzegania przez dzieci).

## Podsumowanie

Zaprezentowany pokrótce w tym artykule program oddziaływań można uznać za przykład profilaktyki selektywnej, nastawionej na zapobieganie wystąpienia przejawów nieprzystosowania społecznego, używania alkoholu, papierosów, narkotyków przez dzieci nie lubiane przez rówieśników, stanowiące grupę podwyższonego ryzyka, w ich późniejszym życiu. Jest to program jednowątkowy, który obejmuje tylko dzieci nie lubiane przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych. Może jednak być on elementem składowym działań kompleksowych, obejmujących nie tylko dzieci z zaburzoną zachowaniem, ale także ich rodziców, wychowawcę i rówieśników z klasy

szkolnej. W takiej sytuacji można przypuszczać, że jego skuteczność będzie większa.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Opracowany program powstał w ramach rozprawy doktorskiej pt. „Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nie lubianych przez rówieśników w klasach IV-V szkoły podstawowej”, napisanej pod kierunkiem dr hab. Marii Deptuły, prof. UKW i obronionej na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Znaczna część projektu dotyczącego badania skuteczności programu została sfinansowana ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Otrzymano również środki w ramach projektu „Stypendia dla doktorantów 2008/2009 – ZPORR” współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego.

*Program „Unplugged” jest programem profilaktyki uniwersalnej, adresowanym do uczniów w wieku 12-14 lat oraz ich rodziców. Jego celem jest ograniczanie inicjacji używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki), a także opóźnianie przejścia od fazy eksperymentalnego ich używania do fazy używania problemowego. Program powstał w ramach międzynarodowego projektu EU-Drug Abuse Prevention, finansowanego ze środków Unii Europejskiej.*

# PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA PRZYJMOWANIU SUBSTANCJI UZALEŻNIAJĄCYCH PRZEZ UCZNIÓW „UNPLUGGED”

Anna Borkowska

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Zgodnie z przepisami oświatowymi od 2002 roku szkoły mają obowiązek realizowania szkolnego programu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym zajęć profilaktycznych poświęconych problematyce uzależnienia od alkoholu, narkotyków i tytoniu. Działania profilaktyczne powinny być prowadzone na wszystkich etapach edukacyjnych, zaś szczególnie intensywnie w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, biorąc pod uwagę fakt, iż ryzyko używania środków psychoaktywnych wzrasta wraz z wiekiem uczniów. Tymczasem, jak wynika z badań, udział starszej młodzieży w zajęciach profilaktycznych,

w tym z zakresu profilaktyki narkomanii, w ostatnich latach jest niewielki<sup>1</sup>. Dostępność edukacyjnych zajęć profilaktycznych w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych jest mniejsza niż w szkołach podstawowych, mimo wyższych wskaźników używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów. Proponowane uczniom zajęcia profilaktyczne oceniane są przez ich odbiorców dość nisko, prawdopodobnie dlatego, iż nie są one adekwatne do potrzeb osób dorastających. Dostępna na polskim rynku oferta programów dla starszych uczniów jest uboga, a niektóre programy zdezaktualizowały się. Istnieje więc potrzeba pozyskania



nowych programów profilaktycznych, szczególnie dla młodzieży gimnazjalnej.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) podjęły działania, by pozyskać i upowszechnić w Polsce nowy europejski program „Unplugged”. W niniejszym artykule prezentujemy najważniejsze informacje o programie, w kolejnym przedstawimy wnioski z jego pilotażowej realizacji w polskich szkołach.

Program „Unplugged” jest programem profilaktyki uniwersalnej, adresowanym do uczniów w wieku 12-14 lat oraz ich rodziców. Jego celem jest ograniczanie inicjacji używania substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki), a także opóźnienie przejścia od fazy eksperymentalnego ich używania do fazy używania problemowego. Program powstał w ramach międzynarodowego projektu EU-Drug Abuse Prevention, finansowanego ze środków Unii Europejskiej. Autorami programu jest grupa ekspertów z siedmiu krajów UE – Belgii, Niemiec, Hiszpanii, Grecji, Włoch, Austrii i Szwecji. W latach 2004–2010 program został wdrożony m.in.: w Belgii, we Włoszech, w Niemczech, Hiszpanii, Grecji, Austrii, Szwecji, Rumunii, Słowenii, Czechach, Chorwacji oraz Libanie. Koordynatorem projektu jest Uniwersytet w Ghent (Belgia).

## Podstawy teoretyczne

„Unplugged” należy do grupy programów wszechstronnego wpływu społecznego (CSI), opierających się na modelu wpływów społecznych, w których podkreśla się znaczenie norm społecznych, modelowania i wzorów środowiskowych w nauce nowych zachowań. Podstawy teoretyczne programów CSI wywodzą się z teorii uodparniania postaw McGuire, teorii uzasadnionego działania Ajzena i Fishbeina

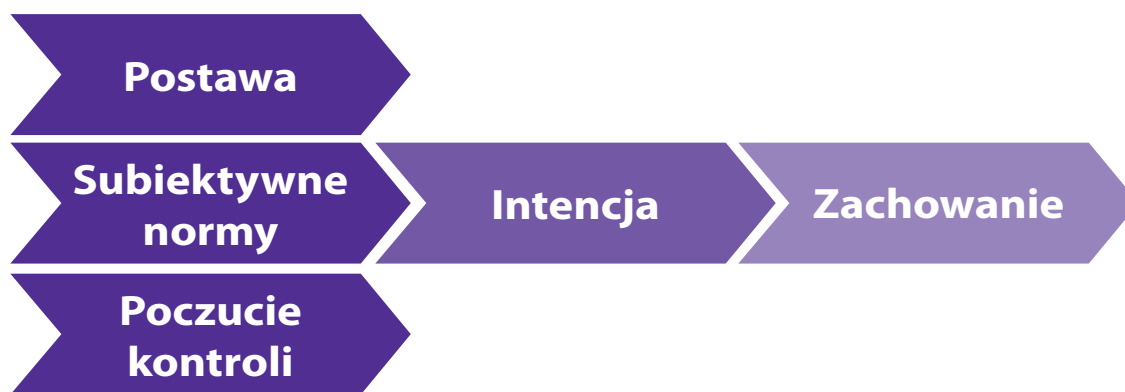
oraz teorii społecznego uczenia się Bandury i opierają się na założeniu, iż nasze zachowanie determinowane jest przez wpływ takich czynników, jak: postawy, normy społeczne, modelowanie, presja grupy. W myśl tych teorii ludzie decydując się na określone zachowania kierują się subiektywnymi przekonaniami na temat tego, co myślą i w jaki sposób się zachowują inni członkowie grupy społecznej. Bardzo często te subiektywne przekonania o postawach innych ludzi nie odzwierciedlają stanu faktycznego i przybierają postać tzw. błędnych przekonań normatywnych.

Zjawisko to ma znaczące konsekwencje dla promocji zdrowia i profilaktyki. W świetle bowiem wspomnianych teorii to, czy wybierzemy zachowania prozdrowotne, czy też będziemy angażować się w zachowania ryzykowne w dużej mierze zależy od tego, które z tych zachowań spostrzegamy jako powszechne i aprobowane w naszej grupie społecznej. Spostrzeganie zachowań niekorzystnych dla zdrowia, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, jako dominujących i akceptowanych w społeczeństwie sprzyja nasilaniu się tego rodzaju zachowań problemowych, podczas gdy przekonanie o małym rozpowszechnieniu zachowań prozdrowotnych zniechęca jednostki do angażowania się w zachowania korzystne dla ich zdrowia.

Zależności te zostały potwierdzone w licznych badaniach dotyczących zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży i ujawniły wzrost używania zarówno legalnych, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych pod wpływem nacisku grupowego w środowisku rówieśniczym (Borsari i Carey, 2003). W okresie dojrzewania wpływ grupy rówieśniczej ma potężną siłę oddziaływania. Młodzi ludzie, dokonując wyborów dotyczących własnych zachowań, bardzo często kierują się błędnymi przekonaniami o tym, jakiego rodzaju normy panują w grupie i jakiego rodzaju zachowania są popularne wśród

*„Unplugged” skonstruowany został zgodnie z wiedzą o kluczowych elementach sprzyjających skuteczności szkolnych programów profilaktyki uniwersalnej, do których należy m.in. opieranie działań profilaktycznych na naukowych podstawach, wykorzystywanie sprawdzonych strategii profilaktycznych, odpowiedniej metodyki, a także zapewnienie wsparcia metodycznego i instytucjonalnego dla realizatorów oraz monitorowanie jakości realizacji programu.*

Rysunek 1. Model uzasadnionego działania (Ajzen i Fishbein, 1980)



ich kolegów. Aktualne badania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki wskazują, iż wśród młodzieży panuje powszechne przeświadczenie, że duża liczba osób w ich wieku podejmuje różne zachowania ryzykowne, w tym eksperymentowanie, zarówno z legalnymi, jak i nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, a używanie tego rodzaju środków jest coraz powszechniejszym zachowaniem w tej grupie wiekowej, stając się częścią stylu życia współczesnych nastolatków. Tymczasem badania epidemiologiczne wskazują, iż w ostatnich latach obserwujemy, przynajmniej w Polsce, tendencje stabilizujące, a nawet spadek zażywania poszczególnych środków psychoaktywnych<sup>2</sup>. Najpopularniejszym zaś zachowaniem wśród młodzieży jest niesięganie po narkotyki.

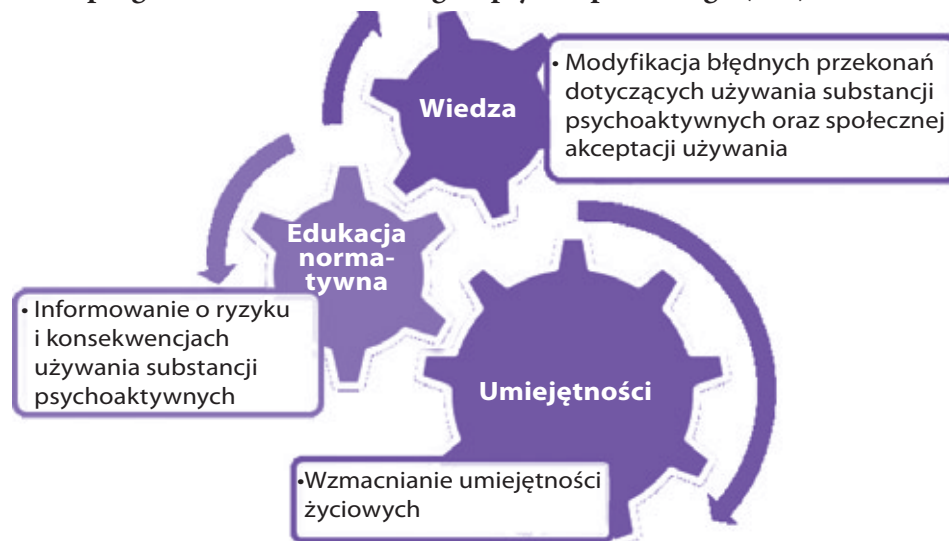
Kształtowanie się tego rodzaju błędnych przekonań normatywnych wśród młodych ludzi i ich wpływ na angażowanie się w ryzykowne zachowania tłumaczy teoria uzasadnionego działania Ajzena i Fishbeina. Według tej teorii podejmowanie określonych zachowań, w tym używanie substancji psychoaktywnych, zależy od:

- postawy wobec tych zachowań, ukształtowanej na podstawie wiedzy o konsekwencjach tych działań;
- subiektywnych norm, które kształtują się na bazie przekonań dotyczących rozpowszechnienia danego zachowania oraz aprobaty lub dezaprobaty dla tych zachowań przez znaczące osoby (rówieśników, rodziców, idoli);
- poczucia osobistej kontroli nad zachowaniem, która kształtuje się na podstawie wcześniejszych doświadczeń i odzwierciedla przekonanie o możliwości wykonania danego zachowania.

Autorzy teorii wskazują, że ludzie, niezależnie od wieku, a więc także nastolatki, mają tendencję do podejmowania zachowań, o których sądzą, iż są to zachowania powszechne w danej społeczności i aprobowane przez ważne dla nich osoby oraz że są to działania, które łatwo będą mogli zrealizować. Ponieważ zachowania problemowe są na ogół bardziej widoczne i łatwiej zapamiętywane niż zachowania zgodne z obowiązującymi normami, w umyśle młodych ludzi mogą rodzić się błędne przekonania, że zachowania niekorzystne dla zdrowia (np. używanie narkotyków lub palenie papierosów) są bardziej powszechne w ich grupie wiekowej, niż jest to w rzeczywistości, oraz że wśród ich rówieśników istnieje przyzwolenie na tego rodzaju aktywność. Przekaz ten jest następnie rozpowszechniany przez członków grupy, którzy funkcjonują jak „nosiciele fałszywych przekonań” (Perkins, 1997), a w szerszej perspektywie społecznej jest dodatkowo wzmacniany przez media, które częściej kreują obraz młodych ludzi jako osoby podejmujące zachowania ryzykowne (np. sięgające po narkotyki, alkohol) niż zachowania pozytywne, zgodne z normami społecznymi. Ukształtowane w ten sposób błędne przekonania o znacznym rozpowszechnieniu i akceptacji używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków oraz wpływy społeczne zachęcające młodych ludzi do używania tych substancji odgrywają istotną rolę w inicjowaniu picia alkoholu, palenia papierosów czy eksperymentowania z narkotykami i sprzyjają sięganiu po te środki.

Badacze problematyki (Botvin i wsp. 1995, Hansen i Graham 1991) wskazują, iż wpływy te można skutecznie osłabiać, wyposażając młodych ludzi

Rysunek 2. Struktura programów wszechstronnego wpływu społecznego (CSI)



w konkretne umiejętności, takie jak: krytyczne myślenie, umiejętność odmawiania, podejmowania decyzji, radzenie sobie ze stresem, umiejętność komunikowania się (tzw. umiejętności życiowe) oraz korygując błędne przekonania nastolatków dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez ich kolegów i koleżanki. Jednoczesne dostarczanie młodzieży wiedzy o zdrowotnych i psychospołecznych konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych jest dodatkowym czynnikiem chroniącym.

Odwołując się do przedstawionych powyżej teorii oraz opierając się na aktualnej wiedzy o warunkach skuteczności programów profilaktyki adresowanych do dzieci i młodzieży, specjaliści z EU-DAP stworzyli program profilaktyki uniwersalnej, którego stosowanie ma w zamierzeniu prowadzić do zmniejszenia ryzyka sięgania przez uczniów po substancje psychoaktywne lub opóźnienia inicjacji ich używania.

„Unplugged” skonstruowany został zgodnie z wiedzą o kluczowych elementach sprzyjających skuteczności szkolnych programów profilaktyki uniwersalnej, do których należy m.in. opieranie działań profilaktycznych na naukowych podstawach, wykorzystywanie sprawdzonych strategii profilaktycznych, odpowiedniej metodyki, a także zapewnienie wsparcia metodycznego i instytucjonalnego dla realizatorów oraz monitorowanie jakości realizacji programu. Wykorzystywane w „Unplugged” strategie działań profilaktycznych obejmują: rozwijanie umiejętności

życiowych uczniów, korygowanie błędnych przekonań normatywnych (edukacja normatywna) oraz przekazywanie wiedzy o konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych.

Program uwzględnia także wiedzę o czynnikach chroniących młodzież przed okazjonalnym i problemowym używaniem środków psychoaktywnych oraz odwołuje się do wiedzy z psychologii rozwojowej, która konieczna jest w ustalaniu celów oddziaływań profilaktycznych adresowanych do grup dojrzewającej młodzieży.

## Realizacja programu

„Unplugged” składa się z 12 zajęć (45-minutowych lekcji) i trwa jeden semestr. Realizatorami są nauczyciele, którzy ukończą dwuipółdniowe szkolenie przygotowujące do prowadzenia zajęć z uczniami, prowadzone przez certyfikowanych trenerów w ramach systemu EU-DAP Faculty. Zajęcia w swojej klasie nauczyciele prowadzą według scenariuszy zamieszczonych w podręczniku dla realizatora programu.

Tematyka poszczególnych lekcji dotyczy szczególnie istotnych w okresie adolescencji problemów, takich jak:

- konformizm, przejawy nacisku grupowego i sposoby radzenia sobie z nim;
- wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przed piciem alkoholu, zróżnicowaniu podatności na alkohol w zależności od płci;

- przekonania normatywne na temat rozpowszechnienia zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi;
- wiedza o przyczynach i następstwach palenia papierosów;
- umiejętność komunikowania swoich emocji;
- umiejętność asertywnej obrony swoich racji;
- inne umiejętności interpersonalne i intrapersonalne, których niedostateczne opanowanie może skłaniać do używania substancji psychoaktywnych w sytuacjach towarzyskich;
- wiedza o narkotykach;
- umiejętność radzenia sobie z problemami, formułowania celów i podejmowania decyzji.

Zajęcia prowadzone są z wykorzystaniem interaktywnej metodyki kształcenia, która polega na wymianie informacji i doświadczeń między uczestnikami programu i inicjowaniu procesu uczenia się, który kontynuowany jest poza formalnymi zajęciami. Podstawowe metody pracy z uczniami to: dyskusje w małych grupach, odgrywanie i omawianie scenek, zadania grupowe do wykonania, ćwiczenia w parach lub indywidualne, quizy i zabawy integracyjne.

W programie przewidziane są także trzy 2–3-godzinne spotkania warsztatowe dla rodziców. Ich celem jest pomoc dorosłym w zrozumieniu zmian rozwojowych dziecka w okresie adolescencji i przekazanie im wiedzy na temat wpływu rodziny na używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Tematyka warsztatów dla rodziców obejmuje m.in. wiedzę o potrzebach rozwojowych nastolatków, zmianach, jakie zachodzą w tym okresie w rodzinie, budowanie dobrych relacji z dzieckiem, umiejętność wprowadzania zasad i wyznaczania granic, a także informacje na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi. Zajęcia z rodzicami prowadzone są przez pedagoga lub psychologa szkolnego, który ukończył szkolenie dla realizatorów programu. W czasie spotkań wykorzystywane są aktywne metody pracy. Rodzice zachęceni są do udziału w dyskusjach, odgrywania i omawiania scenek, pracy w parach lub małych grupach.

## Wypożyczenie programu

Nauczyciel realizujący program ma do dyspozycji podręcznik opisujący metodykę programu i zawiera-

jący scenariusze 12 lekcji. Opis każdej lekcji zawiera informacje o celu zajęć, materiałach potrzebnych do jej przeprowadzenia, szczegółowy scenariusz lekcji wraz ze wskazówkami metodycznymi do realizacji przewidzianych w scenariuszu ćwiczeń. Podręcznik dla nauczyciela posiada ponadto zestaw przykładowych ćwiczeń aktywujących lub integrujących do wykorzystania w czasie lekcji oraz rozdział poświęcony omówieniu podstawowych informacji o substancjach psychoaktywnych (inhalanty, alkohol, konopie indyjskie, amfetamina, kokaina, heroina). W podobny podręcznik program wyposaża realizatorów zajęć dla rodziców. Przewodnik do warsztatów zawiera szczegółowe scenariusze spotkań z rodzicami, wykłady i komentarze oraz niezbędne wskazówki metodyczne.

Uczniowie uczestniczący w programie otrzymują „Zeszyt ćwiczeń”, w którym znajdują się ćwiczenia do wykonania indywidualnie lub w małych grupach, krótkie informacje na temat zagadnienia omawianego w czasie lekcji (np. papierosów, sposobów rozwiązywania problemów itp.) oraz pytania do przemyślenia czy dyskusji.

Dla realizatorów programu, dyrektorów szkół oraz decydentów odpowiedzialnych za lokalne strategie profilaktyczne, przygotowany został dodatkowo „Przewodnik do efektywnego wprowadzania programu w szkołach”. Zawiera on wskazówki dotyczące wdrażania programu w lokalnej społeczności i tworzenia warunków do jego realizacji, potencjalne korzyści dla beneficjentów oraz sposoby wspierania szkół przez lokalne władze. Informuje dyrektorów szkół i realizatorów o zasadach wprowadzania programu w klasie szkolnej. Przedstawia wyniki ewaluacji programu w krajach Unii Europejskiej. Do przewodnika dołączone są także narzędzia monitorowania przebiegu lekcji, które mogą być wykorzystywane przez nauczycieli do zbierania informacji o realizacji programu i dokonania jego oceny

## Wyniki ewaluacji

Skuteczność programu w odniesieniu do rozwiązania problemu używania substancji psychoaktywnych została potwierdzona w badaniach ewaluacyjnych<sup>3</sup>. „Unplugged” został pilotażowo wdrożony i poddany ewaluacji w latach 2004–2006. Skuteczność progra-



mu sprawdzano w badaniach eksperymentalnych z losowym doбором do grupy eksperymentalnej i kontrolnej zgodnie z kryteriami RCT. Przeprowadzono ewaluację formatywną, procesu oraz ewaluację wyników, z badaniem efektów odroczonych programu.

Badaniami objęto ponad 7000 uczniów w wieku 12-14 lat z siedmiu państw europejskich (Austria, Belgia, Niemcy, Grecja, Włochy, Hiszpania i Szwecja). Pilotażowa realizacja programu została przeprowadzona w 78 szkołach (n=3457), natomiast 65 szkół (n=3532) stanowiło grupę kontrolną. Narzędziem wykorzystanym w badaniu ewaluacyjnym była kodowana ankieta wypełniana anonimowo przez uczniów. Młodzież pytana była m.in. o: własne doświadczenia w zakresie używania środków psychoaktywnych; wiedzę i opinie na temat środków psychoaktywnych; zażywanie środków psychoaktywnych w najbliższym środowisku; rodzinę i środowisko społeczne; klimat szkoły i środowisko szkolne; problemy i umiejętności. Ocena wyników programu (posttest) dokonana została po trzech miesiącach, a następnie po roku od jego zakończenia.

W wyniku badań ewaluacyjnych stwierdzono, iż:

- program jest efektywny w ograniczaniu używania alkoholu, papierosów i narkotyków, a rezultaty utrzymują się przez ponad rok po programie;
- udział w programie zmniejsza ryzyko codziennego palenia papierosów i epizodów upijania się;
- program wzmacnia umiejętności odmawiania;
- ogranicza pozytywne oczekiwania i postawy wobec alkoholu, tytoniu, marihuany i narkotyków;
- program jest bardziej skuteczny w zapobieganiu używaniu niż wpływu na zaprzestanie używania (np. dla uczniów palących codziennie okazał się nieskuteczny) substancji psychoaktywnych;
- występują różnice efektywności programu ze względu na płeć – program jest bardziej skuteczny dla chłopców niż dla dziewcząt.

## Przypisy

<sup>1</sup> Raport ESPAD „Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów w 35 krajach europejskich. Streszczenie; J. Sierosławski „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych 2007. Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD, Warszawa

2007. Badanie sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Raport NIK Część I. Raport z badań ankietowych w szkołach przeprowadzonych w 2007 r.: „Stan, zakres oddziaływań i sposobów zapobiegania patologiom w szkołach i placówkach systemu edukacji w latach szkolnych 2005/2006 oraz 2006/2007”.

<sup>2</sup> Badanie CBOS „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Młodzież 2010” wykonane na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.cinn.gov.pl/porta?id=299786>.

Raport ESPAD „Używanie substancji psychoaktywnych przez uczniów w 35 krajach europejskich. Streszczenie; J. Sierosławski „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych 2007.

<sup>3</sup> Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents. Eu-Dap Final Technical Report n. 2. EU-Dap, European Drug Addiction Prevention Trial. Author: EU-Dap Study Group.

## Bibliografia

Ajzen I., „The theory of planned behavior”, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211, 1991.

Ajzen I., Fishbein M. „Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior”, Prentice-Hall, Englewood-Cliffs, NJ 1980.

Berkowitz A.D., „The social norms approach: theory, research and annotated bibliography”, [http://www.alanberkowitz.com/articles/social\\_norms.pdf](http://www.alanberkowitz.com/articles/social_norms.pdf).

Borsari B. & Carey K.B., „Descriptive and injunctive norms in college drinking: a meta-analytic integration”. *Journal of Studies on Alcohol*, 64 (3), 331-341, 2003.

Botvin G., Baker E., Dusenbury L., Botvin E., Diaz T., „Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population”, *Journal of the American Medical Association*, 273(14), 1106-1112, 1995.

Hansen, W., Graham, J., „Preventing Alcohol, Marijuana, and Cigarette Use among Adolescents: Peer Pressure Resistance Training versus Establishing Conservative Norms”, *Preventive Medicine*, 20:414-430, 1991.

Faggiano F., Galanti M. R., Bohrn K., Burkhart G., Vigna-Taglianti F., Cuomo L., Fabiani L., Panella M., Perez T., Siliquini R., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G. and the EU-Dap Study Group, „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial”, *Preventive Medicine*, Volume 47, Issue 5, November 2008, p. 537-54.

Ostaszewski K., „Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacji programów dla dzieci i młodzieży”, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2003.

Perkins H.W., „College Student Misperceptions of Alcohol and Other Drug Use Norms Among Peers” In: *Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bringing Theory Into Practice*, (P. 177-206). Newton, MA: The Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention, 1997. „Przeciwdziałanie przyjmowaniu substancji uzależniających przez uczniów. Przewodnik do efektywnego wprowadzenia w szkołach Programu Wszelchnego Wpływu Społecznego (CSI)”, Wydawnictwo Eu-Dap.

„Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents”, Eu-Dap Final Technical Report n. 2. EU-Dap, European Drug Addiction Prevention Trial. Author: EU-Dap Study Group.

# EUROPA WOBEC NOWYCH NARKOTYKÓW SYNTETYCZNYCH

Problem nielegalnych narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych stał się w ostatnich latach wyzwaniem zarówno dla decydentów, jak i dla praktyków, którzy na co dzień zajmują się tymi zagadnieniami w swoim otoczeniu. Biorąc to pod uwagę, dwa lata temu, podczas Międzynarodowego Dnia Przeciwdziałania Nadużywaniu Środków Odurzających i ich Nielegalnemu Handlowi (26 czerwca), Komisja Europejska zainaugurowała kampanię European Action on Drugs (EAD), która ma na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat zagrożeń wynikających z zażywania nielegalnych narkotyków.



W tym roku konferencja EAD odbyła się w Warszawie (7 lipca), i była dodatkowo współorganizowana przez polską prezydencję w UE. Konferencja zgromadziła 120 osób działających w obszarze narkotyków zarówno zawodowo, jak i społecznie, które na co dzień muszą szukać odpowiedzi na wiele pytań: W jaki sposób przeprowadzać dobrowolne testy na obecność narkotyków? Jak szkolić dziennikarzy, by potrafili właściwie informować o różnych formach uzależnień, w tym od narkotyków? Jak stosować terapię poprzez muzykę? Czy muzyka to skuteczny sposób docierania do młodzieży z pozytywnym przekazem, jak twierdzi włoski raper Phase? Co może uczynić firma prywatna, aby identyfikować nowe substancje psychoaktywne pojawiające się na rynku?

Powyższe pytania i wiele innych zagadnień było przedmiotem rozważań podczas warszawskiego spotkania. Stało się ono także okazją do wymiany opinii przez osoby, które kształtują politykę na szczeblu narodowym

i europejskim. Wśród prelegentów znaleźli się: podsekretarz stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Adam Rapacki, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Włodarczyk, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński oraz przedstawiciele instytucji europejskich odpowiedzialni za politykę narkotykową. W wydarzeniu wzięli również udział przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego – sygnatariusze EAD, naukowcy oraz goście honorowi, w tym Krzysztof Jaryczewski, założyciel zespołu rockowego „Oddział Zamknięty”, włoski raper Phase oraz mistrzyni świata w taekwondo Gwladys Epanque. Sławne postaci świata sportu, rozrywki i mediów podzieliły się swoimi doświadczeniami, a wiele z nich podpisało deklarację przyłączenia się do kampanii.

Warto zaznaczyć, że Komisja Europejska jest odpowiedzialna za przypominanie państwom członkowskim, by te, zgodnie z Decyzją Rady 2005/387/WSiSW, poddawały kontroli nowe środki psychoaktywne pojawiające się na scenie narkotykowej. Komisja dokonuje przeglądu mechanizmu szybkiej wymiany informacji o nowych substancjach psychoaktywnych, ustanowionego Decyzją Rady, oraz analizuje, jak sprawić, by był on bardziej skuteczny. W ten sposób wspiera ona Polskę i inne państwa członkowskie UE w walce z narkotykami syntetycznymi.

*Opracowano na podstawie materiałów/komunikatów prasowych KE.*

Więcej informacji na:

- Europejska Kampania w sprawie Narkotyków: [www.action-drugs.eu](http://www.action-drugs.eu)
- Plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2009–2012: [europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/jl0019\\_en.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_en.htm)
- Strona wiceprzewodniczącej Komisji Europejskiej V. Reding: [ec.europa.eu/reding](http://ec.europa.eu/reding)
- Strona Dyrekcji Generalnej ds. Sprawiedliwości Komisji Europejskiej: [ec.europa.eu/justice](http://ec.europa.eu/justice)
- Strona polskiej prezydencji Rady: [pl2011.eu](http://pl2011.eu)
- Relacja z konferencji: [ec.europa.eu/polska/news/conferences/110707\\_drugs\\_waw\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/polska/news/conferences/110707_drugs_waw_pl.htm)

*Celem artykułu jest przedstawienie ewaluacji procesu realizacji programu i wyników polskiej wersji uniwersalnego Programu Wzmacniania Rodziny (Strengthening Families Program SFP 10-14). Program Wzmacniania Rodziny (PWR) jest programem profilaktycznym adresowanym do rodzin posiadających dzieci w wieku 10-14 lat. Powstał on w oparciu o wiedzę na temat czynników chroniących i czynników ryzyka w profilaktyce uzależnień, których znaczenie potwierdziły badania naukowe. Został opracowany w Stanach Zjednoczonych w 1992 roku przez Virginie K. Molgaard, Karol Kumpfer oraz Elizabeth Fleming. Obecnie, przy ścisłej współpracy z Oxford Brookes University, trwa ewaluacja programu w polskich warunkach kulturowych.*

## EWALUACJA PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU WZMACNIANIA RODZINY

Katarzyna Kocoń, Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Poradnia Zdrowia Psychicznego w Radzyminie, Poradnia Zdrowia Psychicznego w Sulejówku, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

### Cele Programu Wzmacniania Rodziny

Głównym celem Programu Wzmacniania Rodziny jest ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych/ryzykownych występujących w okresie dojrzewania. Jest to możliwe poprzez rozwijanie umiejętności wychowawczych i właściwego sprawowania kontroli przez rodziców, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i indywidualnych wśród nastolatków oraz wzmacnianie więzi rodzinnych. Program koncentruje się na rozwijaniu u rodziców dwóch podstawowych umiejętności: stosowania konsekwentnej dyscypliny i udzielania dzieciom wsparcia. Dlatego też „miłość i granice” stały się hasłem przewodnim programu (Molgaard i wsp., 2000).

### Charakterystyka programu

W Programie Wzmacniania Rodziny może wziąć udział od 7 do 10 rodzin (rodzice/opiekunowie bądź rodzic/opiekun i nastoletnie dzieci w wieku 10-14 lat). Program w wersji podstawowej zakłada odbycie 7 dwugodzinnych sesji. Spotkania są organizowane raz w tygodniu i podzielone są na dwie części. Podczas pierwszej części dzieci i rodzice pracują osobno, a druga część, mająca zadanie

podsumowujące i integrujące, jest wspólna dla obu grup. Istnieje także możliwość przeprowadzenia tzw. sesji przypominających, na które jest czas od 3 do 12 miesięcy po zakończeniu programu podstawowego (Podręcznik dla realizatorów PWR, 2008; Rustecka-Krawczyk, 2009).

### Cele ewaluacji PWR w Polsce

W 2010 roku rozpoczęto badania ewaluacyjne Programu Wzmacniania Rodziny<sup>1</sup>. Mają one na celu ocenę skuteczności programu, a w szczególności ocenę jego wpływu na:

- używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież (używanie narkotyków, picie alkoholu, palenie papierosów);
- relacje rodzic-dziecko;
- praktyki wychowawcze rodziców (umiejętność okazywania miłości oraz ustalania i egzekwowania zasad).

### Metoda

Badania są prowadzone w schemacie quasi-eksperymentalnym. Bierze w nich udział 20 ośrodków (z 8 województw) podzielonych losowo na grupę eksperymentalną (13 ośrodków) i kontrolną (7 ośrodków). W pierwszym etapie badań, zrealizowanym w 2010



roku, przeprowadzono pierwszy pomiar zmiennych wśród rodzin uczestniczących w projekcie. Dostarcza on danych wyjściowych, które pozwolą oszacować zmiany wywołane udziałem w PWR oraz scharakteryzować rodziny biorące udział w projekcie. W ramach ewaluacji wyników i procesu zebrano dane kwestionariuszowe od:

- **realizatorów zajęć** (ok. 30 osób z 40-osobowej grupy realizatorów), którzy po każdej sesji powinni wypełnić ankietę, dotyczącą stopnia zaangażowania uczestników, trudności występujących podczas kolejnych sesji oraz ogólnie w trakcie realizacji zajęć, a także modyfikacji poszczególnych spotkań. W sumie zebrano informacje na temat realizacji około 65% sesji. Ponadto z 11 ośrodków zebrano opisowe informacje od realizatorów dotyczące czynników ryzyka obciążających nastolatków z grupy eksperymentalnej. Zbierano informacje na temat czynników indywidualnych i rodzinnych oraz korzystania z jakichkolwiek form pomocy psychologicznej;
- **rodziców i nastolatków z grupy kontrolnej** (221 rodzin), którzy wypełniali kwestionariusze dotyczące relacji rodzinnych, stosowanych metod rodzicielskich, zachowań agresywnych i używania substancji psychoaktywnych;
- **rodziców i nastolatków z grupy eksperymentalnej** (343 rodziny), którzy zanim rozpoczęli udział w programie wypełniali kwestionariusze takie same jak rodziny z grupy kontrolnej. Ponadto 195 rodziców i 174 nastolatków podczas ostatniej sesji podstawowej wypełniło ankiety ewaluacyjne mające na celu ocenę programu. Rodzice i dzieci pytani byli o przydatność filmów i dyskusji w realizacji programu, ocenę lidera grupy pod względem usposobienia, wiedzy na temat programu, prowadzenia sensownych dyskusji, trzymania się ram czasowych dla poszczególnych zadań, przydatności poszczególnych sesji i zajęć. Rodzice

odpowiadali również na pytanie o użyteczność konkretnych elementów wychowania młodzieży, a dzieci o użyteczność sesji młodzieżowych.

## Wyniki

### Opis grupy rodzin uczestniczących w badaniu

#### Charakterystyka społeczna i ekonomiczna rodzin

Zdecydowana większość dzieci uczestniczących w badaniach miała od 10 do 14 lat. Ponad połowę stanowili chłopcy. Z obydwójgiem rodziców mieszkało 68% respondentów. Ponad 40% uczestników określało sytuację finansową swojej rodziny jako

przeciętną lub poniżej przeciętnej. Najczęściej przeciętne miesięczne wydatki na jedną osobę w rodzinie nie przekraczały 400 złotych. Znaczna część rodziców biorących udział w badaniu miała wykształcenie wyższe. Bez pracy pozostawało 25% matek i 3% ojców. Prawie połowa dzieci biorących udział w badaniach miała jednego brata lub siostrę, a kolejne 30% – dwoje lub więcej rodzeństwa (jedyńcy stanowili jedynie 20% próby).

#### Relacje rodzice–dzieci

Na podstawie badań przeprowadzonych wśród dzieci można powiedzieć, że średni czas spędzany przez dziecko, w przeciętnym tygodniu,

z mamą był wyraźnie dłuższy (ok. 11-12 godzin) niż czas spędzany z tatą (ok. 7-8 godzin). Te różnice nie znalazły potwierdzenia w odpowiedziach rodziców: i matki, i ojcowie twierdzili, że przeciętnie w tygodniu spędzali z dzieckiem po kilkanaście godzin. Zdaniem dzieci, czynności jakie najczęściej wykonywały wspólnie z rodzicami (prawie codziennie) to: jedzenie razem obiadu lub obiadokolacji, rozmowy o szkole i wydarzeniach dnia codziennego. Najrzadziej (nigdy) w rodzinach zdarzało się

*Celem Programu Wzmacniania Rodziny jest ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych/ryzykownych występujących w okresie dojrzewania. Jest to możliwe poprzez rozwijanie umiejętności wychowawczych i właściwego sprawowania kontroli przez rodziców, rozwijanie umiejętności interpersonalnych i indywidualnych wśród nastolatków oraz wzmacnianie więzi rodzinnych.*



wspólne uprawianie sportu, wspólne chodzenie na imprezy sportowe lub rozrywkowe albo na wycieczki lub zajęcia rekreacyjne. Zdecydowana większość nastolatków odczuwała silne wsparcie ze strony mamy. Wsparcie ze strony ojca było nieco mniejsze. Żadne przejawy złości i agresji nie występowały (zdaniem nastolatków) w 11% rodzin, a najwyżej pojedyncze i to rzadko – w 27%. Rodzice częściej niż dzieci dostrzegali przejawy wzajemnej agresji wśród członków rodziny – tylko 2% ojców i 3% matek w ogóle ich nie dostrzega, a 20% ojców i 12% matek uważało, że zdarzają się rzadko. W około 5% rodzin dzieci obserwowały częste przejawy złości. Zdecydowana większość nastolatków twierdziła, że nigdy lub bardzo rzadko zdarzało im się zachować agresywnie lub wrogo wobec swoich matek i ojców.

### Zachowania problemowe dziecka

W całej badanej próbie 10% stanowili nastolatki, którzy chociaż raz powtarzali klasę. Pojedyncze zachowanie agresywne lub destrukcyjne w ciągu roku zdarzyło się 28% nastolatków, a więcej niż jedno – 30%. Okazjonalne picie alkoholu było bardziej rozpowszechnione wśród uczestników badań niż palenie papierosów. Natomiast regularni użytkownicy każdej z tych substancji stanowili 5% próby.

### Ewaluacja procesu realizacji programu

W grupie eksperymentalnej dokonano oceny przebiegu realizacji PWR.

### Informacje od realizatorów zajęć

Średnio w zajęciach uczestniczyło ponad 7 rodziców i 7 dzieci. Realizatorzy zajęć wysoko oceniali zaangażowanie uczestników w poszczególne aktywności, zarówno podczas 7 sesji podstawowych, jak i 4 uzupełniających. Prowadzący sesje dla rodziców

najniżej ocenili zadanie „Omówienie zadania domowego”. W sesji dla nastolatków prowadzący najniżej ocenili zadanie „Runda komplementów”. Wszystkie pozostałe zadania zawsze średnio uzyskiwały ocenę powyżej 4,0 w pięciopunktowej skali ocen. Wszystkie sesje rodzinne zostały ocenione przez prowadzących bardzo wysoko (wszystkie średnie oceny powyżej 4,0).

### Trudności zaobserwowane przez prowadzących zajęcia

Trudności obserwowane podczas zajęć dla rodziców to: spóźnianie się jednego lub kilku uczestników, kłopoty techniczne (takie jak awarie DVD, kłopoty z salą, powodzie), niska frekwencja na zajęciach

oraz zbyt mała ilość czasu na przeprowadzenie niektórych zajęć, a z drugiej strony niekiedy także mała dynamika zajęć. Znaczną, choć wyjątkową, trudność stanowił również rodzic, który pojawił się na zajęciach pod wpływem alkoholu. Trudność stanowiły również sytuacje, gdy dziecko przyszło na zajęcia samo, bez rodzica lub gdy jeden rodzic przychodził z dwójką dzieci. Podczas sesji młodzieżową dodatkową trudnością dla prowadzących było nieodpowiednie zachowanie uczestników sesji. Do eskalacji niewłaściwego zachowania

dochodziło najczęściej podczas drugiej sesji, choć skargi dotyczyły całości trwania programu. Najczęściej wiązały się z brakiem chęci do współpracy, rozmawianiem, żartowaniem, bojkotowaniem zajęć, niekiedy wyśmiewaniem jakiegoś uczestnika. Realizatorzy zgłaszali również trudność związaną ze zróżnicowanym wiekiem uczestników.

Pomimo tych trudności we wszystkich ośrodkach program został zrealizowany zgodnie z planem. Zaobserwowane odstępstwa od scenariuszy zajęć wynikały na ogół z niskiej frekwencji lub innych czynników wymuszających na realizatorach wprowadzenie modyfikacji scenariusza. Niekiedy

*Ewaluacja Programu Wzmacniania Rodziny ma na celu ocenę jego skuteczności, a w szczególności ocenę jego wpływu na: używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież (używanie narkotyków, picie alkoholu, palenie papierosów), relacje rodzic–dziecko oraz praktyki wychowawcze rodziców (umiejętność okazywania miłości oraz ustalania i egzekwowania wszelkich zasad).*

również do modyfikacji przyczyniało się doświadczenie z prowadzenia poprzedniej/poprzednich grup PWR. Jednak w żadnej grupie program nie odbiegał od scenariusza w sposób zmieniający istotę przekazywanych treści. W związku z tym te drobne modyfikacje nie powinny wpłynąć na wyniki programu.

### **Informacje od rodziców i nastolatków**

Zarówno rodzice, jak i dzieci bardzo wysoko ocenili program oraz osoby go prowadzące, a także jego poszczególne elementy. Wśród najbardziej użytecznych elementów wychowywania młodzieży doskonalonych w trakcie realizacji programu, rodzice wskazali: ustalanie zasad domowych, stanowczość i konsekwencję. Za najmniej użyteczne uznali zlecenie dziecku drobnych prac domowych za drobne przewinienia, spędzanie czasu tylko z dzieckiem i odbieranie dziecku przywilejów za złe zachowania.

### **Ewaluacja wyników – porównanie grupy eksperymentalnej i kontrolnej**

Między rodzinami z grupy eksperymentalnej (biorący udział w zajęciach PWR) a rodzinami z grupy kontrolnej nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie struktury i statusu ekonomicznego oraz picia alkoholu i palenia papierosów przez rodziców. Istotne różnice między grupami odnotowano natomiast w odniesieniu do relacji między dzieckiem a rodzicami – wszystkie wskazywały na gorsze funkcjonowanie rodzin z grupy eksperymentalnej niż kontrolnej. Również w grupie eksperymentalnej wyższe było rozpowszechnienie wagarów, picia alkoholu i palenia papierosów przez dorastających. W zasadzie pojedyncze przypadki używania narkotyków odnotowano jedynie wśród dzieci z grupy eksperymentalnej.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz można stwierdzić, że rodziny biorące udział w projekcie badawczym, a więc zainteresowane udziałem w Programie Wzmacniania Rodziny, należą w większości do grupy rodzin w trudnej sytuacji materialnej, w których wiele matek pozostaje bez pracy. Znaczna część rodzin jest też niepełna lub zrekonstruowana, a średnia liczba dzieci w rodzinie jest wyższa od średniej krajowej. Prawdopodobnie nieco wyższe

od średniej krajowej jest też wśród rodzin uczestniczących w PWR rozpowszechnienie różnego typu problemów związanych z zachowaniami dzieci oraz ze zdrowiem psychicznym dzieci i rodziców (w tym też z problemami alkoholowymi).

### **Czynniki ryzyka w rodzinach z grupy eksperymentalnej**

Opisy realizatorów zajęć PWR wskazywały na występowanie w grupie nastolatków biorących udział w programie wielu różnych czynników ryzyka. Przynajmniej w pojedynczych przypadkach posiadano dane o: upośledzeniu umysłowym, autyzmie/zespole Aspergera, ADHD (lub obserwowanej nadpobudliwości psychoruchowej), zachowaniach problemowych i wykroczeniach (kradzieżach, zachowaniach agresywnych, niszczeniu czyichś rzeczy, znęcaniu się nad innymi/nad zwierzętami, niepodporządkowywaniu się normom, ucieczkach z domu), problemach szkolnych (powtarzanie klasy, kłopoty z nauką, przeszkadzanie na lekcjach), problemach z rówieśnikami (np. odrzucenie rówieśnicze, przemoc ze strony rówieśników, poczucie osamotnienia), zaburzeniach emocjonalnych (lękowych, nerwicowych, fobiach, niskiej samoocenie), tikach, zaburzeniach odżywiania (anoreksja, bulimia), używaniu alkoholu, narkotyków, papierosów, dopalaczy lub podejrzeniu jakiegoś uzależnienia, przewlekłych chorobach somatycznych, przeżytych traumatycznych doświadczeniach (np. bycie świadkiem śmierci rodzica, bądź tragiczna śmierć rodzica, doświadczenie wykorzystania seksualnego, wypadek).

Lista rodzinnych czynników ryzyka stwierdzonych wśród uczestników programu obejmowała: strukturę rodziny (rozwód, separacja, rodzic pracujący zagranicą, rodzinę zrekonstruowaną, adopcyjną, zastępczą, rodzinny dom dziecka), troje lub więcej dzieci w rodzinie, trudną sytuację materialną, bezrobocie, konflikt rodzica z dzieckiem (np. matka zimna emocjonalnie, nadmierne wymagania), choroby/zaburzenia psychiczne u któregoś z rodziców, inne przewlekłe choroby u rodziców lub rodzeństwa, nadużywanie alkoholu w rodzinie, przemoc w rodzinie, konflikty z prawem jakiegoś członka rodziny (rodzic, rodzeństwo).

W 65% rodzin występował przynajmniej jeden czynnik ryzyka. Rodzinne czynniki ryzyka wystę-

powwały u 51% rodzin. Najczęściej były one związane ze strukturą rodziny (32%) oraz nadużywaniem alkoholu przez któregoś z rodziców (16%). Rozpowszechnienie występowania pozostałych rodzinnych czynników ryzyka (przemoc, zaburzenia psychiczne, przewlekłe choroby somatyczne, poważne konflikty rodzic–dziecko, zła sytuacja materialna, przestępczość) nie przekraczało 10%.

Indywidualne czynniki ryzyka rozpoznano u 40% nastolatków. Ze względu na rozpowszechnienie można je uszeregować w następującej kolejności: zaburzenia zachowania, problemy szkolne, zaburzenia emocjonalne lub zaburzenia odżywiania, ADHD, doświadczenia traumatyczne, problemy w relacjach rówieśniczych, używanie substancji psychoaktywnych, upośledzenie/autyzm/zespół Aspergera.

Więcej niż jeden czynnik ryzyka występował u 40% nastolatków, przy czym więcej niż jeden czynnik indywidualny u 14%, a przynajmniej dwa czynniki rodzinne u 20%.

Około połowa rodzin biorących udział w programie korzystała z jakiejś formy pomocy psychologicznej. Zdecydowanie częściej były to rodziny, w których stwierdzono występowanie czynników ryzyka (63%) niż rodziny, w których takich czynników nie odnotowano (12%).

## Podsumowanie i dyskusja

Program Wzmacniania Rodziny został wysoko oceniony zarówno przez realizatorów, jak i uczestników. Na podstawie danych zebranych od realizatorów zajęć można stwierdzić, że treści programu zostały zrealizowane zgodnie z wytycznymi i założeniami merytorycznymi. Wprowadzono jedynie niewielkie odstępstwa, które nie wpłynęły na zmianę przekazywanych treści. Należy jednak pamiętać, że nie wszyscy realizatorzy przekazali swoje raporty zespołowi kierującemu badaniami oraz, że ich sprawozdania nie dotyczyły wszystkich sesji przeprowadzonych z dziećmi, rodzicami i całymi rodzinami. Nie możemy więc mieć całkowitej pewności, że w tych grupach, o których nie posiadamy pełnych informacji, nie doszło do poważniejszych odstępstw od założeń programu.

Wyniki porównań między grupami wskazują, że prawdopodobnie losowa selekcja ośrodków, w któ-

rych realizowany jest projekt badań w praktyce doprowadziła do wyrównania badanych grup pod względem społecznym (statusu socjoekonomicznego, strukturalnych cech rodziny). Jednak okazała się niewystarczająca do ujednolicenia rodzin pod względem relacji interpersonalnych i zachowań problemowych dzieci. Można przypuszczać, że rodziny, w których problemy były mniej nasilone, rezygnowały z udziału w projekcie badawczym, gdy nabierał on realnych kształtów w postaci określonych godzin i wymiaru zajęć (zaklasyfikowanie ośrodka do grupy eksperymentalnej wiązało się z oczekiwaniem, że rodziny w krótkim czasie zaczną przychodzić na zajęcia). Te mniej zmotywowane rodziny wykruszały się, a pozostawały rodziny mające pilne potrzeby co do poprawy relacji dziecko–rodzic i rozwiązania problemów dotyczących złego zachowania dziecka. Można zatem przypuszczać, że rodziny, które wyraziły zgodę na wzięcie udziału w PWR, były bardziej obciążone problemami niż rodziny z grupy kontrolnej (czekające na realizację programu).

Nabór do grup był trudny. w niektórych ośrodkach nie było problemu ze znalezieniem uczestników, a w innych było bardzo trudno stworzyć grupę. W związku z tym, w niektórych ośrodkach przeprowadzono zajęcia tylko w jednej grupie, a w innych aż z trzema lub nawet czterema grupami.

Różnice stwierdzone między grupami nie obniżają wartości zgromadzonego materiału badawczego. Wskazują jedynie na konieczność uwzględnienia wyjściowych różnic przy ocenie efektów programu.

## Dalsze plany

Obecnie trwa kolejny etap ewaluacji Programu Wzmacniania Rodzin, którego celem jest ocena bezpośrednich efektów realizacji programu. Pozwoli on określić zmiany wywołane udziałem w zajęciach PWR po około roku od ich zakończenia.

## Przypisy

<sup>1</sup> Projekt finansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, nr umowy 6/GA/10.



*W wielu krajach Azji Środkowej leczenie substytucyjne pozostaje tematem tabu. W Uzbekistanie działał program leczenia substytucyjnego, ale władze zdecydowały o jego zamknięciu i obecnie jest to temat, który zręcznie w dyskusjach się pomija. Podobnie rzecz się ma w Turkmenistanie, gdzie negatywne nastawienie do leczenia zastępczego jest powszechnie obowiązującą wykładnią. Kazachstan obecnie przygotowuje się do uruchomienia pierwszego programu substytucyjnego. Okazuje się, że także i tam opozycja wobec tego typu leczenia jest silna i podejmuje działania, aby uniemożliwić jego otwarcie.*

## PLAN DZIAŁANIA PRZECIW NARKOTYKOM DLA AZJI ŚRODKOWEJ – PROGRAM UNII EUROPEJSKIEJ

*Bogusława Bukowska*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Azja Środkowa to wyżynno-górski obszar centralnej Azji. W ujęciu kulturowo-geograficznym obejmuje on takie kraje, jak: Kazachstan, Uzbekistan, Turkmenistan, Kirgistan i Tadżykistan (w ujęciu geograficznym także Mongolia i zachodnie Chiny). Zamieszkują go głównie ludy muzułmańskie pochodzenia tureckiego oraz afgańskiego. Wszystkie te kraje łączy wspólna historia przynależności do Związku Radzieckiego oraz uzyskanie niepodległości po jego upadku w roku 1991. Obecnie przez kraje te przebiega jeden ze szlaków dystrybucji opium i heroiny z Afganistanu na inne kontynenty. Szacuje się, że 95% opium na świecie jest produkowane właśnie w Afganistanie, skąd narkotyk trafia do Europy i Rosji. Głównym szlakiem przemysłowym do Europy pozostaje tzw. szlak bałkański, przechodzący przez Iran, Turcję i dalej przez Bułgarię, Grecję, Albanie i Rumunię. Przemycany przez niego ok. 80% heroiny przeznaczonej do konsumpcji w Europie, pozostałe 20% przechodzi szlakiem rosyjskim (zwany również północnym) przez Azję Środkową oraz przez Morze Czarne, Pakistan, Afrykę i południowo-wschodnią Azję. Wraz z rozpadem Związku Sowieckiego w 1991 roku, północna granica Afganistanu została podzielona między trzy kraje: Turkmenistan, Uzbekistan i Tadżykistan. Stare jedwabne szlaki zostały zastąpione przez szlaki opiumowe. Rządy tych krajów stanęły w obliczu nowego wyzwania, jakim stał się przemysł narkotyków na ogromną skalę.

O sytuacji w regionie dużo mówi nam poniższy opis: „Władze Tadżykistanu twierdzą, że ich kraj stał się ofiarą »opiumowego tsunami« i »narkotykowej agresji«. Tylko pomiędzy 1998 a 1999 rokiem na terytorium tego kraju nastąpił wzrost handlu narkotykami o 250%. Reprezentant Uzbekistanu (...) wskazał na 600-procentowy wzrost w tym samym okresie, w Kirgistanie minister spraw wewnętrznych podał, że wzrost w przejęciach narkotyków osiągnął 1600% w okresie 1999–2000, włączając w to 800-procentowy wzrost samej heroiny. Tadżykistan, który doświadczył wojny domowej w latach 1992–1997, stał się głównym korytarzem dla afgańskich opiatów przeznaczonych na nowo powstałe rynki posowieckie i tradycyjne rynki europejskie. Turkmenistan również stał się szlakiem opiumowym (...)” (K. Vestergaard)<sup>1</sup>.

Skuteczną walkę z narkobiznesem utrudnia fakt, iż niejednokrotnie jest on wspierany przez wysoko postawionych urzędników państwowych i służby mundurowe. Zdarza się, że ci, którzy mieli chronić przed przestępczą działalnością „baronów narkotykowych”, sami uwikłani są w handel i dystrybucję narkotyków na dużą skalę. Od czasu do czasu dochodzi do spektakularnych zatrzymań przedstawicieli władzy i organów ścigania pod zarzutem posiadania i wprowadzania do obrotu dużych ilości narkotyków. Uwikłanie krajów Azji Środkowej w przemysł narkotyków skutkuje ich destabilizacją polityczną oraz wzrostem liczby osób używających narkotyków, przy czym głównym narkotykiem pozostaje heroina przyjmowana dożylnie.



## Międzynarodowe wsparcie dla krajów Azji Środkowej

Masowa produkcja opium w Afganistanie oraz sytuacja w krajach sąsiadujących, przez które dokonuje się przemytu narkotyku, niepokoi i zarazem mobilizuje wiele państw i instytucji do wzmożonych działań. Z jednej strony realizowane są w tych krajach programy mające na celu ograniczanie podaży poprzez wzmacnianie służb celnych i instytucji odpowiedzialnych za ściganie przestępczości narkotykowej, z drugiej prowadzone są działania skierowane na ograniczanie popytu oraz szkód zdrowotnych i społecznych, w szczególności związanych z ryzykiem zakażenia wirusem HIV. Wiele programów i działań było finansowanych przez Organizację Narodów Zjednoczonych. W działania te od lat włączają się Amerykanie, aktywność wykazują także Rosjanie, w szczególności w odniesieniu do ścigania międzynarodowego przemytu narkotyków, dla którego Rosja jest ważnym rynkiem zbytu. Od początku lat dwutysięcznych swoją obecność w regionie zaznacza też Unia Europejska, która realizuje Plan Działania przeciw Narkotykom dla Azji Centralnej (CADAP). CADAP 5, który jest już piątą edycją projektu, rozpoczął się w 2009 roku, a jego zakończenie zaplanowano na rok 2013. Instytucją wiodącą w projekcie jest niemiecki GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), a partnerami wspierającymi: instytucja naukowo-badawcza z Czech (ResAd), Centrum Interdyscyplinarnych Badań nad Uzależnieniem Uniwersytetu w Hamburgu (Centre for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg) oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania

*We wszystkich krajach Azji Środkowej prymat w dziedzinie profilaktyki ma profilaktyka uniwersalna, finansowana i wspierana przez wiele międzynarodowych organizacji. Obejmuje ona różnego rodzaju kampanie adresowane do młodzieży, informujące o ryzyku związanym z używaniem narkotyków i potencjalnymi konsekwencjami, w szczególności ryzykiem zakażenia HIV. Działaniom informacyjnym towarzyszą różnego rodzaju projekty, które dają młodym osobom możliwość doraźnego uczestniczenia w festynach, zajęciach sportowych i wydarzeniach kulturalnych. Zwraca uwagę fakt, z jak wielką estymą i wiarą specjaliści i decydenci odnoszą się do działalności sportowej.*

Narkomanii. Całość programu obejmuje komponent badawczy, ukierunkowany na oszacowanie rozpowszechnienia używania narkotyków oraz problemów zdrowotnych z tym związanych (DAMOS), komponent ukierunkowany na podniesienie wiedzy i kompetencji w zakresie leczenia osób uzależnionych od narkotyków (TREAT) oraz komponent, którego celem jest wspieranie i rozwój działań profilaktycznych (MEDISSA). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest gospodarzem tego ostatniego.

### Kontekst prowadzonych działań

Rozpoczęcie współpracy w obszarze profilaktyki używania narkotyków w krajach tak odległych dla Polski pod względem nie tylko geograficznym, ale przede wszystkim kulturowym musiało prowadzić do zadania sobie wielu pytań, w tym m.in. na ile nasz polski i europejski punkt widzenia będzie przystawał do realiów krajów Azji Środkowej. Czy podejście i pojęcia profilaktyki, którymi się posługujemy w Europie, będą właściwe do opisu i zrozumienia sytuacji w Uzbekistanie, Tadżykistanie czy Turkmenistanie. Czy programy, które od lat są z powodzeniem realizowane w krajach UE, spotkają się z zainteresowaniem w Kazachstanie czy Kirgistanie. Od pierwszych spotkań ze specjalistami z krajów Azji Środkowej przyjęliśmy strategię, której celem było zidentyfikowanie ich doświadczeń, ich sposobu myślenia oraz potrzeb. Wkrótce okazało się, że pomimo, iż posługujemy się określeniem kraje Azji Środkowej, to jednak wcale nie oznacza to, iż potrzeby tych krajów są jednakowe. Różnią się one między sobą pod względem politycznych rozwiązań,

zamożności, zaawansowania rozwoju gospodarczego, co wpływa na sposób rozumienia i implementacji działań profilaktycznych. Najbiedniejsze kraje regionu to Tadżykistan i Kirgistan. Najzamożniejsze zaś to Kazachstan i Turkmenistan, nieźle pod względem gospodarczym radzi sobie także Uzbekistan. Wszystkie kraje regionu przykładają dużą wagę do walki ze zorganizowaną przestępczością i redukcją podaży; działalność profilaktyczna, choć wspierana przez władze krajowe, pozostaje jednak niedofinansowana i słabo rozwinięta. Działania z obszaru ograniczania popytu prowadzone są głównie dzięki wsparciu zagranicznych programów i donorów. Dlatego jednym z istotnych problemów tych krajów pozostaje kwestia trwałości implementowanych rozwiązań. Zbyt często bowiem wycofanie się zagranicznego donora oznacza zamknięcie placówki czy konkretnego programu. Władze centralne (władze samorządowe są bardzo słabe i ich styl działania i podstawy prawne ich funkcjonowania są raczej bliskie tym, które obowiązywały w Polsce przed reformą ustrojową w 1989 roku) nie czują się odpowiedzialne za umożliwienie kontynuowania rozpoczętej działalności. Tak więc organizacje pozarządowe zabiegają przede wszystkim u zagranicznych partnerów o finanse na realizację określonych działań profilaktycznych. W niektórych krajach, jak np. w Turkmenistanie czy Uzbekistanie, które posiadają silne ośrodki władzy centralnej, organizacje pozarządowe znajdują się pod kontrolą państwa i tylko niektóre z nich są aprobowane i mogą działać. Warto dodać, że w Turkmenistanie sam termin organizacja pozarządowa jest określeniem niepoprawnym politycznie, ponieważ jest on utożsamiany z działaniami opozycyjnymi wobec panującej władzy, dlatego tam mówi się o organizacjach publicznych. W Kirgistanie czy Tadżykistanie organizacje pozarządowe mogą działać z większą swobodą i mniej są zależne od władzy centralnej. Wszystkie te okoliczności przekładają się na możliwość realizacji komponentu MEDISSA.

## Cele i priorytety komponentu MEDISSA

Okazało się, że we wszystkich krajach regionu prymat w dziedzinie profilaktyki ma profilaktyka uniwersalna, finansowana i wspierana przez wiele

międzynarodowych organizacji. Obejmuje ona różnego rodzaju kampanie adresowane do młodzieży informujące o ryzyku związanym z używaniem narkotyków i potencjalnymi konsekwencjami, w szczególności ryzykiem zakażenia HIV. Działaniom informacyjnym towarzyszą różnego rodzaju projekty, które dają młodym osobom możliwość doraźnego uczestniczenia w festynach, zajęciach sportowych i wydarzeniach kulturalnych. Zwraca uwagę fakt, z jak wielką estymą i wiarą specjaliści i decydenci odnoszą się do działalności sportowej. Powszechne jest przekonanie, że umożliwienie młodzieży spędzania czasu w sposób atrakcyjny stanowiłoby panaceum na problemy związane z używaniem narkotyków. Nie kwestionując walorów podejścia znanego w profilaktyce jako strategii alternatywnego spędzania czasu, staramy się naszym partnerom w Azji Środkowej wskazać na konieczność i możliwości rozwijania także innych podejść, w szczególności tych adresowanych do młodzieży z grup ryzyka. Dlatego w ramach działań tego komponentu proponujemy szkolenia adresowane do osób bezpośrednio kontaktujących się i pracujących z młodzieżą, która już stykała się z narkotykami lub która pochodzi z rodzin niewydolnych wychowawczo, często obciążonych problemem nadużywania alkoholu. Dużym zainteresowaniem naszych partnerów cieszy się pomysł świetlic socjoterapeutycznych czy program „Fred”, adresowany do osób młodych, które po raz pierwszy zostały „przyłapane” na posiadaniu narkotyków lub były pod wpływem narkotyków czy innych substancji psychoaktywnych. Biorąc pod uwagę lokalne uwarunkowania, nie zawsze te projekty, które są życzliwie oceniane, mogą być realnie implementowane we wszystkich krajach. Dobrze ilustruje to program „Fred”, który największe szanse wdrożenia ma w Turkmenistanie. W innych krajach, ze względu na ogromne ryzyko korupcji, program mógłby zostać niewłaściwie wykorzystany i służyć jako instrument szantażowania młodych ludzi i ich rodziny przez organy ścigania – „łapówka i skierowanie do programu zamiast innych sankcji karnych”. W trakcie seminariów prezentowano także polski program szkolnej interwencji profilaktycznej, który mieści się w ramach profilaktyki selektywnej i indykatywnej. Prezentacja programu prowokowała do wielu dyskusji i pytań. W rezultacie program

został oceniony jako bardzo ciekawy, ale jednak nieprzystający do lokalnych realiów i warunków kulturowych. Najwięcej kontrowersji wywoływał zawsze element kontraktu zawieranego pomiędzy uczniem, nauczycielem i rodzicami. Idea kontraktu, w którym z uczniem negocjuje się pewne rozwiązania, była nie do zaakceptowania przez naszych partnerów, którzy podkreślali, że obowiązujący model wychowawczy, uwarunkowany kulturowo, wyklucza tego typu negocjacje. Od młodego człowieka oczekuje się przede wszystkim posłuszeństwa wobec autorytetów formalnych, takich jak rodzice czy nauczyciele. Trudno dziwić się, że idea bardziej partnerskich relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi nie znalazła zrozumienia, jeśli weźmie się pod uwagę, że nadal często to rodzice aranżują małżeństwa swoich dzieci, od których oczekuje się wypełnienia woli rodziców. Niezależnie jednak od wszelkich kulturowych różnic, wzmocnienie działań z obszaru profilaktyki adresowanej do grup ryzyka należeć będzie do priorytetów MEDISSA i potrzeba tego kierunku działań jest rozpoznawana i aprobowana przez naszych partnerów.

Inny ważny obszar dysput i eksploracji to stygmatyzacja osób uzależnionych od narkotyków. W niektórych krajach mówi się o tym w sposób otwarty i symptomy stygmatyzacji są identyfikowane przez osoby zajmujące się tą problematyką. W innych, choć stygmatyzacja nie jest tematem tabu, to jednak rozmowa o niej jest trudna i czasami niejednoznaczna. Oficjalnie wpływowe osoby podkreślają, że stygmatyzacja jest zjawiskiem negatywnym, ale równocześnie te same osoby komunikują, że nie należy jej oficjalnie piętnować czy prowadzić szeroko zakrojonych kampanii przeciwko marginalizacji i stygmatyzacji, bowiem może to w przyszłości wzmocniać siły opowiadające się za liberalizacją polityki przeciwdziałania narkomanii. W takim kontekście trudno jest zaplanować działania, które poruszałby to zagadnienie w sposób systemowy. Tymczasem stygmatyzacja i marginalizacja osób uzależnionych od narkotyków w niektórych krajach (np. w Kirgistanie czy Tadżykistanie) ma ogromną siłę i daje się zauważyć na każdym kroku, począwszy od wizyty u lekarza, który często odmawia udzielenia narkomanowi pomocy, poprzez policję, która bezkarnie ich szantażuje i traktuje jako osoby pozbawione jakichkolwiek praw, a skończywszy na

pracodawcach, którzy nie chcą zatrudniać nawet osób już niebiorących narkotyków. Rodziny osób uzależnionych latami starają się ukryć problem, aby nie być napiętnowanym przez lokalną społeczność. Na to wszystko nakłada się brak informacji o możliwości leczenia, rzeczywiście ograniczony dostęp do tych placówek, które istnieją, oraz słaba oferta lecznicza – w większości ograniczająca się do detoksu. Aby ten obraz nie był nadmiernie uproszczony, należy dodać, że były też miejsca na mapie Azji Środkowej, gdzie to lokalna społeczność bardziej być może niż władze centralne starała się integrować osoby uzależnione od narkotyków ze społeczeństwem. Niezapomniane wrażenia mamy ze spotkania z lokalną Mahalą w mieście Urgench w Uzbekistanie (rodzaj lokalnego samorządu działającego głównie na zasadach wolontariatu), gdzie to lokalne działaczki tej struktury przekonywały nas, że narkomania to problem zdrowia publicznego, a żadnego człowieka, także uzależnionego, nie można pozostawić bez pomocy i leczenia. W Uzbekistanie, szczególnie w mniejszych aglomeracjach, Mahala jest bardzo silnie zakorzeniona w rzeczywistości społecznej. Jej członkowie są wybierani przez lokalną społeczność, zajmują się sprawami tejże społeczności i są doskonale zorientowani w jej potrzebach i problemach. Na pytanie o szacunkową liczbę osób uzależnionych w Urgenchu, otrzymaliśmy bardzo szczegółową odpowiedź, niemalże z adresami zamieszkania. Wszystkie te informacje członkowie Mahali mieli „w głowach”, ponieważ ich więzi z sąsiadami i wiedza o problemach innych członków jest bardzo duża. W kategoriach socjologicznych możemy mówić o takich społecznościach, że istnieje w nich silny poziom kontroli społecznej.

MEDISSA będzie się także zajmować przygotowaniem i przeprowadzeniem, wspólnie z naszymi partnerami, na poziomie lokalnym kampanii informacyjno-educacyjnych. Tego typu działania mają pewną tradycję w regionie głównie dzięki zagranicznemu wsparciu i projektom. Jak dotąd jednak żadna kampania nie była adresowana do rodziców. Rodzina pełni w Azji Środkowej bardzo ważną funkcję, jest punktem odniesienia dla wartości i tradycji. Rodziny są zwykle wielopokoleniowe, wielodzietne (średnio czworo dzieci w rodzinie) i patriarchalne. Koncepcja kampanii adresowanej do rodziców od początku spotkała się



z dużym zaangażowaniem i zrozumieniem. W trakcie szczegółowych dyskusji ujawniły się interesujące różnice w podejściu wdrażanym i popularyzowanym w Polsce, a podejściu naszych partnerów z Azji Środkowej. Jednym z założeń polskich, ale także europejskich kampanii, jest unikanie stereotypów typu „narkotyki równa się śmierć”. Dla naszych kolegów z Azji unikanie z kolei takiego stereotypu było niezrozumiałe. W ich doświadczeniu najbardziej rozpowszechnioną substancją pozostaje heroina (w Europie przetwory konopi) przyjmowana dożylnie, co istotnie zwiększa ryzyko przedawkowania i śmierci. W ostatecznej wersji briefu kampanii zrezygnowano zatem z założenia, które było niezrozumiałe i kłóciło się z ich doświadczeniem. Wszystkie opisane powyżej przykłady działań mają być prowadzone w pięciu krajach Azji Środkowej na poziomie lokalnym, w wybranych miastach lub dzielnicach dużych miast. Proponowane działania powinny złożyć się na lokalne, pilotażowe projekty, które mogłyby być replikowane przez inne społeczności i miasta.

MEDISSA oprócz komponentu lokalnego obejmuje również działania na poziomie krajowym. Są to treningi adresowane do dziennikarzy, którzy mogą w istotny sposób przyczynić się do promowania rzetelnej wiedzy o problemach związanych z używaniem narkotyków oraz przeciwdziałać stygmatyzacji i marginalizacji społecznej użytkowników narkotyków. Oprócz tego celem MEDISSA jest przegląd i poprawienie krajowych systemów informacji o narkotykach i narkomanii. Zwykle systemy te powinny działać w strukturach władz centralnych. Ich zadaniem jest z jednej strony gromadzenie danych na temat problemu narkotyków i narkomanii na poziomie kraju, dostępnych formach pomocy i leczenia, z drugiej zaś przekazywanie tych informacji potencjalnym beneficjentom, czyli osobom uzależnionym, ich rodzinom, lekarzom, nauczycielom, dziennikarzom, decydentom.

## Kilka słów o leczeniu

Problematyka leczenia osób uzależnionych przynależy do komponentu TREAT, którego gospodarzem są partnerzy z Niemiec. Warto jednak choć trochę przybliżyć realia leczenia w krajach Azji Środkowej. Leczenie osób uzależnionych zgodnie z obowiązującymi przepisami powinno być bezpłatne, ponieważ

jest finansowane lub współfinansowane przez budżet państwa. W rzeczywistości w niektórych przynajmniej krajach, np. w Kirgistanie czy Tadżykistanie, aby zostać przyjętym do leczenia, oczekuje się od pacjenta lub jego rodziny zapłaty (czyli łapówki). Leczenie w większości krajów ogranicza się do dwutygodniowej detoksykacji; programów rehabilitacyjnych, do których pacjent trafia po odtruciu, jest bardzo niewiele i większość pacjentów kończy leczenie po dwóch tygodniach – nietrudno się domyślić z jakim efektem. Kulturze płacenia łapówek sprzyja niewystarczająca liczba placówek oferujących jakąkolwiek pomoc osobom uzależnionym, które znajdują się głównie w stolicach krajów. Dostęp do leczenia substytucyjnego tam, gdzie jest ono zaaprobowane, jest mały. W Kirgistanie działa kilka tego typu programów dla około 500-600 osób, a opinia społeczna i środowisko lekarzy są pozytywnie nastawieni do tej oferty. W stolicy Tadżykistanu Duszanbe pierwszy tego typu program, finansowany przez Fundusz Globalny, uruchomiono w czerwcu 2010 roku; ma on objąć 160 osób. W zależności od efektów programu, być może zostanie on rozszerzony do 2012 roku na inne regiony kraju, jeśli Ministerstwo Zdrowia zechce partycypować w kosztach programu. W innych krajach regionu leczenie substytucyjne pozostaje tematem tabu. W Uzbekistanie działał program leczenia substytucyjnego, ale władze zadecydowały o jego zamknięciu i obecnie jest to temat, który zręcznie w dyskusjach się pomija. Podobnie rzecz się ma w Turkmenistanie, gdzie negatywne nastawienie do leczenia zastępczego jest powszechnie obowiązującą wykładnią. Kazachstan obecnie przygotowuje się do uruchomienia pierwszego programu substytucyjnego. Okazuje się, że także i tam opozycja wobec tego typu leczenia jest silna i podejmuje ona działania, aby uniemożliwić jego otwarcie. W kontekście trudności w rozwoju leczenia substytucyjnego w tym regionie nie sposób pominąć milczeniem znaczenia i wpływów Rosji, które są widoczne nie tylko w życiu politycznym i gospodarczym, ale także w wybranych innych dziedzinach. Rosjanie od lat są przeciwni leczeniu substytucyjnemu, nie dopuszczają do powstania takiej oferty w Rosji i starają się wypromować takie podejście, z pewnym sukcesem, w innych krajach regionu. Dlaczego Rosja jest przeciwna leczeniu substytucyjnemu, nie do końca jest jasne i zrozumiałe, zważywszy w szczególności na epidemię HIV/AIDS,



która występuje w wielu częściach kraju. Argument, który pojawia się w oficjalnych debatach dotyczy braku skuteczności leczenia substytucyjnego, co wyraża się w tym, że nie prowadzi ono do zaprzestania używania nielegalnych opiatów. Obok tego argumentu równie ważne, a być może nawet ważniejsze, są te stwierdzenia, które pojawiają się w nieoficjalnych debatach, a dotyczą one obawy, że leczenie substytucyjne sprzyjałoby ogromnemu rozrostowi korupcji w leczeniu osób uzależnionych od narkotyków (przyjęcie do leczenia wiązałoby się z koniecznością przekazania łapówki lekarzowi). Jeszcze inny argument, z którym można się zetknąć to niechęć Rosjan do wdrażania programów, które utożsamiane są z zachodnią cywilizacją, a leczenie substytucyjne na pewno taką konotację posiada. Nie pomaga rozwojowi leczenia zastępczego negatywny stosunek samych „narkologów” (specjaliści zajmujący się leczeniem uzależnienia od narkotyków i alkoholu), którzy oficjalnie swoją niechęć tłumaczą brakiem skuteczności leczenia substytucyjnego. W rzeczywistości ich negatywna opinia o tej formie leczenia jest naznaczona osobistymi względami i obawami, że wraz z dostępem do substytucji liczba pacjentów, którzy do nich wielokrotnie trafiają, radykalnie się zmniejszy. Bez względu na to, które z powyższych argumentów są ważniejsze, a które mniej ważne, istotne jest, że kraje Azji Środkowej uczestniczą w tej debacie i często ulegają presji Rosji. W kontekście celów MEDISSA powyższe rozważania są dlatego ważne, gdyż jednym z zadań komponentu pozostaje promowanie leczenia substytucyjnego i innych form ograniczania szkód zdrowotnych.

## Polska obecność w Azji Środkowej

W trakcie spotkań i dyskusji w wielu krajach okazało się, że specjaliści z Polski są tam znani, lubiani i pozostawili trwały ślad w konkretnych działaniach i rozwiązaniach. Nazwiska Ewy Woydyłło, Katarzyny Sempruch-Malinowskiej, Marka Zygałdy czy Grzegorza Wodowskiego są od razu rozpoznawalne i pozytywnie kojarzone. Bardzo wiele dla rozwoju leczenia osób uzależnionych od alkoholu uczynił Bohdan Woronowicz, na którego koncepcję leczenia powoływano się kilkakrotnie w trakcie naszych wizyt, w szczególności w Kirgistanie. Zaskoczyło nas jak dużą popularnością w regionie centralnej Azji cieszą

się rozwiązania wprowadzane od początku lat 90. w polskich zakładach karnych i znane jako programy Atlantis. W Uzbekistanie, Kirgistanie, Tadżykistanie, Kazachstanie z większym lub mniejszym powodzeniem podejmowane są próby adaptacji tego podejścia do warunków tamtejszych więzień, a osoba Pawła Moczydłowskiego jest znakiem rozpoznawczym tych działań. Wiele programów realizowała też Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Nasi gospodarze mieli także możliwość odwiedzenia polskich placówek, głównie dzięki programom finansowanym przez Fundację im. Stefana Batorego i Fundację Sorosa. W ramach komponentu MEDISSA, programu CADAP 5, zaplanowano również wizytę studyjną dla przedstawicieli krajów Azji Środkowej. Odbędzie się ona w ostatnim tygodniu lipca 2011 roku.

## Podsumowanie

Artykuł ten dotyczy wielu zagadnień w sposób powierzchowny i uogólniony, ale jego rozmiary nie pozwalają na bardziej pogłębioną analizę. Mówi on bardziej o planowanych niż już wdrażanych działaniach. Poziom zaangażowania naszych partnerów w krajach Azji Środkowej – nauczycieli, lekarzy, przedstawicieli organizacji pozarządowych, użytkowników narkotyków – ich optymizm i zrozumienie dla profilaktyki używania substancji psychoaktywnych pozwala mieć nadzieję, że planowane działania zostaną wdrożone. Ich poziom wiedzy o współczesnej profilaktyce jest zróżnicowany – tam gdzie programy międzynarodowe działają od lat bez przeszkód, np. w Kirgistanie czy Kazachstanie, dostrzegamy bardzo wiele podobieństw w rozumieniu profilaktyki; w krajach, gdzie współpraca międzynarodowa była z różnych powodów utrudniona, spotykamy się z osobami o otwartych umysłach, które są bardzo zainteresowane wiedzą na temat współczesnej profilaktyki. Dostrzegane różnice w rozumieniu profilaktyki uczą nas raczej pokory i skłaniają do refleksji, że europejski punkt widzenia nie zawsze jest adekwatny do realiów krajów odmiennych kulturowo, będących ofiarami „opiumowego tsunami”.

## Przypisy

<sup>1</sup> Cytat pochodzi z artykułu K. Vestergaarda, „Szlaki przemysłowe narkotyków w Azji Centralnej”, opublikowanego przez Centrum Studiów Polska-Azja w dniu 27.11.210 r.

*W niniejszym artykule przybliżymy problem tzw. nowych narkotyków w kontekście fenomenu, który w Polsce zyskał potoczną nazwę „dopalaczy”. Chcielibyśmy też przedstawić stan aktualnej wiedzy na temat tego do niedawna elektryzującego opinii publiczną zjawiska z perspektywy szerszej niż tylko nasza krajowa. To pozwoli na lepsze zrozumienie istoty problemu.*

# NOWE NARKOTYKI ORAZ „DOPALACZE” W KONTEKŚCIE EUROPEJSKIM I ŚWIATOWYM

Michał Kidawa, Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## „Dopalacze” i nowe narkotyki

Stanisław Lem w cytowanym fragmencie „Kongresu futurologicznego”, który ukazał się w roku 1971, przewidział rozwój wydarzeń, z którym mamy do

czynienia obecnie oraz w sposób obrazowy scharakteryzował problem, jaki on implikuje. Tematem nowych substancji psychoaktywnych zajął się na przełomie lat 60. i 70. ubiegłego wieku Alexander Shulgin (doktor biochemii Uniwersytetu w Berkeley, farmakolog) (Erowid.org 2011). W latach 80. dołączyła do niego żona Anna (psychiatra). Razem prowadzili badania na temat tworzenia oraz działania psychoaktywnego substancji z grup fentylloetyloamin oraz tryptamin. Wypracowali usystematyzowany sposób oceny działania psychoaktywnego substancji zwany Skalą Oceny Shulgina (Shulgin Rating

Scale) (Shulgin, 1991). Doświadczenia prowadził Shulgin na sobie oraz na grupie swoich przyjaciół. W swoich pracach przedstawił sposób tworzenia oraz efekty od-

działywania psychoaktywnego ponad 200 związków z grup fentylloetyloamin oraz tryptamin. Efekty swoich prac zaprezentował w dwóch książkach: wydanej w 1991 roku „PIHKAL Phenethylamines I Have Known And Loved: A Chemical Story Of Love” (Fenetylaminy, które

poznałem i pokochałem: chemiczna historia miłości) oraz wydanej w 1997 roku „THIKAL Tryptamines I Have Known And Loved: The Continuation” (Tryptaminy, które poznałem i pokochałem: kontynuacja). Shulgin pokazał, jak drobne modyfikacje struktury chemicznej wpływają na zmianę działania psychoaktywnego oraz jak wiele substancji przy obecnej wiedzy chemicznej można otrzymać na podstawie jednego tylko związku podstawowego.

Publikacje Shulgina zapoczątkowały zjawisko tzw. narkotyków projektowanych (*designer drugs*). Od tamtego czasu rozpoczął się wyścig pomiędzy

*Ostatnio w „Science News” pojawiły się notatki o nowych środkach psychotropowych z grupy tak zwanych benignatorów (dobryn), które zniewalają umysł do bezprzedmiotowej radości i pogody. (...) Hedonidol, benefaktoryna, empatian, euforasol, felicytol, altruizan, bonokaresyna i cała masa pochodnych! Zarazem przez podstawienia grup hydroksylowych amidowymi syntetyzowano z tychże ciał furyasol, lyssynę, sadystyzynę, flagellinę, agressium, frustrandol, amokolinę oraz wiele jeszcze preparatów rozwścieczających z tak zwanej grupy bijologicznej (nakłaniały bowiem do bicia i znęcania się nad otoczeniem, tak martwym, jak żywym – przy czym prym miały wodzić kopandol i walina) (Stanisław Lem, „Kongres futurologiczny”, 1971).*

projektantami nowych narkotyków a instytucjami kontrolującymi narkotyki. Nowe substancje nie podlegały kontroli prawnej. Należało opracować mechanizmy

pozwalające na ich ocenę oraz procedury wprowadzania ich pod kontrolę. Jako reakcja na to nowe zagrożenie powstał unijny System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Narkotykach<sup>1</sup>.

Zjawisko nowych narkotyków miało charakter ukryty i było głównie związane z nielegalnym rynkiem narkotykowym. W Europie identyfikowano dwie-trzy nowe substancje rocznie, spośród których tylko część kwalifikowała się do objęcia ich kontrolą. W ostatnich latach sytuacja ta zdecydowanie się zmieniła. Według Europejskiego Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA) w 2008 roku odnotowano 13 nowych substancji. W 2009 roku były to już 24 substancje, a w 2010 roku – 41 nowych substancji psychoaktywnych. Dynamika ta w dużej mierze związana była z coraz liczniej pojawiającymi się w Europie tzw. smart shopami (EMCDDA Annual Report 2009). Smart shopy były to sklepy oferujące legalne substancje psychoaktywne, najczęściej za pośrednictwem internetu. Choć tego typu sklepy istniały w Europie i na świecie od kilku lat, to dopiero w ostatnim czasie zaczęły się szybko rozwijać. W Polsce mieliśmy do czynienia z najgwałtowniejszym w Europie rozwojem zjawiska, potocznie zwanym u nas zjawiskiem „dopalaczy”. Charakterystyczne dla naszego kraju było jednak przeniesienie handlu „dopalaczami” do sklepów stacjonarnych w przestrzeni miejskiej. W ciągu dwóch lat powstało ponad 1300 stacjonarnych sklepów z dopalaczami (Polish National Report 2010).

## Kontekst europejski i światowy. Przegląd badań

Nadal mamy niewiele badań dotyczących grup użytkowników nowych narkotyków. Jak do tej pory nie powstały żadne kompleksowe badania pozwalające porównać skalę zjawiska w Europie i na świecie. Istnieje jednak kilka pojedynczych badań realizowanych w Europie i na świecie, które poruszają te zagadnienia. Różnią się one przedmiotem zainteresowania. Jest to odzwierciedlenie sposobu definiowania problemu związanego z nowymi narkotykami. W naszym kraju głównym przedmiotem badania jest skala używania „dopalaczy”, czyli grupy produktów zawierających w swoim składzie nowe substancje psychoaktywne bez specyficznego określania substancji. Odzwierciedla to sposób zdefiniowania problemu w Polsce. Zupełnie

inaczej podchodzą do tego tematu np. Niemcy, gdzie główny problem związany z nowymi narkotykami stanowią „mieszanek ziołowe”. Tam dyskusja społeczna skupia się wokół produktów z grupy „spice” (od nazwy marketingowej produktów), czyli „mieszanek ziołowych” zawierających w swoim składzie syntetyczne kanabinoidy – grupy substancji o działaniu zbliżonym do THC zawartego w konopiach indyjskich. Inne kraje, jak np. Wielka Brytania, skupiają się raczej na mefedronie – substancji o działaniu stymulującym i empatogennym. Z kolei na przykład ketamina (anestetyk dysocjacyjny używany w weterynarii) staje się coraz popularniejsza w Hong Kongu (Wa-shing, 2011), podczas gdy w większości krajów Europy i świata jest bardzo słabo rozpowszechniona. Pomimo tych różnic, praktycznie każdy kraj Europy i świata zmagają się z kwestią nowych narkotyków. W części państw, takich jak np. Hiszpania, Portugalia czy Holandia, kwestia „dopalaczy” nie jest postrzegana jako problem o szerokim zasięgu, pomimo rozwiniętych systemów monitorowania i kontroli nowych narkotyków.

Poza przedmiotem badania główną przeszkodą jest stosowanie innych podejść badawczych, innej metodologii badania oraz odmienne definiowanie grup badawczych. W dalszej części artykułu zostaną omówione wyniki badań z kilku krajów Europy i świata.

Krajowe Biuro zrealizowało dwa badania (po dwa pomiary), w których uwzględniono kwestie używania „dopalaczy”. Pierwszym z nich było badanie realizowane w roku 2009 oraz w roku 2010, którym została objęta reprezentatywna próba mieszkańców naszego kraju w wieku 15-75 lat (N=1001) (Malczewski, 2011). Do używania dopalaczy kiedykolwiek w życiu przyznało się 6% respondentów w 2009 roku oraz 3% w 2010 roku. Po „dopalacze” częściej sięgali mężczyźni – 3% (7% w 2009 roku) niż kobiety – 2% (5% w 2009 roku). W ciągu ostatnich 12 miesięcy po „dopalacze” sięgało 2% respondentów w 2010 roku. Dla porównania w 2009 roku odsetek ten wyniósł 5%. Udział procentowy respondentów sięgających po „dopalacze” w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem spadł z 4% w 2009 roku do 1% w 2010 roku.

Badania te pokazały zdecydowany spadek poziomu konsumpcji „dopalaczy” w populacji generalnej. Wątpliwości budzi jednak spadek o ponad połowę odsetka osób, które deklarowały używanie „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu. Najprawdopodobniej odpowiadając na



pytanie dotyczące „dopalaczy” w 2009 roku, poziom wiedzy respondentów na ten temat był stosunkowo ograniczony. To powodowało, że ankietowani najprawdopodobniej do „dopalaczy” zaliczali wszelkie legalne substancje stymulujące, także napoje energetyczne. Badanie przeprowadzone pod koniec 2010 roku zbiegło się w czasie z największym natężeniem informacji medialnych dotyczących tego zjawiska, co wpłynęło na bardziej precyzyjne odpowiedzi respondentów. Niemniej jednak należy przypuszczać, że mieliśmy do czynienia ze spadkiem liczby osób używających „dopalaczy” związanym z zamknięciem sklepów z tymi środkami w październiku 2010 roku. Fakt zdecydowanego ograniczenia dostępności tych substancji musiał mieć wpływ na poziom używania substancji.

Kwestia ta jest dość widoczna w badaniach „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną, młodzież 2008” oraz „Młodzież 2010” (Badora i in., 2011). Zostały one zrealizowane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii pod koniec 2008 oraz 2010 roku. W obu pomiarach uczestniczyło ok. 1200 uczniów. Badanie zostało przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie losowej 65 szkół (jedna klasa w szkole) – liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych. Wywiady z uczniami zostały zrealizowane metodą audytoryjną.

O „dopalaczach” słyszało 90% badanych, a co czwarty (27%) był w sklepie z „dopalaczami”. Spośród tych, którzy byli w takich sklepach, 40% dokonało tam zakupu. Badani najczęściej kupowali „mieszanki ziołowe”, rzadziej proszki czy pigułki. Z uwagi na to, że sprzedaż „dopalaczy” prowadzona jest również przez internet, pytanie o ten fakt zawarto w badaniu. Wyniki wskazały (co zresztą było pewną niespodzianką), że w ten sposób zakupu dokonał zaledwie 1% ogółu respondentów.

W roku 2008 po „dopalacze” sięgnęło 4% uczniów, w 2010 roku odsetek ten wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami” w ciągu roku poprzedzającego ostatnie badanie przyznało się w 2010 roku 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku) (Malczewski, 2011).

Należy odnotować, że w przypadku ostatniego miesiąca odsetki uczniów były większe w roku 2008 niż w 2010. Badanie pokazuje zdecydowany wzrost odsetka osób eksperymentujących z „dopalaczami”. Jednak widać minimalny spadek odsetka osób, które używały „do-

palaczy” w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. Przypomnijmy, że badanie zostało przeprowadzone po likwidacji sieci sprzedaży „dopalaczy”, więc spadła też dostępność tych produktów. Polskie badania pokazują dynamikę zjawiska w oparciu o reprezentatywne próby zarówno w populacji ludzi młodych, jak i w populacji generalnej. Brak jest w nich dokładnego określenia, jakie substancje lub grupy produktów są najczęściej używane. Brak jest niestety analiz, które pozwoliłyby stworzyć charakterystykę grupy osób używających „dopalaczy”.

Większość krajów decyduje się jednak w ramach monitorowania nowych trendów na scenie narkotykowej na stosowanie zgoła odmiennego podejścia, jeśli chodzi o metodologię badań. Z uwagi na niskie rozpowszechnienie w populacji generalnej wykorzystywane są nieprobabilistyczne sposoby doboru próby. Badania te oparte są na wywiadach z osobami używającymi narkotyków, które zechcą wziąć udział w badaniu, a jedynym kryterium jest zazwyczaj fakt używania substancji w określonym czasie przed badaniem. Takie podejście nie oddaje skali używania określonych substancji w społeczeństwie, ale pozwala na szybkie śledzenie nowych trendów, które w konsekwencji mogą powodować rozwój zjawiska w szerszych grupach społecznych.

Przykładem takich badań jest badanie prowadzone w ramach Krajowego Projektu Monitorowania Trendów w Używaniu Narkotyków w Australii (National Drug Trend Project) (Burns, 2011). W ramach systemu przeprowadzane są wywiady w środowisku osób używających ekstazy. Kryterium doboru jest używanie ekstazy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Uczestnicy rekrutowani są za pośrednictwem reklam prasowych, stron internetowych, sklepów muzycznych oraz sklepów z ubraniami, a także z uniwersytetów oraz z wykorzystaniem tzw. kuli śniegowej, gdzie respondent wskazuje kolejną osobę do wywiadu spośród kręgu swoich znajomych. W 2010 roku w ten sposób zebrano 693 wywiady. Kwestionariusz zawiera informacje o ekstazy, kokainie i metamfetaminie. Zawiera też część poświęconą nowym substancjom.

Otrzymane wyniki wskazują, że najpopularniejszymi substancjami spośród tzw. nowych narkotyków w badanej grupie są mefedron oraz DMT (tryptamina o silnym działaniu psychodelicznym) i BZP (beznzylopiperazyna – alternatywa do MDMA). Do niedawnego używania



tych substancji przyznało się odpowiednio 16% (mefedron), 7% (DMT) oraz 5% (BZP) respondentów. Co ciekawe, wyniki te były zróżnicowane terytorialnie. W niektórych regionach Australii wskaźnik używania mefedronu w tej grupie sięgał 42%, a BZP 25%.

Kolejnym dość ciekawym przykładem badań prowadzonych w Europie są brytyjskie badania magazynu muzycznego „Mixmag” (Winstock, 2011). Jest to badanie internetowe jednego ze znanych magazynów „clubbingowych” w Anglii. Respondenci wypełniają kwestionariusz on-line. Nie ma przewidzianej procedury doboru próby. W efekcie badania w 2010 roku zebrano 2250 kwestionariuszy. W 2011 roku – 3000. W badaniu wzięło udział 69% mężczyzn i 31% kobiet. Do używania mefedronu kiedykolwiek w życiu przyznało się 61% ankietowanych w 2011 roku. Dla porównania, w 2010 roku było to 41,7%. Podobny wzrost odnotowano w przypadku wskaźnika używania w ostatnim roku (z 37,3% w 2010 roku do 51% w 2011 roku). Odnotowano spadek odsetka osób deklarujących używanie mefedronu w ciągu ostatniego miesiąca z 33,6% w roku 2010 do 25% w roku 2011.

Poza informacjami na temat rozpowszechnienia, badanie ukazało także kilka innych ciekawych rezultatów. Na pytanie, kiedy po raz ostatni używali nowy dla nich narkotyk<sup>2</sup>, 46% respondentów wskazało 2010 rok, 30% 2009, 10% lata 2004–2007. Ponadto spośród 2000 respondentów 659 wskazało mefedron jak ostatni nowy narkotyk, który przyjmowali po raz pierwszy w życiu, a 243 osoby zaznaczyło ketaminę. Mefedron został także najczęściej wskazywany jako substancja budząca zaniepokojenie wśród znajomych. Wskazało go 24% ankietowanych (na drugim miejscu znalazł się alkohol – 18%). Przy interpretacji wyników tych badań jakiegokolwiek wnioskowanie należy ograniczyć tylko do badanej grupy. Jest to grupa dość charakterystyczna, w szczególności ze względu na używanie substancji psychoaktywnych. Z tego powodu wyników tych badań nie można ekstrapolować na szersze grupy społeczne. Pomimo tych zastrzeżeń, zarówno badania australijskie, jak i badania magazynu „Mixmag” stanowią niewątpliwie dobre źródło do śledzenia nowych trendów wśród rekreacyjnych użytkowników narkotyków.

Wskazane wyżej badania przedstawiają wyrywkowy obraz związany ze zjawiskiem nowych narkotyków. Obecnie nie ma wystandaryzowanych narzędzi badawczych oraz metodologii prowadzenia monitoringu

używania nowych substancji oraz nowych trendów na scenie narkotykowej. Istnieje wiele narzędzi, za pomocą których można monitorować to bardzo szybko ewoluujące zjawisko. Na obecnym etapie nie jest możliwa pełna analiza porównawcza pomiędzy krajami oraz ocena zjawiska. Wielość podejść do analizy tego zjawiska jest jednak także wyznacznikiem tego, co w konkretnym społeczeństwie jest interpretowane jako problem budzący największe zaniepokojenie.

## Prawo narkotykowe w krajach europejskich

Każdy z systemów prawnych występujących w Europie jest zorganizowany inaczej. Jest to bezpośrednio związane z historią oraz kulturą poszczególnych narodów. Prawo narkotykowe i prawo dotyczące substancji psychoaktywnych nie jest w tym zakresie wyjątkiem. Główna metoda radzenia sobie z tym problemem polega na monitorowaniu skali zjawiska oraz wprowadzaniu zakazów sprzedaży poszczególnych substancji przy użyciu narzędzi prawa antynarkotykowego lub farmaceutycznego. Takie sposoby działania nie przynoszą jednak często spodziewanych efektów, ponieważ producenci łatwo omijają nowe ograniczenia prawne poprzez wprowadzanie modyfikacji w składzie produktów (np. zamieniają jeden syntetyczny kanabinoid na inny) lub minimalnie zmieniając budowę strukturalną danej substancji psychoaktywnej. Sporym utrudnieniem w egzekwowaniu zakazów jest także powszechne używanie sklepów internetowych lub sieci bezpośrednich sprzedawców do dystrybucji tego typu produktów. Widać to bardzo dobrze na przykładzie Polski, do której trafiają produkty drogą wysyłkową kupowane przez internet w Czechach czy Słowacji, gdzie część substancji u nas objętych kontrolą, tam jest legalna. Nie tylko jednak prawo antynarkotykowe czy farmaceutyczne może mieć zastosowanie w przypadku nowych narkotyków. Również prawo konsumenckie lub prawo dotyczące suplementów diety może regulować kwestie związane z „dopalaczami”.

Część z systemów europejskich posiada przyspieszone procedury wprowadzania substancji potencjalnie niebezpiecznych pod kontrolę prawną. Często są to rozwiązania systemowe niezwiązane bezpośrednio z prawem antynarkotykowym. Przykładowo Szwecja w swoim prawie dotyczącym „zakazu produktów

niebezpiecznych dla zdrowia” umożliwia w drodze rozporządzenia określenie substancji, co do których zachodzi podejrzenie, że mogą być niebezpieczne dla zdrowia i życia ludzi. W państwie tym powołano multidyscyplinarną sieć ekspertów (Krajowa Szwedzka Sieć do Wymiany Informacji na temat Narkotyków – NADIS), złożoną ze specjalistów z wielu tamtejszych instytucji, organizacji i stowarzyszeń działających w obszarze kontroli podaży i redukcji popytu na narkotyki. Zadaniem wymienionej sieci jest monitoring ogólnych trendów narkotykowych, identyfikacja nowych substancji/narkotyków nadużywanych w Szwecji, zbieranie wszelkich możliwych informacji na ich temat i później, jeśli istnieje potrzeba i konieczność, rekomendowanie wprowadzenia nowych substancji/narkotyków pod kontrolę. Zidentyfikowane nowe substancje/narkotyki są umieszczane na listach substancji kontrolowanych i w zależności od poziomu ryzyka przez nie powodowanego, traktowane są z odpowiednią wagą. Gdy już nowe substancje/narkotyki zostają zweryfikowane pod kątem dużego zagrożenia i jeśli okazuje się to konieczne – wówczas poddawane są kontroli z wykorzystaniem procedury nadzwyczajnej, umożliwiającej organom ścigania podjęcie szybkich środków, aby zakazać szerszego dystrybuowania ich na rynku.

Niemiecki oraz austriacki system prawny przewiduje czasową kontrolę substancji, co do których zachodzą uzasadnione obawy, że mogą być niebezpieczne dla zdrowia publicznego. Decyzję w tym zakresie podejmuje Ministerstwo Zdrowia (w drodze rozporządzenia), po akceptacji Bundestagu lub Rady Ministrów. Kontrola ta ma charakter czasowy (jeden rok) i umożliwia przeprowadzenie procedury oceny ryzyka, zbierania informacji oraz zabezpieczenia pełnych procedur prawnych potrzebnych do stałej kontroli tych substancji.

Francja posiada sieć alarmową powiadamiającą o pojawieniu się na rynku nowych substancji, które mogą stanowić zagrożenie dla populacji. Natychmiast po zidentyfikowaniu nowego niebezpiecznego produktu, Ministerstwo Zdrowia wraz z francuską Agencją Bezpieczeństwa Sanitarnego Produktów Zdrowotnych (AFSSAPS), może zadecydować o klasyfikacji produktu jako psychoaktywnego celem oszacowania ryzyka dla zdrowia ludzkiego. Na tej podstawie objęto kontrolą niektóre syntetyczne

kanabinoidy. Powyższa klasyfikacja spowodowana była właściwościami farmakologicznymi, działaniem psychoaktywnym oraz potencjalnym zagrożeniem nadużywania oraz uzależnienia się od wymienionych substancji. Decyzję wydano po opinii krajowego Komitetu ds. Środków Odurzających i Substancji Psychotropowych. Od tej chwili import, eksport oraz zażywanie produktów zawierających tego typu substancje są we Francji zakazane.

W Holandii w ramach procedur przyspieszonych minister zdrowia może dodać nową substancję do listy substancji kontrolowanych. Procedura ta przewiduje akceptację ze strony Rady Ministrów. Długość trwania procedury wynosi około jednego tygodnia. Generalnie tzw. dopalacze traktowane są jako związki chemiczne, które mogą mieć zastosowanie w medycynie, a więc podlegają ustawie o lekach i muszą być zarejestrowane.

W Wielkiej Brytanii kwestia ograniczania sprzedaży tzw. legal highs stanowi jeden z priorytetów polityki społecznej rządu. Zgodnie z brytyjskim prawem, ze względu na fakt, że „dopalacze” mają inny skład chemiczny, nie są klasyfikowane jako narkotyki, a przez to nie podlegają ustawie *Misuse of Drugs* z 1971 roku. Mimo to wprowadzono tam ograniczenia sprzedaży „dopalaczy”, a całkowity zakaz ma wejść w życie w momencie uzyskania pełnej informacji na temat wpływu tego typu środków na ludzkie zdrowie. Mefedron od kwietnia 2010 roku (a więc nim jeszcze decyzja Rady Unii Europejskiej o jego zdelegalizowaniu na terenie wszystkich państw członkowskich weszła w życie) przestał być traktowany jako „dopalacz” i został zakwalifikowany jako narkotyk grupy B, w której znajduje się m.in. amfetamina.

Generalnie na terenie Europy występują trzy rodzaje rozwiązań prawnych w odniesieniu do substancji psychoaktywnych. Są nimi: prawo indywidualne, gdzie kontrolą prawną obejmuje się konkretną substancję chemiczną (a także jej sole, estry i izomery); prawo rodzajowe (*generic law*), a także prawo analogowe. Prawo rodzajowe przewiduje obejmowanie kontrolą prawną nie tylko konkretną substancję i jej sole, estry czy izomery, ale szerszą grupę substancji. Do grupy takiej włączane są związki strukturalnie podobne do interesującej nas substancji, ale w których pier-

ścieniach podmieniony został jakiś podstawnik. Za pomocą prawa analogowego natomiast, jako alternatywy do indywidualnego i generycznego, obejmuje się kontrolą substancje mające podobne (do pierwotnej substancji już objętej kontrolą) właściwości chemiczne. Bierze się tu pod uwagę także rodzaj efektów, jakie dana substancja wywołuje lub może wywołać. A jeżeli efekty są zbliżone lub mogą być zbliżone do efektów wywołanych wyjściową substancją psychoaktywną – związek taki obejmowany jest kontrolą prawną.

Większość państw europejskich stosuje procedury oceny ryzyka dotyczącego nowych substancji/produktów, które w większości (choć nie zawsze) mają odzwierciedlenie w przepisach prawa. Procedury oceny ryzyka prowadzone są przez niezależne zespoły eksperckie, wyspecjalizowane naukowe instytucje państwowe lub naukowe.

Podsumowując, na poziomie Unii Europejskiej kwestia nowych narkotyków („dopalaczy”) nie jest uregulowana w sposób kompleksowy. Wynika to z faktu, iż walka z „dopalaczami” jest jedynie jednym z aspektów walki z narkotykami, które to kwestie należą do kompetencji państw członkowskich, a Unia jedynie wspomaga takie działania. Na poziomie unijnym zjawiskiem tzw. legal highs czy smart drugs zajmuje się Europol oraz EMCDDA. Współpraca z państwami członkowskimi odbywa się na podstawie decyzji Rady z dnia 10 maja 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych i przebiega w następujących etapach:

1. Notyfikacja nowej substancji przez państwo członkowskie UE lub przez EMCDDA.
2. Wspólny raport EMCDDA oraz Europolu w sprawie ewentualnej potrzeby zgromadzenia dalszych informacji. Raport przedstawiany jest Komisji Europejskiej, która podejmuje decyzję o ewentualnym wszczęciu procedury Oceny Ryzyka.
3. Ocena ryzyka przeprowadzana przez komitet naukowy EMCDDA.
4. Decyzja Rady UE (na podstawie propozycji Komisji Europejskiej dokonanej w oparciu o sporządzony przez komitet naukowy EMCDDA raport na temat oceny ryzyka) w sprawie poddania danej substancji kontroli na poziomie unijnym. W takim przypadku wszystkie państwa członkowskie są zobligowane

do objęcia substancji kontrolą w ciągu trzech miesięcy od wydania decyzji.

## Poszukiwanie racjonalnego podejścia do problemu nowych narkotyków

Wobec rosnącej skali zjawiska rozprzestrzeniania się nowych niekontrolowanych prawnie substancji psychoaktywnych, obecnie funkcjonujące mechanizmy wczesnego ostrzegania oceny ryzyka oraz kontroli nowych narkotyków<sup>3</sup>, nie są wystarczające. Konieczne jest stworzenie nowego, bardziej efektywnego i dostosowanego do zmieniających się realiów systemu. Podstawowe założenia co do konieczności naukowej oceny ryzyka związanego z nowymi narkotykami przed wprowadzeniem ich pod kontrolę prawną nie podlega dyskusji. Przy wielości związków występujących obecnie na rynku wprowadzanie na szybko substancji pod kontrolę prawną może spowodować pewne niepożądane konsekwencje. Po pierwsze, taka praktyka generuje bardzo duże koszty po stronie organów ścigania, które muszą się szybko dostosowywać do zmian przepisów. Konieczne jest doposażenie laboratoriów w dodatkowe, drogie wzorce substancji, szkolenie analityków, tworzenie testów do nowych narkotyków, szkolenie psów w celu wykrywania środków oraz wiele innych kosztów. Ponadto wszystkie te wysiłki mogą pójść na marne przy bardzo szybko zmieniającej się ofercie substancji. W konsekwencji może zostać stworzone prawo, którego egzekwowanie będzie niemożliwe. Kolejnym argumentem przemawiającym za bardziej powściągliwym działaniem w sprawie nowych narkotyków jest celowość kontroli prawnej. Zbyt szybkie wprowadzanie substancji pod kontrolę prawną bez dokładnej analizy zagrożeń związanych z tymi związkami może doprowadzić do sytuacji, w której na liście znajdują się substancje o wątpliwych właściwościach psychoaktywnych i takie, które nie stwarzają zagrożeń dla zdrowia publicznego obok tak groźnych substancji jak np. heroina. Dodatkowo posiadanie, produkcja oraz wprowadzanie do obrotu będą w przypadku obu tych substancji obwarowane identycznymi sankcjami karnymi. Poza przytoczoną argumentacją dotyczącą celowości kontroli oraz trudności w implementacji prawa jest jeszcze jeden



argument przemawiający za oparciem rozwiązań na podstawach naukowych oraz za zachowaniem pewnej powściągliwości we wprowadzaniu substancji pod kontrolę. Każde działanie ze strony państw polegające na rozszerzeniu listy substancji kontrolowanych powoduje wzmożoną aktywność producentów w celu zsyntezowania nowej, niekontrolowanej substancji. Jednak drobna modyfikacja struktury chemicznej może doprowadzić do zmiany działania oraz wzrostu zagrożenia dla potencjalnych użytkowników. Sytuacja taka wystąpiła już w przeszłości, kiedy to MDMA zostało zastąpione na rynku parametoksamfetaminą (PMA) i parametoksymetamfetaminą (PMMA), które okazały się bardzo toksyczne. Jest to sytuacja jak z cytowanego na wstępie „Kongresu futurologicznego”.

Niestety, konieczne jest przyspieszenie procesu naukowej oceny ryzyka. Zbyt rozbudowana i długa procedura powoduje, że przestaje ona spełniać swoją podstawową funkcję, czyli zabezpieczać obywateli przed niebezpiecznymi dla ich zdrowia produktami. Z pomocą mogą tutaj przyjść mechanizmy czasowej kontroli (zastosowane ostatnio także na gruncie polskich przepisów prawa antynarkotykowego<sup>4</sup>), pozwalające na eliminację substancji z rynku, co do której istnieją uzasadnione podejrzenia, że może być niebezpieczna. Ponadto pomocne może się okazać zastosowanie w prawie opisywanych powyżej genetycznych definicji substancji. Najbardziej efektywną, ale i najdroższą oraz najbardziej skomplikowaną metodą byłoby wypracowanie modeli i metod identyfikacji niebezpiecznych związków zanim zostaną one wprowadzone na rynek. Pozwoliłoby to o krok wyprzedzić dystrybutorów wprowadzających na rynek nowe narkotyki. Perspektywa taka jest bardzo kusząca, ale także bardzo skomplikowana zarówno z punktu widzenia nauki, jak i praktyki.

## Podsumowanie i perspektywy na przyszłość

Paul Griffiths, podsumowując I międzynarodowe interdyscyplinarne forum o nowych narkotykach, stwierdził, że „żyjemy w czasach globalizacji oraz szybkiego rozwoju technologii informacyjnych i te zmiany mają wpływ na scenę narkotykową, tak samo jak mają wpływ na inne sfery życia. Rozwój

ten obecnie stanowi coraz większe wyzwanie dotyczące tego, jak monitorować, oceniać i odpowiadać na zjawisko nowych substancji psychoaktywnych”. Redefiniowanie podejścia do nowych substancji staje się kluczową kwestią. Powszechnie wiadomo, że od wielu dziesięcioleci firmy farmaceutyczne prześcigają się w syntetyzowaniu nowych związków w celu otrzymania leku idealnego, o względnie niewielkich skutkach ubocznych i odpowiednim działaniu terapeutycznym. Na ten cel w Europie i na świecie wydawane się miliony dolarów. W konsekwencji powstaje cała masa substancji, które nie wchodzi do użytku w medycynie, ale opisywane są w literaturze. Bardzo często testy te są z powodu braku satysfakcjonujących wyników odrzucane już na poziomie wstępnych badań. Pojawiają się jednak substancje, które pomimo niewielkiej wartości terapeutycznej posiadają działanie psychoaktywne (np. z 1-benzylpiperazyną). Ponadto wielość substancji wykorzystywanych obecnie w wielu gałęziach przemysłu jest ogromna. I to w połączeniu z rozwojem technologii informacyjnych oraz nauk, takich jak np. chemia, powoduje, że obecnie łatwiej jest niż kiedyś stworzyć oraz sprzedawać nowe substancje psychoaktywne. Dodatkowo działalność tego typu staje się coraz bardziej opłacalnym biznesem. Według oszacowań Ricka Broidera, prezydenta North American Herbal Incense Trade Association, same tylko „mieszanki ziołowe” dają dochód 5 mld dolarów rocznie, i to tylko w Stanach Zjednoczonych (Paynter, 2011). To powoduje, że zjawisko nowych narkotyków najprawdopodobniej będzie się dalej rozwijać i należy znaleźć odpowiednie instrumenty zarówno do jego monitorowania i badania, jak i do prowadzenia racjonalnej polityki względem tego typu substancji.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Więcej informacji o Systemie Wczesnego Ostrzegania można przeczytać na stronie: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>.
- <sup>2</sup> Nowy narkotyk w rozumieniu substancji psychoaktywnej używanej po raz pierwszy w życiu przez respondenta.
- <sup>3</sup> Podstawa prawna to Decyzja Rady 2005/387/JHA z 10 maja 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych.
- <sup>4</sup> Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku (Dz. U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396).



*W 2010 roku ukazał się raport Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka z monitoringu przestrzegania praw pacjentów w ośrodkach leczenia uzależnień. Pracownicy Fundacji monitorowali ośrodki stacjonarne, w których oceniali warunki lokalowe, obowiązujące zasady i metody terapeutyczne. Wybór ośrodków stacjonarnych uzasadniono ich izolacyjnym charakterem.*

## PRZESTRZEGANIE PRAW PACJENTÓW W OŚRODKACH STACJONARNYCH

Filip Nawara  
Fundacja Praesterno

Raport omawia środowisko funkcjonowania ośrodków leczenia uzależnień, na które składają się m.in. przepisy prawne i miejsce tych placówek w systemie leczenia. Spośród 20 jednostek, do których zgłosiła się Fundacja, dwie nie zgodziły się na audyt. W pozostałych wizytatorzy mogli zapoznać się z wewnętrznymi regulaminami i planami zajęć oraz przeprowadzić rozmowy z pacjentami i kadrą. Wnioski raportu uwzględniały również informacje uzyskane z pogłębionych wywiadów z osobami, które ukończyły leczenie. Jak zaznaczają autorzy, stan przestrzegania podstawowych praw (...) *nie budzi większych zastrzeżeń*. Mimo to w raporcie znalazły się znaczące uwagi.

### Przepisy a regulaminy

Raport prezentuje zwięzłą analizę przepisów określających działanie placówek leczenia uzależnień. Zwrócono w nim uwagę na brak aktów prawnych regulujących stosunki i procedury wewnętrzne w badanych placówkach. Stosunki te określone są przez placówki we własnym zakresie i cechuje je duża różnorodność ustalanych zasad, co budzi sporo wątpliwości.

Zapisy „regulaminów”, „ustaleń”, „kart praw” i innych dokumentów obowiązujących w ośrodkach podzielono na zobowiązania, zakazy, prawa oraz ograniczenia, spośród których przytoczono te najczęściej występujące i przykłady zupełnie specyficzne.

Jako wady tych dokumentów autorzy raportu wskazują częste zagmatwanie, niejasność przepisów, również w warstwie językowej. Dodatkowym negatywnie ocenionym elementem jest zatarcie granic

między prawami a przywilejami, w wyniku których podstawowe prawa pacjentów traktowane bywają jako przywilej (np. udział w prawach). Niestety, trzeba stwierdzić krytycznie, że w wielu ośrodkach zapisy o prawach pacjenta (...) powielane są następnie w różnych obowiązujących wewnętrznych dokumentach (...). Nie służy to podniesieniu poziomu ich znajomości i polepszeniu zakresu ich respektowania. Wręcz przeciwnie – świadczy o niezrozumieniu znaczenia i istoty praw człowieka i praw pacjenta (s. 42). Inną, charakterystyczną dla wielu ośrodków, manipulacją językową opisaną w regulaminach jest możliwość korzystania z jakiegoś prawa/przywileju przysługującego pacjentowi na określonym etapie leczenia. Traktuje się to jako przywilej, a pacjent „może prosić” o dopuszczenie go do „udziału w prawach” (s. 43).

Autorzy zwracają też uwagę na występowanie diametralnych niekiedy różnic między regulaminami poszczególnych ośrodków, co rodzi pytanie o uzasadnienie tworzonych zasad, m.in. z punktu widzenia oddziaływania terapeutycznego.

Wątpliwości dotyczące uzasadnienia terapeutycznego odnotowano również w przebiegu leczenia, co dotyczy ustalonych etapów leczenia, w miarę których pacjenci zyskują przywileje, i planów codziennych zajęć. Przy tych ostatnich autorzy zastanawiają się nad statusem pracy fizycznej, określanej najczęściej – według nich na wyrost – mianem „ergoterapii”.

Poruszona została też kwestia możliwości wyboru rodzaju terapii – w części placówek oferta nie wykracza poza spotkania społeczności oraz „ergoterapię”, innym razem jako terapię indywidualną traktuje się rozmowę w cztery oczy. W zakresie

różnorodności oferty znacznie lepiej prezentują się ośrodki krótkoterminowe.

## Prawa podstawowe

Poważniejsze wątpliwości pojawiają się w czasie analizy przestrzegania poszczególnych praw podstawowych. Tak było np. w przypadku prawa do prywatności, naruszanego przy procedurach przyjmowania do ośrodka, w które włącza się przeszukanie rzeczy „nowicjusza”, niekiedy z rewizją osobistą nago. Autorzy uznali te praktyki za *niedopuszczalne i poniżające*.

W kontekst ochrony przed poniżaniem włącza się także najbardziej problematyczne zagadnienie tzw. dociążeń czy konsekwencji. Są to ustalane przez społeczności lub rzadziej skatalogowane formy „kar” – częściej określane jako „oddziaływania terapeutyczne”. Stosuje się je w przypadkach łamania zasad bądź niewłaściwego zachowania. Autorzy zaznaczają, że praktyka dociążeń nie zawsze jest krytykowana przez leczących się pacjentów, za to pogląd na nie zmienia się po opuszczeniu ośrodka.

Nie jest jasna ich rola w terapii, raczej traktowane są jako norma, a niekiedy wręcz podstawa działania ośrodków, jak w przypadkach, kiedy przebieg terapii skoncentrowany jest wokół unikania kar. Należy tu zaznaczyć, że katalog konsekwencji obejmuje różne rodzaje zadań od upieczenia ciasta czy zaśpiewania piosenki, przez obowiązek „wspólnej herbatki” ze skonfliktowaną osobą, po nakazy noszenia drelachu czy karę w postaci pozbawienia planowanej wizyty rodziny, wziętej żywcem z praktyki więziennej (s. 195).

Znamienne są również komentarze pacjentów, oceniające dociążenia jako zbyt słabe: *powinny być takie, żeby zapamiętać je na całe życie* (s. 136). Uwagę zwracają też zakazy nawiązywania związków partnerskich i obowiązek abstynencji seksualnej.

Jakkolwiek nie są podważane same te wymogi, to z jednej strony pacjenci wskazują na potrzebę indywidualnego traktowania w tym zakresie, z drugiej – autorzy raportu na zbyt rygorystyczne konsekwencje złamania abstynencji seksualnej, traktowanej jak narkotykowa: *czy w terapii uzależnień naruszenie abstynencji seksualnej ma/powinno mieć taką samą rangę jak naruszenie abstynencji narkotykowej czy alkoholowej? Z zebranych wypowiedzi wynika, że i za jedno, i za drugie wylatuje się z ośrodka. Co więcej – zaćpanie czy chłanie jest „mierzalne”, potwierdza je alko- lub narkotest. A*

*zachowanie seksualne potwierdza albo „przyznanie się do winy”, albo ocena społeczności* (s. 156).

Większość pozostałych praw, jak prawo do informacji, edukacji, skargi, spotkań z rodziną, nie wywołała zarzutów. Raport kończy seria komentarzy ekspertów: Marka Balickiego, Bogusławy Bukowskiej i Małgorzaty Maresz.

## Pozytywny odbiór raportu

Do raportu pozytywnie odniosło się Ministerstwo Zdrowia, uznając go za *istotny wkład*

*w rozpoznanie aktualnego stanu przestrzegania praw pacjenta i wskazując na umieszczenie bardzo szerokiego materiału źródłowego, co umożliwia sformułowanie samodzielnych wniosków i czyni raport interesującą lekturą*. Oprócz tego, ministerstwo zaznacza spójność konkluzji raportu z założeniami Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 oraz 2011–2016.

Ministerstwo podsumowuje: *niezwykle istotną kwestią jest jakość programów terapeutycznych (...). Standardy leczenia w tym zakresie zostały opracowane przez zespół ekspertów, a obecnie Rada Akredytacyjna analizuje dokumenty w celu przedłożenia ich do akceptacji ministra zdrowia*.

*Raport prezentuje zwięzłą analizę przepisów określających działanie placówek leczenia uzależnień. Zwrócono w nim uwagę na brak aktów prawnych regulujących stosunki i procedury wewnętrzne w badanych placówkach. Stosunki te określone są przez placówki we własnym zakresie i cechuje je duża różnorodność ustalanych zasad, co budzi sporo wątpliwości.*

# PROGRAM „FRED GOES NET” W POLSCE

Program *FreD goes net* jest programem profilaktyki selektywnej skierowanym do młodych osób używających narkotyków w sposób okazjonalny lub problemowy. *FreD goes net* to krótkoterminowa, wczesna interwencja składająca się z rozmowy wstępnej i 8 godzin zajęć grupowych, prowadzonych z wykorzystaniem metod terapii motywującej. W Polsce program został zainicjowany i pilotażowo wdrożony w latach 2007–2010 przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w ramach międzynarodowego projektu. Poczynając od 2011 roku Krajowe Biuro koordynuje realizację programu w Polsce, a także organizuje szkolenia dla specjalistów zainteresowanych uruchomieniem programu w swoich placówkach.

Anna Radomska KBPN

**Miasta, w których zlokalizowane są placówki przygotowane do realizacji programu *FreD goes net*.**



## Lista adresowa placówek

Placówki wyróżnione gwiazdką (\*) są na etapie przygotowania do wdrożenia programu (zostały przeszkolone w czerwcu 2011 roku).

Lp.	Placówka	Adres	Miejscowość	Województwo
2	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień, Stowarzyszenie Monar	Chojnowska 81 a	Legnica	dolnośląskie
3	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień, Stowarzyszenie Monar	Wolności 70	Jelenia Góra	dolnośląskie
4*	Miejski Ośrodek Profilaktyki Uzależnień	Legnicka 3	Głogów	dolnośląskie
5	Poradnia Profilaktyki i Pomocy Rodzinie, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii	Dworcowa 23	Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie
6	Całodobowy Młodzieżowy Oddział Leczenia Uzależnień i Poradnia	Włocławska 233	Toruń	kujawsko-pomorskie
7*	Grudziądzkie Stowarzyszenie „Pomoc Uzależnionym”	Mikołaja z Ryńska 10	Grudziądz	kujawsko-pomorskie
8	NZOZ, Centrum Zdrowia Psychicznego	Partyzantów 5	Zamość	lubelskie
9	Środowiskowy Klub Profilaktyczny, Towarzystwo Nowa Kuźnia	Samsonowicza 25	Lublin	lubelskie
10*	Ośrodek Leczenia Uzależnień Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Karłowicza 1	Lublin	lubelskie
11*	Zespół Wychowania i Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej	Powstańców Warszawy 8	Chełm	lubelskie
12*	Miejskie Centrum Profilaktyki	C. K. Norwida 2	Świdnik	lubelskie
13*	Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Osób Uzależnionych i Współuzależnionych „LOPiT”, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii	Jelenia 1A	Zielona Góra	lubuskie
14	Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień, Stowarzyszenie Monar	Tuszyńska 106	Łódź	łódzkie
15	Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna	Armii Krajowej 2	Opoczno	łódzkie
16*	Miejskie Centrum Pomocy Społecznej Ośrodek Profilaktyki Integracji Społecznej	Partyzancka 31	Pabianice	łódzkie
18*	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Szadkowska 2	Zduńska Wola	łódzkie
22*	Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Jest Czas”	1 Maja 18	Płock	mazowieckie
23*	Punkt Konsultacyjny Monar	Al. Kilińskiego 6 a	Płock	mazowieckie
24	Stowarzyszenie Pracownia Rozwoju Osobistego	Luboszycka 1a/7	Opole	opolskie
25*	Punkt Informacyjno-Konsultacyjny ds. Problemów Alkoholowych	Jana III Sobieskiego 1	Sanok	podkarpackie
26	Młodzieżowy Ośrodek Terapii i Readaptacji ETAP, Stowarzyszenie Droga	Włókiennicza 7	Białystok	podlaskie
27*	Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień	Dyrekcyjna 5	Gdańsk	pomorskie
28	Centrum Profilaktyki Uzależnień	Nowowiejskiego 48	Malbork	pomorskie
29	NZOZ, Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	Park Hutniczy 6	Zabrze	śląskie



Lp.	Placówka	Adres	Miejscowość	Województwo
30	Ośrodek i świetlica socjoterapeutyczna, Częstochowskie Towarzystwo Profilaktyki Społecznej	Rejtana 7b	Częstochowa	śląskie
31	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii	Warszawska 19	Katowice	śląskie
32	SPZOZ, Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej	Karłuszowiec 11	Tarnowskie Góry	śląskie
33	Świętokrzyskie Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym Kuźnia	Os. Ogrody 11/12, Ogrodowa 205	Ostrowiec Świętokrzyski	świętokrzyskie
34	Młodzieżowy Ośrodek Terapeutyczny, Stowarzyszenie Karan	Królewiecka 197	Elbląg	warmińsko-mazurskie
35	Punkt Konsultacyjny	Al. Powstańców Wielkopolskich 12	Ostrów Wielkopolski	wielkopolskie
36	NZOZ, Towarzystwo „Powrót z U”	Szczerbcowa 1	Szczecin	zachodnio-pomorskie
37*	ZOZ, Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	Jana z Kolna 12	Świnoujście	zachodnio-pomorskie
38*	Placówka Lecznictwa Odwykowego	Książąt Pomorskich 8	Międzyzdroje	zachodnio-pomorskie

## OGŁOSZENIE

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
zgodnie z zarządzeniem nr 11/2011 z dnia 9 września 2011 roku  
ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w 2012 roku zadań w zakresie przeciwdziałania  
uzależnieniom i patologiom społecznym w dziedzinie narkomanii

**Wykaz zadań konkursowych oraz wysokość środków publicznych przeznaczonych na ich realizację**

Nr zad.	Tytuł zadania	Środki w roku 2011 (zł)	Środki w roku 2012 (zł)
1.	Programy profilaktyki selektywnej	1 436 400	1 300 000
2.	Programy profilaktyki wskazującej dla osób używających narkotyków	1 216 000	1 200 000
3.	Programy postrehabilitacyjne adresowane do osób po ukończonym procesie leczenia	0	850 000
4.	Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych narkomanią i używających narkotyków	343 000	330 000
5.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków	209 000	200 000
6.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków	383 000	400 000
7.	Programy wspierające leczenie substytucyjne	60 000	100 000
8.	Specyficzne programy kierowane do kobiet używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	60 000	70 000
9.	Program wczesnej interwencji FRED	178 000	300 000
10.	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym	152 000	150 000
11.	Ogólnopolska konferencja na temat przeciwdziałania narkomanii	0	100 000
12.	Program wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję	859 600	0
13.	Serwis Informacyjny Narkomania	85 000	0*
14.	Poradnia Internetowa	80 000	0*
<b>Razem</b>		<b>5 062 000</b>	<b>5 000 000</b>

\*Realizator zadania Serwis Informacyjny Narkomania został wybrany na lata 2011–2013 w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym w roku 2010.

Realizator zadania Poradnia Internetowa został wybrany na lata 2010–2012 w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym w roku 2009.

Kwota środków publicznych przeznaczonych w konkursie na realizację w 2010 roku zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii wyniosła 5 157 518 zł.

Podana planowana wysokość środków finansowych na realizację zadań merytorycznych może ulec zmianom po przyjęciu przez Sejm Ustawy budżetowej na rok 2012.

W przypadku zaistnienia sytuacji określonej powyżej, Krajowe Biuro zastrzega sobie możliwość zmiany zakresu rzeczowego i finansowego zadań objętych niniejszym konkursem. Podane kwoty na realizację zadań merytorycznych mogą ulec zmianie, w szczególności w przypadku stwierdzenia, że zadania można zrealizować mniejszym kosztem, złożone oferty zostaną oddalone lub budżet Krajowego Biura zostanie zmniejszony w części przeznaczonej na realizację zadań, z przyczyn trudnych do przewidzenia w dniu ogłaszania konkursu. Szczegółowe warunki konkursu stanowią integralną część niniejszego ogłoszenia. Regulamin postępowania komisji konkursowej jest dostępny na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) i w siedzibie Biura w Warszawie, przy ul. Dereniowej 52/54 oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej.

W pozostałych kwestiach nieuregulowanych wymienionym regulaminem zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązujące.

### **Termin składania ofert upływa dnia 6 października 2011 r. o godzinie 16.30.**

Oferty, które wpłyną po ww. terminie, niezależnie od daty stempla pocztowego, nie będą podlegały ocenie merytorycznej i zostaną odrzucone jako niespełniające kryteriów formalnych. W celu wyeliminowania ewentualnych opóźnień związanych z przekazaniem drogą pocztową przesyłek, Krajowe Biuro zwraca uwagę na możliwie wczesną wysyłkę wniosków i sugeruje, aby były to przesyłki priorytetowe ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Oferty w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach powinny być dostarczone osobiście lub pocztą do siedziby Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Dyrektora Biura uwzględniając:

- 1) możliwości realizacji zadania publicznego przez oferenta,
- 2) ocenę jakości programu merytorycznego,
- 3) kwalifikacje osób, przy udziale których oferent planuje realizować zadanie publiczne,
- 4) planowany przez oferenta wkład rzeczowy, osobowy, w tym świadczenia wolontariuszy i pracę społeczną członków,
- 5) przedstawioną kalkulację kosztów realizacji zadania publicznego, w tym w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- 6) planowany udział środków finansowych własnych lub środków pochodzących z innych źródeł na realizację zadania publicznego - w przypadku oferty wspierania wykonania zadania publicznego wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie realizacji,
- 7) analizę i ocenę realizacji zleconych zadań publicznych w przypadku oferenta, który w latach poprzednich realizował zlecone przez Krajowe Biuro zadania publiczne, biorąc pod uwagę rzetelność i terminowość oraz sposób rozliczenia otrzymanych na ten cel środków,
- 8) wielkość środków finansowych zaplanowanych przez Krajowe Biuro na realizację zadań w ramach niniejszego konkursu.

**Postępowanie konkursowe będzie prowadzone w terminie od 7 października 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku. Ogłoszenie o wynikach konkursu zostanie zamieszczone na stronie Krajowego Biura w terminie do dnia 31 grudnia 2011 r.**

# UDZIAŁ ORGANIZACJI W KREOWANIU POLITYKI NARKOTYKOWEJ



## RAPORT ŚWIATOWEJ KOMISJI POLITYKI NARKOTYKOWEJ

Światowa Komisja Polityki Narkotykowej (*Global Commission on Drug Policy*) ogłosiła niedawno raport na temat polityki narkotykowej, krytycznie odnoszący się do tzw. wojny z narkotykami (*War on Drugs*). Komisja zrzesza polityków najwyższego szczebla, m.in. głowy państw, byłych ministrów, wysokich rangą przedstawicieli organizacji międzynarodowych. Co ciekawe, duża jej część to przedstawiciele państw Ameryki Południowej, których charakteryzuje odmienne od europejskiego podejście do części zagadnień narkotykowych. Obok nich pod raportem podpisali się przedstawiciele Szwajcarii, Norwegii, Stanów Zjednoczonych, Pakistanu, Nigerii i Ghany.

Taki skład autorów tego dokumentu musiał wpłynąć na jego kształt. Z jednej strony wpisuje się on w nurt liberalizacji prawa, opowiadając się za dekriminalizacją i prezentując postawy permisywne wobec narkotyków – z drugiej zaś przedstawia tezy mało popularne, które mogłyby

uchodzić za zbyt dalekie od współczesnych trendów, jakie można zaobserwować w politykach poszczególnych państw wobec narkotyków. Podobna wyrazistość cechuje prezentowane tutaj organizacje partnerskie projektu, nastawione na aktywizację społeczeństwa, bądź wybranych grup, w celu wpływania na działania władz.

Więcej informacji na temat raportu i prac Komisji można znaleźć na stronie [www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org).

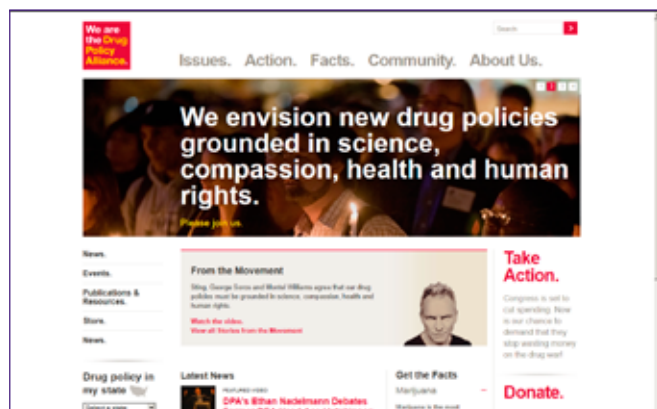


## TRANSNATIONAL INSTITUTE (TNI) – GLOBALNE PROBLEMY

Transnational Institute powstał w roku 1974 jako międzynarodowa sieć badaczy – aktywistów akademickich.

Obecnie zrzesza naukowców z różnych środowisk i zajmuje się wspieraniem badań dotyczących problemów globalnych i ich oddziaływania na poszczególne regiony świata. TNI nastawiony jest również na badanie wpływu tych problemów na życie codzienne lokalnych społeczności i możliwości podejmowania skutecznych interwencji. Obszary działania organizacji wymienione są na stronie [www.tni.org](http://www.tni.org), w zakładce *Work Areas*. Polityka narkotykowa jest tylko jednym z nich, obok m.in. zagadnień bezpieczeństwa (*Peace and Security*, *Burma Project*), równości (*Agrarian Justice*, *Water Justice*) czy ochrony środowiska. Zadaniem programu zatytułowanego „Narkotyki i demokracja” jest prowadzenie badań z zakresu polityki narkotykowej na świecie oraz nadzorowanie instytucji Narodów Zjednoczonych odpowiedzialnych

za tę politykę. Warto zajrzeć do działu *Drugs and Democracy*, ponieważ znalazły się tam ciekawe materiały informacyjne. Dotyczą one m.in. rozwiązań prawnych w różnych państwach, konfliktów społecznych i zagadnień bezpieczeństwa, „wojny z narkotykami” i in. Na stronie wyodrębniono też dział z publikacjami, w którym, obok broszur o substancjach psychoaktywnych, znaleźć można serie tematyczne poświęcone liberalizacji prawa, konfliktom na tle narkotykowym oraz bieżące informacje z całego świata.



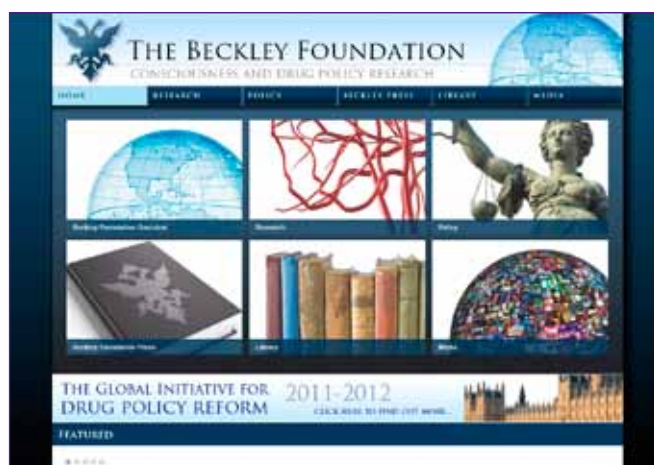
## DRUG POLICY ALLIANCE – ZRÓB TO SAM

Drug Policy Alliance to amerykańska organizacja, która przedstawia się jako oddolny ruch społeczny, krytycznie nastawiony wobec działań spod znaku „wojny z narkotykami” i walczący o zmianę prawa. Głównymi celami DPA są: ograniczenie zakresu i złagodzenie wymiaru kar ustawowych za pewne przestępstwa narkotykowe i włączenie społeczeństwa w walkę z niesprawiedliwymi decyzjami władz. Aktywizacja obywateli odbywa się na dwóch płaszczyznach. Pierwsza to zrzeszanie społeczności on-line. Odwiedzający stronę [www.drugpolicy.org](http://www.drugpolicy.org), mogą np. wysłać list do wybranego kongresmana na temat działań podejmowanych przez państwo w obszarze problematyki narkotykowej. Treść listu jest przygotowana przez autorów strony, ale każdy może go zmienić według własnych potrzeb. Aby wysłać list, trzeba tylko wpisać swoje dane i podać adresata.

Podobną, choć o bardziej satyrycznym zabarwieniu, akcją jest „wojna z narkotykami w 6 słowach”, czyli rodzaj tablicy ogłoszeń z prześmiewczymi hasłami, które na wskazany temat mogą wpisać internauci. Druga płaszczyzna oddziaływania dotyczy akcji podejmowanych w społecznościach lokalnych w realu. DPA dostarcza narzędzi w postaci instrukcji, jak prowadzić działalność lokalną w zakresie problemów społecznych, jak dotrzeć do osób decyzyjnych ze swoimi postulatami itp. Oprócz tego na stronie znajduje się forum dyskusyjne, do którego dołączyć można za pośrednictwem Facebooka lub Twittera, oraz dział z informacjami dla poszukujących pomocy prawnej lub specjalistycznej.



# UDZIAŁ ORGANIZACJI W KREOWANIU POLITYKI NARKOTYKOWEJ



## BECKLEY FOUNDATION – KONSORCJUM NAUKOWE

W nagłówku strony Fundacji [beckleyfoundation.org](http://beckleyfoundation.org) widnieje podtytuł „badania świadomości i polityka narkotykowa” (*consciousness and drug policy research*). Organizacja wspiera i promuje badania naukowe nad mózgiem w różnych stanach świadomości, m.in. podczas medytacji i pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Fundacja prezentuje się jako organizacja realizująca pionierskie projekty – np. badania nad psylocybiną w leczeniu uzależnień czy pierwsze na świecie badanie nad skutecznością medycznego oddziaływania cannabis, prowadzone na grupie 40 tys. pacjentów. W zakładce *Research* znajdują się odnośniki do działów poświęconych poszczególnym badaniom, m.in. nad LSD, cannabis, psylocybiną, ale też „mózgiem i czaszką” (*cranial compliance*). Ich tematyka obejmuje zagadnienia fizjologicznych reakcji na substancje psychoaktywne, ich wpływu na pamięć i kreatywność, zastosowań w medycynie. Na stronach wybranych badań znajduje

się forum dyskusyjne, natomiast opracowania umieszczono w Bibliotece. Informacja naukowa i upowszechnianie wyników badań prowadzonych na świecie są częścią misji fundacji. W Bibliotece znajduje się imponujący pod względem liczby zbiór odnośników do esejów i prac naukowych. Na tym polu Fundacja Beckley współpracuje z innymi organizacjami, udostępniając czytelnikom m.in. zasoby Albert Hoffman Foundation czy MAPS. Materiały są do pobrania w formacie pdf. Oprócz tego na stronie znajduje się dział mediów z wycinkami prasowymi, materiałami dźwiękowymi i filmowymi związanymi z działalnością Fundacji.



## COUNT THE COSTS – POLICZ KOSZTY

Projekt Count the Costs powstał w 2011 roku i ma na celu wywieranie wpływu na politykę narkotykową na świecie. Tytułowe koszty odnoszą się do ceny, jaką za realizację polityki „wojny z narkotykami” ponosi społeczność międzynarodowa oraz poszczególne państwa.

Materiały na stronie są wyraźnie nastawione na krytykę działań antynarkotykowych prowadzonych w ramach „wojny”. Z tej perspektywy rozpatrywane są problemy przestępczości zorganizowanej, ubóstwa niektórych regionów rolniczych czy marginalizacji społecznej.

Na stronie [countthecosts.org](http://countthecosts.org) znajduje się siedem działów, które odpowiadają siedmiu najpoważniejszym skutkom „walki z narkotykami”. Należą do nich: osłabienie rozwoju i bezpieczeństwa państwa, łamanie praw człowieka, stygmatyzacja i dyskryminacja, zagrożenie dla zdrowia publicznego, bogacenie się przestępców, deforestacja i zanieczyszczenie środowiska oraz pranie brudnych pieniędzy. Zasięg tych negatywnych skutków jest olbrzymi, dlatego intencją autorów strony jest dotarcie z informacją o nieskuteczności realizowanych strategii działań

w obszarze przeciwdziałania narkomanii do jak największej liczby ludzi. Przy okazji wzywają oni do aktywnego uczestniczenia w tworzeniu bazy informacji na temat skutków prowadzonych działań. Oprócz zakładki „siedmiu kosztów”, na stronie znalazły się też narzędzia do ich oceny, materiały medialne oraz przykłady alternatywnych wobec kryminalizacji rozwiązań prawnych.

FN



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Serwis Informacyjny NARKOMANIA jest notowany na liście Index Copernicus.

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: 22 621 27 98

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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne