



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (56) 2011

NR 4

2011

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

w związku z zakończeniem 5-letniego okresu realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 przedstawiamy skrót sprawozdania z wykonania Programu. Prezentowane w sprawozdaniu dane statystyczne stacjonarnego leczenia psychiatrycznego pokazują, że w latach 2006–2008 odnotowano początkowy spadek, a potem stabilizację liczby osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków. Podsumowując także wyniki reprezentatywnych badań młodzieży, należy zauważyć, że ogólnie mamy do czynienia ze stabilizacją lub lekkim spadkiem trendów dotyczących używania przez nią większości narkotyków. Sprawozdanie omawia również rodzaje i skalę działań podejmowanych w obszarze profilaktyki oraz leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych.

W kontekście danych ze sprawozdania interesującym ich uzupełnieniem dotyczącym doświadczeń młodzieży z narkotykami jest artykuł Marty Struzik „Młodzi Europejczycy a narkotyki”. Porównanie wskaźnika używania przez młodzież w różnych krajach europejskich przetworów konopi (Eurobarometr 2011) pokazuje, że Polska lokuje się na poziomie średniej europejskiej ze względu na odsetki młodzieży bez doświadczeń z konopiami (72%) oraz mającej doświadczenia z nimi w ciągu ostatnich 12 miesięcy (14%).

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie w grudniu 2011 roku, ożywiła dyskusję wokół prawa antynarkotkowego. Nowelizacja przewiduje, że w określonych okolicznościach prokurator i sąd będą mogli odstąpić od ścigania za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek. Z drugiej strony nowelizacja zwiększa kary za posiadanie i handel narkotykami. Wobec tych zmian, warto sięgnąć po artykuł Katarzyny Syroki, szczegółowo omawiający regulacje prawa karnego wobec sprawców uzależnionych od narkotyków. Innym głosem w dyskusji na temat depenalizacji tzw. narkotyków miękkich jest artykuł Roberta Rejniaka, opisujący – na podstawie własnej praktyki klinicznej – działanie oraz wpływ marihuany na funkcjonowanie i zachowanie człowieka. Ten wpływ jest zdaniem autora znaczący i jednoznacznie negatywny. Co więcej, regularne palenie marihuany, podobnie jak systematyczne i intensywne zażywanie różnych substancji o działaniu euforyzującym, może prowadzić do zespołu uzależnienia.

Artykuł Bohdana Woronowicza „Hazard – nowe wyzwanie” kontynuuje podjętą przez Krajowe Biuro, w związku z powstaniem Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, tematykę uzależnień behawioralnych. Analizując cechy różnych uzależnień, autor uzasadnia tezę, że uzależnienia behawioralne i chemiczne są podobne; podobne są podstawowe założenia procesu psychoterapii prowadzonej w odniesieniu do patologicznego hazardu oraz uzależnienia od alkoholu i od leków.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Polityka narkotykowa

REALIZACJA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2006–2010	2
--	---

Akcje społeczne

NARKOTYKI? NA CO MI TO! <i>Danuta Muszyńska</i>	10
--	----

Uzależnienia behawioralne

HAZARD – NOWE WYZWANIE <i>Bohdan T. Woronowicz</i>	12
---	----

KALENDARIUM WYDARZEŃ	17
----------------------------	----

Prawo

MARIHUANA – ZA I PRZECIW <i>Robert Rejniak</i>	19
---	----

REGULACJE PRAWA KARNEGO WOBEC SPRAWCÓW UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW <i>Katarzyna Syroka</i>	25
--	----

Badania, raporty

RAPORT EUROBAROMETRU 2011 „MŁODZI EUROPEJCZYCY A NARKOTYKI” <i>Marta Struzik</i>	31
---	----

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE CZ. I <i>Artur Malczewski</i>	37
--	----

Społeczności lokalne

PROBLEM NARKOTYKOWY W RADOMIU – WYNIKI MONITORINGU <i>Elżbieta Swend, Justyna Senator, Monika Łochowska-Maj, Amelia Miernik</i>	43
--	----

Internet

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE W INTERNECIE	III okładka
FILMY DOKUMENTALNE ON-LINE	IV okładka

Priorytetowym działaniem określonym w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 był między innymi rozwój leczenia substytucyjnego. W tym okresie Krajowe Biuro udzieliło dotacji na realizację 11 programów substytucyjnych. Dzięki temu znacznie wzrosła liczba pacjentów korzystających z tego typu leczenia – z 1221 osób w 2006 roku do 2114 w 2010 roku. Nadal jednak w pięciu województwach nie ma możliwości skorzystania z leczenia substytucyjnego.

REALIZACJA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2006–2010

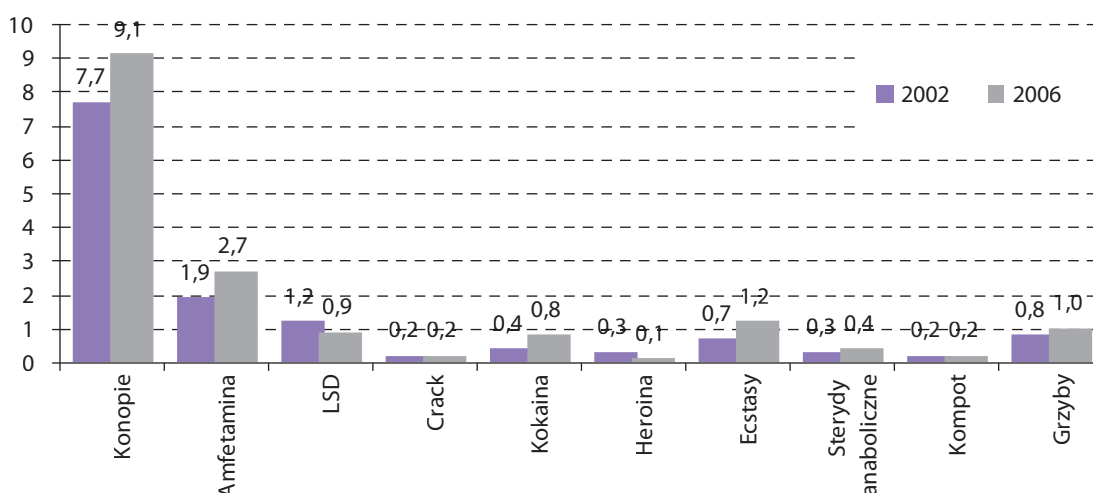
Podstawę do działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Polsce stanowi Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii (dalej: Krajowy Program). Zgodnie z treścią art. 7 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii¹, przedmiotowy program określa w szczególności kierunki i rodzaje działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, kierunki działań przewidzianych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego w obszarze przeciwdziałania narkomanii, harmonogram przyjętych aktywności, cele, sposoby ich osiągania oraz ministrów odpowiedzialnych za ich realizację, a także podmioty właściwe do podejmowania określonych działań. Koszty realizacji zadań wynikających z Krajowego Programu są finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są właściwi ministrowie odpowiedzialni za realizację określonych działań. Warto w tym kon-

tekście zauważyć, że Rada Ministrów określa w drodze rozporządzenia Krajowy Program, uwzględniając zagadnienia, o których mowa powyżej, biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną w zakresie zagrożeń narkomanią oraz strategię działań wynikających z Europejskiego Planu Walki z Narkotykami.

27 czerwca 2006 roku Rada Ministrów wydała rozporządzenie w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010², które weszło w życie 25 sierpnia 2006 roku. Ogólnym celem programu było ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Założono, że cel ten będzie realizowany w pięciu obszarach:

- profilaktyka;
- leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna;
- ograniczenie podaży;

Wykres 1. Używanie poszczególnych substancji kiedykolwiek w życiu – odsetki badanych w wieku 16-64 lata



Źródło: „Substancje psychoaktywne postawy i zachowania – raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 r.”, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2006.

- współpraca międzynarodowa;
- badania i monitoring³.

Niniejszy artykuł dotyczy realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2006–2010 i został przygotowany w oparciu o sprawozdanie z wykonania tegoż programu.

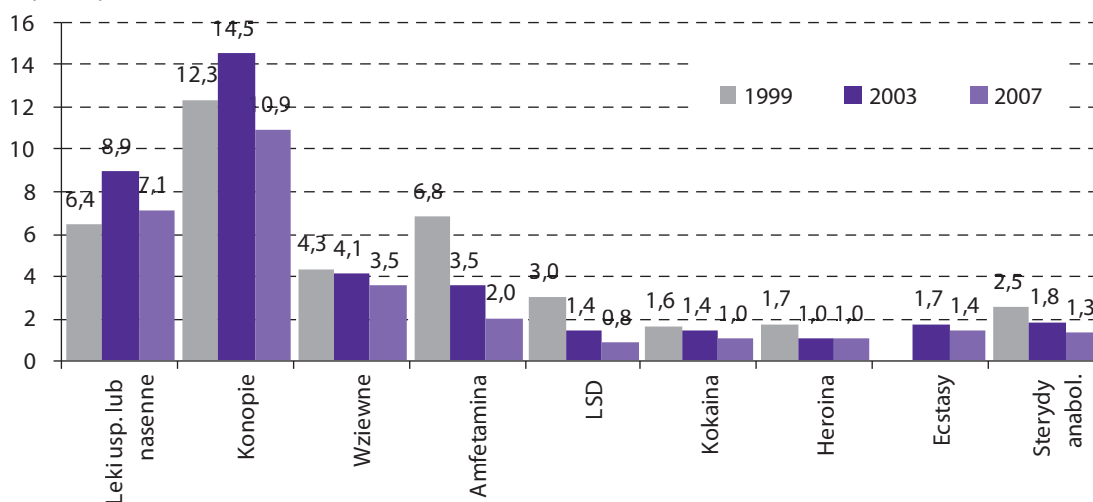
Badania statystyczne⁴

Źródłem wiedzy o zjawisku używania narkotyków w naszym kraju są badania przeprowadzane na ogólnopolskiej losowej próbie dorosłych mieszkańców (tzw. badania populacji generalnej) oraz badania szkolne. Analiza wyników badań z lat 2006–2010

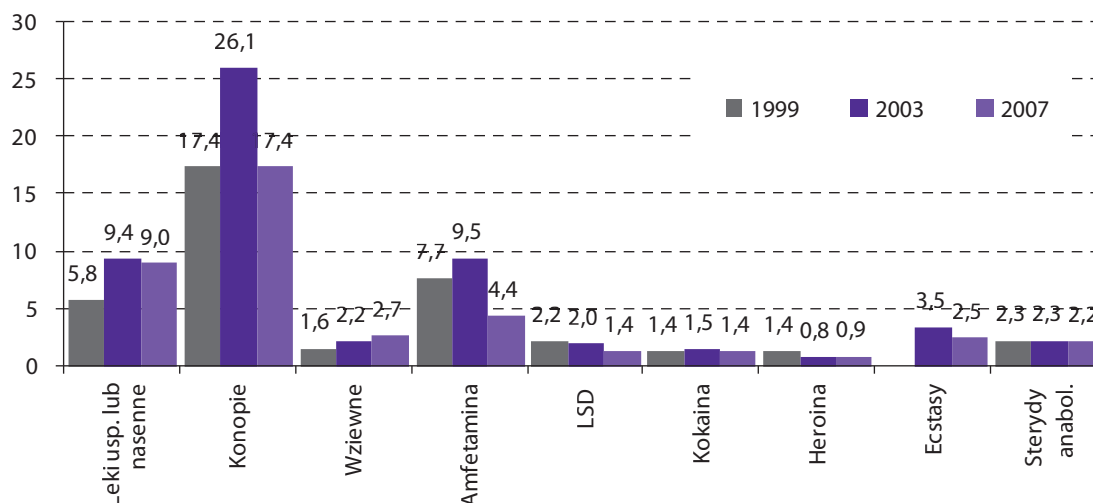
wskazuje, że używanie nielegalnych substancji było bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt, przy czym narkotyki w Polsce stanowią problem nie tylko dla młodzieży, ale są również obecne w świecie dorosłych. Najpowszechniej używaną substancją były przetwory konopi, względnie często pojawiała się również amfetamina i ecstazy, co obrazują wykresy 1, 2 i 3.

Od 1994 roku w ramach badań przeprowadzanych wśród młodzieży szkolnej w wieku 18-19 lat mierzona jest ocena dostępności narkotyków. W roku 1994 co piąty respondent (22%) wiedział, od kogo lub gdzie można kupić narkotyki, zaś w roku 2003 – była to już niemal połowa badanych (49%). W 2008 roku

Wykres 2. Odsetki uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wyniki badania ESPAD



Wykres 3. Odsetki uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wyniki badania ESPAD



odsetek ten wyniósł 35%. Jednocześnie w 2008 roku zwiększyła się (do 40%) grupa młodych ludzi deklarujących, że nie wiedzą, gdzie można kupić narkotyki. W 2010 roku odsetek takich wskazań utrzymał się na zbliżonym poziomie (38%).

Warto zauważyć, że od roku 1994 systematycznie wzrastała liczba uczniów, którym oferowano kupno narkotyków. Najwyższy poziom osiągnęła w 2003 roku, kiedy to blisko połowa badanych (47%) miała takie propozycje. Od tego czasu odsetek respondentów, którym oferowano nabycie narkotyków, zaczął spadać. O ponad połowę zmniejszył się odsetek uczniów, którym często składano takie propozycje – z 14% w roku 2003 do 6% w roku 2010.

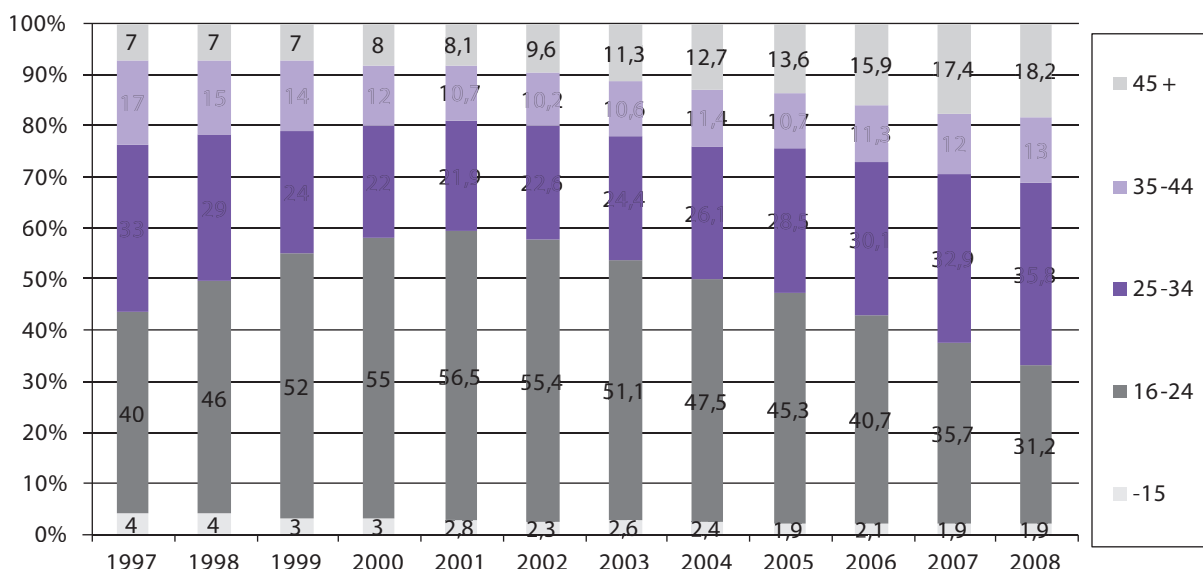
Należy pamiętać, że używanie narkotyków rodzi konsekwencje natury zdrowotnej. W tym zakresie również prowadzono badania, które polegały na zbieraniu danych statystycznych stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Ich analiza pokazuje trendy w rozwoju zjawiska narkomanii rozumianego jako regularne używanie narkotyków, powodujące poważne problemy, m.in. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Liczba osób leczonych w specjalistycznych placówkach i w oddziałach szpitalnych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych do roku 2005 stopniowo rosła. W latach 2006–2008 odnotowano początkowy spa-

dek, a potem stabilizację liczby osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków (wykres 4).

W latach 2006–2008 najliczniejszą pozostawała grupa osób z problemem opiatów (17,2% w 2008 roku), następne w kolejności pod względem liczebności były grupy osób nadużywających leków uspokajających i nasennych (11,0% w 2008 roku), środków z grupy amfetamin (4,4% w 2008 roku) i przetworów konopi (2,9% w 2008 roku). Pozostałe kategorie substancji wynosiły ok. 1%. Większość pacjentów (63,2% w 2008 roku) znajduje się jednak w kategorii „substancje mieszane i nieokreślone” – wykres 5.

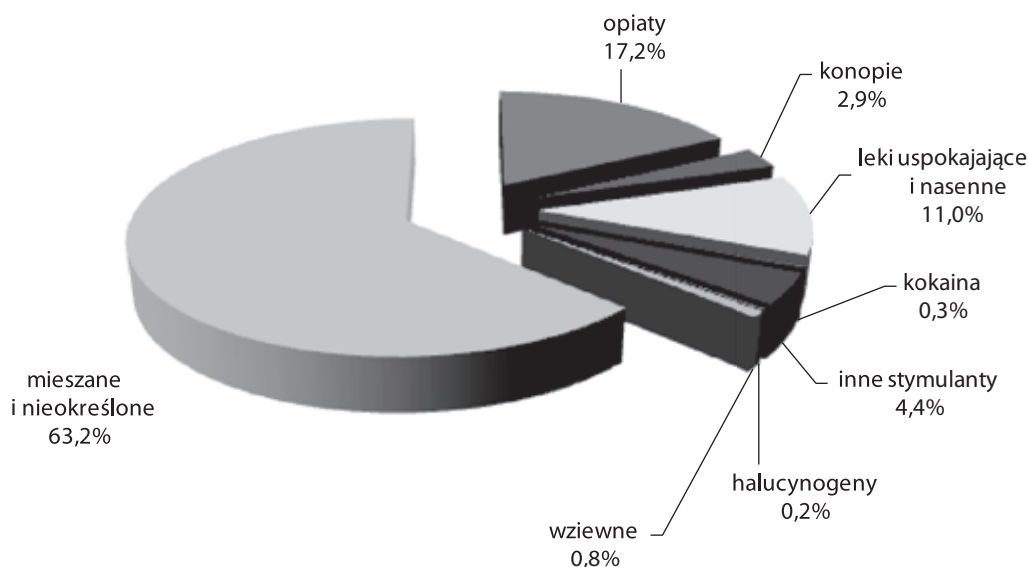
Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby infekcyjne. Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznych zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, pochodzą z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Z informacji zawartych w sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2006–2010 wynika, że skala zjawiska chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków wskazuje na stabilizację lub trend spadkowy. W latach 2006–2010 utrzymał się trend spadkowy dotyczący nowych przypadków zakażeń

Wykres 4. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w latach 1997–2008 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wg wieku)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2010).

Wykres 5. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2008 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji (wg typu substancji)



Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii (2010).

HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Po fluktuacji w 2007 roku, w latach 2008–2010 stabilny był także trend zachorowań na AIDS w grupie użytkowników narkotyków. W tendencję stabilną wpisał się także w latach 2006–2008 trend zgonów związanych z używaniem narkotyków. W 2006 roku zarejestrowanych zostało 241 takich przypadków, a w 2007 roku – 214. W 2008 roku nastąpił niewielki wzrost zgonów do 242 przypadków. Wśród osób, które śmiertelnie przedawkowały narkotyki, 44 były w wieku poniżej 25 lat (ok. 19%). Zgony częściej dotyczyły mężczyzn. Stanowili oni 56% całej grupy, która została odnotowana w bazie Głównego Urzędu Statystycznego (wykres 6).

Obszar profilaktyki

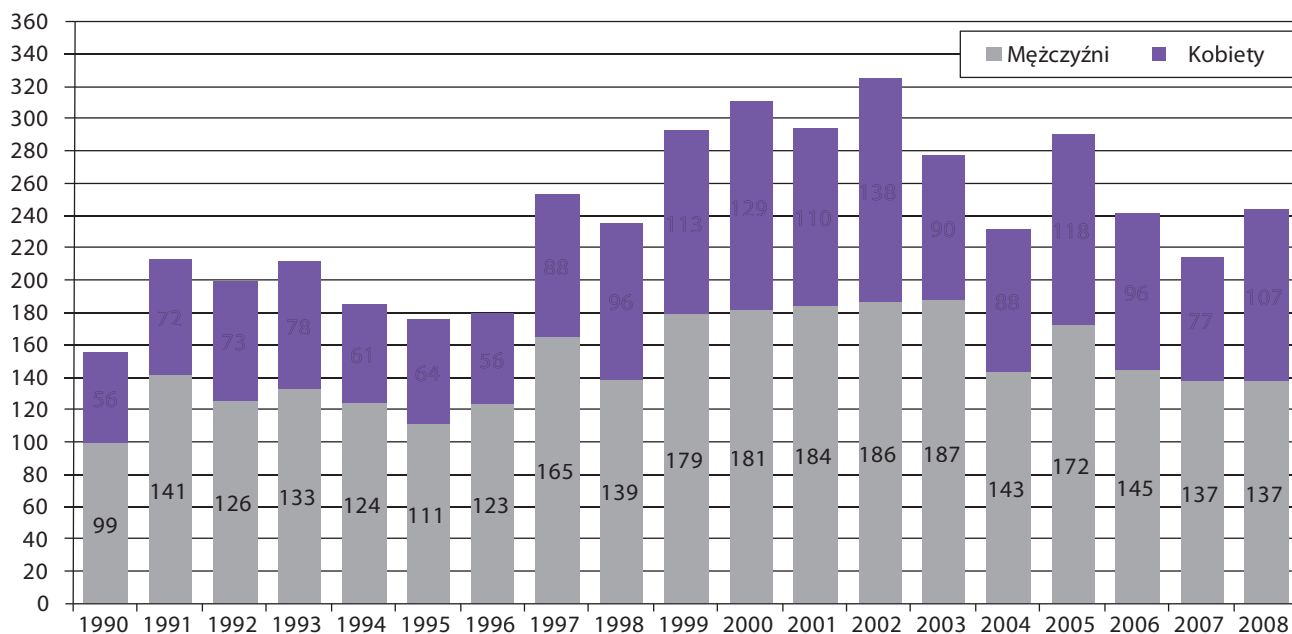
Cel Krajowego Programu w obszarze profilaktyki realizowany był w ramach trzech kierunków działań: zwiększenie zaangażowania administracji rządowej w przeciwdziałanie narkomanii oraz wspieranie rozwoju lokalnej polityki przeciwdziałania narkomanii, podniesienie jakości programów profilaktycznych oraz wojewódzkich, gminnych programów przeciwdziałania narkomanii stanowiących część wojewódzkich i gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych, jak również podniesienie

poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku.

Najważniejsze rezultaty osiągnięte na tym polu obejmowały następujące obszary aktywności:

- opracowanie i wdrożenie programów przeciwdziałania narkomanii na poziomie województwa i gminy;
- zasięg programów profilaktycznych realizowanych na poziomie wojewódzkim i lokalnym wspieranych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- zaangażowanie organizacji pozarządowych w realizację gminnych programów przeciwdziałania narkomanii;
- opracowanie i wdrożenie programów ograniczania popytu na narkotyki przez właściwych ministrów;
- realizacja projektów pilotażowych;
- wsparcie realizacji programów profilaktycznych;
- wsparcie realizacji programów profilaktycznych w szkołach i placówkach systemu oświaty;
- podniesienie wiedzy na temat problematyki ograniczania popytu na narkotyki, w tym zasad konstruowania lokalnych strategii profilaktycznych, standardów programów i ewaluacji;
- opracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów profilaktycznych;

Wykres 6. Liczba zgonów z powodu używania narkotyków w latach 1990–2008 (zgony wg kodów ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14) – wg płci



Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego opracowane przez CINN.

- podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemu narkomanii.

Warto podkreślić, że zwiększenie świadomości w zakresie problemu narkomanii jest niezwykle istotne. Ma ono wymiar wielopłaszczyznowy, dlatego też działania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2006–2010 miały charakter ogólnopolskich kampanii społecznych o charakterze edukacyjnym, informacyjnym bądź profilaktycznym. Zorganizowano kampanię „Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, której celem była poprawa komunikacji w rodzinie oraz upowszechnienie wiedzy na temat zagrożeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. W miejscach imprez młodzieżowych, w ramach kampanii „Pilnuj drinka”, ostrzegano o zagrożeniach spowodowanych substancjami używanymi w celach przestępczych do oszołomienia potencjalnej ofiary gwałtu, kradzieży itp. poprzez dodanie tych substancji do napojów. Ostrzegano także polskich turystów podróżujących za granicę przed nieświadomym przemytem narkotyków (kampania „Czy wiesz, co przewozisz”). W ramach realizacji Krajowego Programu podjęto niezwykle ważny społecznie problem, tj. prowadzenia pojazdów przez kierowców pod wpływem narkotyków – mówiła o tym kampania „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach

rozum wysiada”. Zwiększano również świadomość polskich obywateli w zakresie działań i skutków zdrowotnych używania dopalaczy („Dopalacze mogą Cię wypalić – poznaj fakty”).

Podsumowując realizację Krajowego Programu w latach 2006–2010, nie sposób nie zwrócić uwagi na akcję promocyjną oraz działania szkoleniowe w ramach projektu realizowanego w latach 2006–2007 „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym”, koordynowanego przez Krajowe Biuro i sfinansowanego ze środków programu Transition Facility 2004. W trakcie realizacji projektu 450 gmin opracowało własne Gminne Programy Przeciwdziałania Narkomanii; wydano podręcznik pt. „Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii”, który trafił do wszystkich gmin w Polsce. Począwszy od 2006 roku następował także sukcesywny wzrost nakładów przeznaczanych przez gminy na realizację Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii.

W latach 2007–2010 wszystkie samorządy województw utworzyły oraz wdrażały Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii. Środki finansowe przeznaczone na ich funkcjonowanie stopniowo rosły w kolejnych latach realizacji Krajowego Programu.

Wsparcie szkół i placówek oświatowych realizujących programy profilaktyki pierwszorzędowej zapewniło Ministerstwo Edukacji Narodowej i Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej poprzez prowadzenie konsultacji merytorycznych, organizowanie konferencji i szkoleń oraz prowadzenie Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych. Przeszkolono także grupę trenerów i realizatorów programów profilaktycznych o sprawdzonej skuteczności, „Przyjaciele Zippiego”, „Szkolna Interwencja Profilaktyczna”, „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. Z kolei Instytut Psychiatrii i Neurologii zorganizował szkolenia dla różnych grup odbiorców w obszarze ograniczania popytu na narkotyki, a także poświęcone metodzie interwencji skierowanej do uczniów używających substancji psychoaktywnych, promocji zdrowia psychicznego oraz zasadom konstruowania lokalnych strategii profilaktycznych. Na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Instytut Psychiatrii i Neurologii opracował testy umożliwiające diagnozę problemowego używania marihuany i problemowego używania narkotyków (PUM i PUN)⁵. Ponadto Krajowe Biuro prowadziło liczne szkolenia, których adresatami byli przedstawiciele organizacji pozarządowych, autorzy i realizatorzy programów przeciwdziałania narkomanii⁶.

Na dużą aprobatę zasługuje aktywność Ministerstwa Edukacji Narodowej, które w roku 2010 opracowało program „Plan działań z zakresu profilaktyki narkomanii w 2010 roku”. Ponadto uzupełniono plan nadzoru pedagogicznego o nowy kierunek realizacji polityki oświatowej przez kuratorów oświaty w roku szkolnym 2010/2011, dotyczący monitorowania realizacji działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym współpracy z wyspecjalizowanymi instytucjami oraz wykorzystywanie przygotowanych przez nie ofert i materiałów.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wspierało także programy profilaktyczne, m.in. dla osób zagrożonych narkomanią, eksperymentujących z narkotykami; dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję; dla rodzin osób zagrożonych narkomanią i używających narkotyków (w latach 2006–2010 – 853 programy). Liczba odbiorców tych programów wyniosła ok. 500 tys. osób.

Z kolei liczba szkolnych i pozaszkolnych programów profilaktycznych wspieranych przez samorządy województw w latach 2006–2010 wyniosła ok. 1400 (liczba odbiorców ok. 525 tys. osób). Z kolei liczba programów profilaktycznych wspieranych przez samorządy gmin w latach 2006–2010 to ok. 45 168 programów (liczba odbiorców 30 851 000 osób).

Począwszy od 2008 roku Fundacja Maraton rozpoczęła wdrażanie programu profilaktyki uniwersalnej, adresowanego do całej rodziny, pod nazwą „Program Wzmacniania Rodziny”. Celem programu jest ograniczenie picia alkoholu i używania narkotyków przez młodzież w wieku 10–14 lat. W roku 2010 Krajowe Biuro rozpoczęło prace nad implementacją programu profilaktycznego „Unplugged”, opracowanego w ramach międzynarodowego projektu EUDAP. Jest to program profilaktyki uniwersalnej, oparty na modelu wszechstronnego wpływu społecznego, którego adresatami są uczniowie szkół gimnazjalnych⁷. W obszarze profilaktyki selektywnej (drugorzędowej) Krajowe Biuro zainicjowało, wdrożyło i upowszechniło program wczesnej interwencji „FreD goes net”, skierowany do młodych użytkowników substancji psychoaktywnych, w ramach międzynarodowego projektu dofinansowywanego przez Unię Europejską ze środków Programu Zdrowia Publicznego (Public Health Programme).

Obszar leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej

Cel Krajowego Programu w obszarze leczenia realizowany był w ramach trzech kierunków działań: polepszanie jakości postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych, poprawa dostępności świadczeń oraz podnoszenie kwalifikacji personelu prowadzącego leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód.

Najważniejsze rezultaty osiągnięte w tym obszarze obejmowały:

- rozwój leczenia substytucyjnego;
- opracowanie dokumentów zawierających standardy leczenia;
- opracowanie systemu akredytacji placówek uprawnionych do prowadzenia leczenia

- i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz szkodliwie ich używających;
- opracowanie programów ewaluacji usług leczniczych, rehabilitacyjnych i programów ograniczania szkód zdrowotnych;
- upowszechnianie informacji o placówkach leczniczych;
- rozwój ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- wspieranie realizacji programów ograniczania szkód zdrowotnych;
- opracowanie modelu zalecanej sieci minimalnego zabezpieczenia potrzeb w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków i używających ich w sposób szkodliwy;
- rozwój programów leczniczych w placówkach penitencjarnych;
- zwiększenie dostępności programów leczenia i zapobiegania chorobom zakaźnym;
- podniesienie kwalifikacji w zakresie problematyki narkomanii wśród osób pracujących w ochronie zdrowia.

Priorytetowym działaniem określonym w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii był rozwój leczenia substytucyjnego. Mając to na uwadze, w latach 2006–2010 Krajowe Biuro udzieliło dotacji na realizację 11 programów w ramach zadania konkursowego „Wsparcie programów leczenia substytucyjnego”. Dofinansowanie przeznaczone było na wzbogacenie działań skierowanych do uczestników programów leczenia substytucyjnego o ofertę poprawiającą jakość ich życia. Realizowano zajęcia informacyjno-edukacyjne, warsztaty wspierające alternatywny styl życia oraz odbudowanie więzi rodzinnych. Szkolono także realizatorów nowych programów substytucyjnych. Dzięki działaniom podejmowanym w tym zakresie, widoczny jest wzrost liczby pacjentów substytucyjnych⁸: w 2006 roku było ich 1221 osób, w 2010 roku 2114 osób⁹, a to oznacza 73-procentowy wzrost. Ponadto zwiększyła się liczba placówek, w których prowadzone są programy metadonowe. W 2006 roku były one prowadzone w 12 placówkach, a w roku 2010 liczba ta wyniosła 18. Nadal jednak w pięciu województwach (pomorskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim, podkarpackim i opolskim) nie ma możliwości skorzystania z leczenia substytucyjnego. Warto zauważyć, że Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ finansuje aż 50% wszyst-

kich świadczeń z zakresu leczenia substytucyjnego w Polsce.

W okresie realizacji Krajowego Programu w niewielkim stopniu zwiększyła się także liczba pacjentów leczonych w placówkach penitencjarnych, natomiast liczba oddziałów terapii nastawionej na abstynencję (tzw. drug free) nieznacznie spadła. Zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniu, obecnie Służba Więzienna poszerza formy pomocy osobom z problemem narkotykowym o terapię krótkoterminową oraz krótką interwencję. Wzrosła zarówno liczba programów leczenia substytucyjnego, jak i miejsc oraz pacjentów tych programów. W roku 2006 prowadzono pięć tego typu programów, którymi objętych było zaledwie 45 pacjentów. W ostatnim roku sprawozdawczym funkcjonowało łącznie siedem programów leczenia substytucyjnego, realizowanych w 22 jednostkach penitencjarnych. Dysponowały one już łącznie 290 miejscami, a leczyło się w nich 237 pacjentów. Obecnie brak jest kolejek osób oczekujących na przyjęcie do programów leczenia substytucyjnego.

W ramach realizacji Krajowego Programu minister zdrowia powołał Zespół ds. opracowania standardów i systemu akredytacji, który przygotował standardy świadczeń zdrowotnych dla placówek stacjonarnych, ambulatoryjnych, oddziałów dziennych oraz procedury akredytacyjne. Opracowano także system akredytacji placówek uprawnionych do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz szkodliwie ich używających. Jednostką odpowiedzialną za wdrożenie systemu akredytacji będzie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w ramach prowadzonych corocznie otwartych konkursów ofert, udzielało dotacji na realizację programów z zakresu ograniczania szkód zdrowotnych wśród osób uzależnionych od narkotyków¹⁰. Prowadzono również programy wymiany igieł i strzykawek, w ramach których wymieniono ok. 2 mln igieł i 1,6 mln strzykawek. Od roku 2000 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wydaje ponadto w formie książkowej oraz elektronicznej informator „Narkomania – Gdzie szukać pomocy?”, zawierający informacje o placówkach leczniczych i rehabilitacyjnych udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. W okresie

obowiązywania Krajowego Programu wydano dwie jego edycje.

Na pozytywną ocenę zasługuje fakt, iż w ciągu pięciu lat obowiązywania Krajowego Programu wzrosła liczba punktów konsultacyjno-diagnostycznych (z 17 do 27), w których wykonywano testy w kierunku HIV. Wzrosła także liczba placówek świadczących terapię antyretrowirusową (ARV) – z 12 do 14, oraz liczba pacjentów stosujących narkotyki dożylnie leczących się w tychże placówkach.

Wśród działań przewidzianych w Krajowym Programie znalazło się również prowadzenie szkolenia z zakresu problematyki narkomanii dla różnych grup zawodowych mających kontakt z użytkownikami narkotyków: lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, lekarzy specjalistów chorób zakaźnych, pediatrii oraz położnictwa, pielęgniarek, specjalistów i instruktorów terapii uzależnienia od narkotyków, realizatorów programów redukcji szkód. W okresie realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 organizowano certyfikowane szkolenia w zakresie instruktora i specjalisty terapii uzależnień, które otrzymały rekomendację dyrektora Krajowego Biura¹¹. W latach 2006–2010 tytuł specjalisty terapii uzależnień uzyskały 682 osoby, zaś tytuł instruktora 223 osoby.

Główną grupą zawodową, która uczestniczyła w szkoleniach na temat problematyki narkomanii, organizowanych przez Krajowe Biuro, Naczelną Radę Lekarską czy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, były pielęgniarki, niestety, lekarze brali w nich udział w znikomej liczbie. W ramach prowadzonej ewaluacji KPPN ustalono, iż bardziej skutecznym sposobem wdrożenia powyższego zadania w przyszłości będzie zgłoszenie szkoleń Naczelnej Radzie Lekarskiej i Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego w celu wpisania ich na listę szkoleń punktowanych, poszerzenie zakresu już istniejących szkoleń i kursów specjalistycznych skierowanych do lekarzy o tematykę przeciwdziałania narkomanii, wprowadzenie problematyki narkomanii do kongresów medycznych organizowanych przez pisma naukowe skierowane do lekarzy (kongresy takie są wysoko punktowane) oraz utworzenie platformy e-learningowej, która by zawierała punktowane kursy dotyczące narkomanii. Kursy takie cieszą się dużym zainteresowaniem w środowisku lekarzy ze względu na możliwość dostępu do nich w dogodnym czasie.

Zakończenie

Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 utraciło moc 31 grudnia 2010 roku. Cele, które zostały w nim postawione przez ustawodawcę, zostały w znacznej mierze osiągnięte. Obszary, w których niezbędna jest dalsza aktywność, będą mogły zostać urzeczywistnione w nowym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, zgodnie z treścią Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku¹², które weszło w życie 28 kwietnia 2011 roku.

Redakcja

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005.179.1485 z późn. zm.).
- ² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz. U. 2006.143.1033).
- ³ W treści rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 znajdują się szczegółowe informacje dotyczące działań i narzędzi, które miały posłużyć osiągnięciu celu ogólnego. Ponadto dla każdego z pięciu obszarów działań sformułowano cel główny, którego urzeczywistnienie również miało przyczynić się do zrealizowania celu ogólnego.
- ⁴ Szczegółowe dane statystyczne znajdują się w sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010.
- ⁵ Wyniki badań ewaluacyjnych pokazują, że testy mogą być narzędziem ułatwiającym diagnozę, nawiązanie kontaktu z nastolatkiem oraz współpracę z rodzicami.
- ⁶ Szkolenie „Standardy programów profilaktycznych” miało na celu podniesienie wiedzy i umiejętności osób pracujących w obszarze przeciwdziałania narkomanii w zakresie tworzenia i realizacji programów profilaktycznych. Szkolenie „Ewaluacja programów przeciwdziałania narkomanii – prowadzenie badań” miało na celu poszerzenie wiedzy na temat ewaluacji oraz doskonalenie umiejętności niezbędnych do planowania i prowadzenia badań ewaluacyjnych.
- ⁷ W 2010 roku przeszkolono trenerów programu odpowiedzialnych za koordynację i dalsze jego upowszechnianie we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ośrodkiem Rozwoju Edukacji Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- ⁸ Wzrastała wysokość nakładów finansowych przeznaczanych na leczenie substytucyjne. W pierwszym roku (2006) kwota ta wynosiła 6 262 311 zł, natomiast w ostatnim roku (2010) była to kwota o 164% wyższa i wynosiła 16 536 143 zł.
- ⁹ Oznacza to, że w 2010 roku leczeniem substytucyjnym objętych było ok. 8% osób uzależnionych od opioidów.
- ¹⁰ W kolejnych latach, począwszy od roku 2007, kwoty udzielanych dotacji wzrastały o kilka procent (od 3% do 7%).
- ¹¹ W trakcie obowiązywania Programu szkolenia certyfikacyjne prowadziło pięć podmiotów: Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii oraz Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna.
- ¹² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. 2011.78.428).

Kampania „Narkotyki? Na co mi to!” jest pierwszą w Polsce kampanią antynarkotykową uwzględniającą normatywny wpływ otoczenia społecznego na używanie narkotyków przez młodzież. Podstawą do budowania strategii komunikacji było założenie, że uznawanie za normy pewnych powszechnych opinii wpływa na postawy i zachowania, zwłaszcza młodych ludzi. Błędne przeświadczenia co do skali używania narkotyków przez młodzież mogą wpływać na ich decyzje dotyczące sięgania po te substancje.

NARKOTYKI? NA CO MI TO!

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Główny przekaz tegorocznej kampanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii głosi, że większość młodych ludzi w Polsce nie używa narkotyków. Ten bardzo pozytywny komunikat od dawna znajduje potwierdzenie w wynikach badań epidemiologicznych, jednak w powszechnej opinii mocno ugruntowało się przeświadczenie o zażywaniu narkotyków przez większość młodzieży. To nieprawdziwe przekonanie wśród polskiego społeczeństwa pojawiło się z początkiem lat 90., kiedy skala rozpowszechnienia narkotyków wśród młodzieży rzeczywiście z roku na rok rosła, a media były na alarm. Wzrostowe trendy udało się w końcu zahamować i po 2003 roku odnotowany został spadek zażywania poszczególnych środków psychoaktywnych, a obecnie można powiedzieć, że sytuacja na scenie narkotykowej w Polsce jest stabilna. Jednak w społecznej świadomości pozostał stereotyp młodzieży powszechnie używającej narkotyków.

Wyniki badań pokazują spadek konsumpcji narkotyków przez młodzież, ale wskazują również na pewne zmiany postaw młodych osób wobec ich używania. Z badań wynika, że posiadają oni coraz większą wiedzę na temat narkotyków i skutków ich używania, a same narkotyki w opinii młodzieży spowszedniały i przestały być społecznym tematem tabu. Wydaje się zatem, że jest to najbardziej odpowiedni moment, aby wzmacniać postawy i przekonania tych młodych ludzi, którzy nie używają narkotyków, a osoby używające skłaniać do refleksji i zachęcać do wyboru życia bez narkotyków. Te wszystkie przesłanki stały się właśnie fundamentem, rozpoczętej 20 czerwca 2011 roku, kampanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii pod hasłem „Narkotyki? Na co mi to!”.

Przedsięwzięcie to skierowane jest przede wszystkim do młodzieży, głównie przed inicjacją narkotykową, ale także

do osób już eksperymentujących z narkotykami, oraz do rodziców i opiekunów. Głównym celem kampanii jest zmiana fałszywego przekonania dotyczącego skali używania narkotyków poprzez upowszechnianie aktualnych wyników badań epidemiologicznych i uświadomienie społeczeństwu, że większość młodych ludzi nie używa narkotyków, a także zwrócenie uwagi mediów na ich znaczącą rolę w kształtowaniu przekonań społecznych. Jest to pierwsza w Polsce kampania antynarkotykowa uwzględniająca normatywny wpływ otoczenia społecznego na używanie narkotyków przez młodzież. Podstawą do budowania strategii komunikacji było założenie, że uznawanie za normy pewnych powszechnych opinii wpływa na postawy i zachowania, zwłaszcza młodych ludzi. Błędne przeświadczenia co do skali używania narkotyków przez młodzież mogą wpływać na ich decyzje dotyczące sięgania po narkotyki. Z jednej strony zaplanowano więc działania korygujące błędne przekonania, z drugiej natomiast działania w kierunku modelowania pozytywnych postaw wśród młodzieży. Jest to więc także pierwsza ogólnopolska kampania antynarkotykowa adresowana do młodzieży, która promuje zdrowy styl życia i pokazuje, że można żyć, bawić się, uczyć czy pracować bez wspomagania się środkami psychoaktywnymi. Kampania „Narkotyki? Na co mi to!” ma uświadomić młodym ludziom, że moda na narkotyki przeminęła i jednocześnie zachęcać do aktywności, twórczości i do dzielenia się z innymi swoimi zainteresowaniami.

Twarzami kampanii są młode, autentyczne osoby, które żyją z pasją. Maciek – mistrz Polski w penspiningu, Przemek – deskorolkarz, Matylda – rowerzystka i Róża – tancerka hip-hopu, to bohaterowie m.in. spotu telewizyjnego, plakatów i innych nośników reklamowych, którzy zostali wybrani w drodze castingu. Jednym z najbardziej znaczących elementów tej kampanii jest

strona internetowa działająca pod adresem www.nacomito.com.pl, której interaktywny charakter umożliwia młodzieży współtworzenie tej strony, a zarazem kampanii. Strona jest rozbudowana, podzielona na trzy sekcje: JA, na której młodzi ludzie mogą zaprezentować swoje pasje, TY – podzielić się tym, co ich inspiruje oraz MY – poinformować innych o ciekawych wydarzeniach lub znaleźć dla siebie interesującą propozycję na spędzenie wolnego czasu. Serwis jest dodatkowo źródłem rzetelnej wiedzy dotyczącej problematyki narkotykowej, podanej w formie quizu czy ciekawych informacji dotyczących obrazu dzisiejszej młodzieży (Raport „Młodzież 2010”) i skali używania narkotyków przez młodzież w Polsce, zgodnie z wynikami badań naukowych. Na oddzielnej podstronie można obejrzeć, a także pobrać, niektóre narzędzia komunikacji przygotowane dla tej kampanii, jak np. spot telewizyjny, radiowy czy plakaty. Ze względu na dużą aktywność młodych ludzi na portalach społecznościowych, utworzony został specjalny profil na Facebooku www.facebook.com/nacomito, który wspiera i promuje stronę kampanii oraz wszelkie działania podejmowane w jej ramach. Można tam przeczytać m.in. najciekawsze wpisy ze strony kampanii, znaleźć teksty o charakterze informacyjno-edukacyjnym czy ogłoszenia na temat konkursów. Konkursy są jednym z dodatkowych działań w tym projekcie, ich celem jest zachęcenie młodych ludzi do zaprezentowania swoich pasji, ciekawego życia i pokazania, jak kreatywne i pociągające może być życie bez narkotyków. Mają one też zachęcić użytkowników do szukania informacji na edukacyjnej podstronie portalu, bowiem część konkursów jest organizowana w formie „kto pierwszy, ten lepszy”, w których wygrywa osoba, która pierwsza odnajdzie prawidłową odpowiedź na pytanie konkursowe.

Oprócz strony internetowej ważnymi nośnikami przekazu kampanii jest spot telewizyjny, radiowy, reklama prasowa i internetowa oraz outdoor. Wszystkie elementy kampanii są utrzymane w pozytywnym klimacie i atrakcyjnej dla młodzieży formie. Główna odsłona kampanii medialnej z wykorzystaniem wspomnianych nośników miała miejsce w czasie wakacji. Spot telewizyjny emitowany był na przełomie lipca i sierpnia w pięciu stacjach Telewizji Polskiej, na kilku kanałach TVN oraz na antenie MTV i 4fun.tv. Kampanię radiową podjęły takie rozgłośnie, jak radio ESKA, Polskie Radio Łódź, Polskie Radio PIK oraz Polskie Radio Rzeszów. Banery reklamowe emitowano na osiemnastu portalach

internetowych dla młodzieży – głównie studenckich, klubowych i rozrywkowych. W kampanię włączyła się także prasa, w tym magazyny dla młodzieży: „Bravo”, „Twist”, „Cogito”, „Viktor Gimnazjalista”, „CD-Aktion” oraz tygodnik „Wprost”.

Dodatkowe działania zaplanowano w miejscach imprez młodzieżowych, klubach i dyskotekach na terenie kraju, przede wszystkim w dużych miastach i w miejscowościach, w których młodzież wypoczywa w czasie wakacji. Akcja promocyjna w klubach w głównej mierze polegała na umieszczeniu naklejek reklamowych kampanii na podłogach i lustrach toalet klubowych. Duży nakład wlepek, z hasłem i logo kampanii, został rozdyskrebowany podczas wakacji, m.in. na festiwalu Ostróda Reggae, na Pikniku Organizacji Pozarządowych „Lokalni-Niebanalni” w Tomaszowie Mazowieckim, podczas Młodzieżowych Mistrzostw Europy w Ultimate Freesbee, a także na festiwalu Woodstock. Po wakacjach, w kilku większych miastach (Warszawa, Toruń, Opole), można było również zobaczyć kampanię na niemych spotach wyświetlanych na nośnikach telewizyjnych LCD w autobusach i tramwajach.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Krajowe Biuro zaprosiło do udziału w realizacji kampanii urzędy marszałkowskie. Zaproszenie spotkało się z pozytywnym przyjęciem, chęć współpracy zadeklarowało większość województw. Regionalni koordynatorzy działań otrzymali od Krajowego Biura pomoc merytoryczną oraz niezbędne materiały do dystrybucji w regionach, m.in. plakaty, naklejki, wlepki oraz parasole i koszulki z reklamowym nadrukiem promującym kampanię.

Patronat nad kampanią objął minister zdrowia. Kampanię na zlecenie Krajowego Biura przygotowała i realizuje, wybrana w drodze konkursu, Fabryka Komunikacji Społecznej przy wsparciu Agencji PR Partner of Promotion. Kampania „Narkotyki? Na co mi to!” realizowana będzie do końca 2011 roku, ale dla utrwalenia jej pozytywnego przekazu z pewnością warto kontynuować ją w przyszłym roku, ponieważ tak jak latami narastało błędne przekonanie społeczne o powszechności używania narkotyków przez młodzież, tak korygowanie tego przeświadczenia również wymaga czasu i zaangażowania wielu podmiotów, przede wszystkim mediów. Wszystkie osoby, którym idea kampanii jest bliska, zachęcamy do obejrzenia kreacji kampanii na stronie www.nacomito.com.pl i włączenia się w jej promowanie i upowszechnianie.

Istnieją różne klasyfikacje hazardu. Można wyróżnić hazard rekreacyjny (rozrywka, forma spędzania wolnego czasu), hazard ryzykowny (negatywne skutki grania są jeszcze na tyle małe, że gracz potrafi sam się z nimi uporać), hazard problemowy (pojawiają się już pierwsze poważniejsze, negatywne konsekwencje grania) i wreszcie hazard patologiczny – uzależnienie z wszelkimi jego konsekwencjami.

HAZARD – NOWE WYZWANIE

Bohdan T. Woronowicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Centrum Konsultacyjne Akmed

*Alea iacta est (kości zostały rzucone)¹
Juliusz Cezar*

Wprowadzenie

Przez wiele dziesiątków lat problematyka uzależnień „reprezentowana” była w naszej świadomości głównie przez alkoholizm. W nim doszukiwano się największego zagrożenia dla zdrowia jednostki i społeczeństwa. Tworzono więc akty prawne, które miały ograniczyć to zjawisko, budowano oddziały odwykowe, a osoby nim dotknięte usiłowano leczyć, niejednokrotnie nawet wbrew ich woli. Dostyc często mówiło się także o lekomanii, ale nie było miejsc, w których można było ją leczyć. Pomoc terapeutyczna dla alkoholików i lekomanów ograniczała się przez całe lata głównie do odtrucia. W latach 80. ubiegłego stulecia światło dzienne ujrzał w Polsce problem narkomanii. Powstał Monar, pojawiły się pierwsze ośrodki oparte na zasadach społeczności terapeutycznej z wielomiesięcznymi pobykami w tych miejscach, a narastające zjawisko narkomanii w latach 90. zaowocowało uchwaleniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Pod koniec XX i na początku XXI wieku do alkoholu, leków i narkotyków dołączyły substancje nazwane „dopalaczami” i coraz powszechniejsze zaczęły być uzależnienia inne niż te od substancji psychoaktywnych. „Nowe” (niechemiczne, behawioralne) uzależnienia przybrały takie rozmiary, że wkroczyliśmy w „erę uzależnień”. Coraz częściej spotykamy takie uzależnienia, jak patologiczny hazard, pracoholizm, zakupoholizm, seksoholizm czy coraz bardziej niebezpieczne i narastające lawinowo uzależnienie od komputera czy od sieci (siecioholizm). Dzieje się tak, bowiem tempo życia, ucieczka od nieakceptowanych stanów emocjonalnych, poszukiwanie szybkiej przyjemności i natychmiastowej gratyfikacji, rozluźnienie norm oraz trudności w kontrolowaniu

impulsów wyparły królującą wcześniej „erę nerwic”. Obserwując uważnie to, co w ostatnich latach dzieje się wokół nas, nie sposób nie zauważyć, że coraz więcej naszych zachowań przybiera charakter nałogowy, a więc chorobowy i tym samym wpływa niekorzystnie na różne sfery naszego życia. Patrząc na człowieka od strony biologicznej, okazuje się, że coraz większego znaczenia nabiera nieprawidłowe funkcjonowanie tzw. układu nagrody w mózgu, który wymaga dodatkowej stymulacji, aby podtrzymywać dobre samopoczucie. Najczęściej ofiarami uzależnienia stają się osoby, które mają deficyty niektórych umiejętności życiowych i którym określona substancja lub zachowanie pomaga chwilowo, i niestety tylko pozornie, te deficyty niwelować. Podejrzewam, że wiele osób mogłoby zidentyfikować u siebie jakieś uzależnienie, gdyby tylko zastosowały się do propozycji zawartej w powiedzeniu: „Nigdy nie wiesz, od czego jesteś uzależniony, dopóki sobie tego nie odmówisz”². Aby łatwiej i lepiej zrozumieć „nowe” uzależnienia, chciałbym zwrócić uwagę na podobieństwa, jakie możemy dostrzec, porównując uzależnienie od substancji psychoaktywnych z patologicznym hazardem (uzależnieniem od hazardu), a przy tej okazji również z innymi uzależnieniami behawioralnymi. Okazuje się, że mają one bardzo wiele wspólnych cech, tzn.:

- dotyczyć mogą każdego, bez względu na płeć, wiek, wykształcenie, status społeczny, finansowy itp.;
- mają zbliżone uwarunkowania biologiczne;
- wpływają niekorzystnie na stan zdrowia i funkcjonowanie człowieka;
- w jednych i w drugich występuje zależność psychiczna;
- zarówno picie i branie, jak i hazardowe granie czy spędzanie czasu przy komputerze są kontynuowane, pomimo negatywnych następstw, jakie one powodują;

- konsekwencją każdego z tych uzależnień jest zaniedbywanie obowiązków w domu, szkole czy w pracy;
- dla uzyskania oczekiwanego efektu konieczne jest zwiększanie dawki substancji lub intensyfikacja grania;
- powtarzane są, najczęściej nieudane, próby wyeliminowania lub istotnego ograniczenia picia, brania oraz grania czy czasu spędzanego przy komputerze;
- mogą „przechodzić” („przełączać się”) jedno w drugie;
- pierwszym krokiem do podjęcia leczenia jest przyznanie się do swojego uzależnienia („choroba zaprzeczeń”);
- leczenie może pomóc w zatrzymaniu dalszego rozwoju każdego z tych uzależnień, ale zagrożenie pozostaje.

Trzeba jednocześnie pamiętać, że wprawdzie podobieństw jest wiele, jednak znacznie trudniej jest zorientować się, że mamy do czynienia z patologicznym hazardem (czy innym uzależnieniem behawioralnym), bowiem nie mamy żadnych biologicznych wskaźników (testów) czy badań laboratoryjnych (np. badanie krwi, moczu) świadczących o istnieniu problemu. Nie ma też fizycznych przejawów takiego uzależnienia (np. problemy z mówieniem, dezorientacja itp.), a jednocześnie hazard bądź inne behawioralne uzależnienie, nie może „powalić” człowieka tak, jak robią to substancje psychoaktywne, chociaż wiadomo, że samobójstwa hazardzistów są znacznie częściej spotykane niż w innych uzależnieniach. Trzeba też mieć świadomość, że istnieje znacznie większe przyzwolenie społeczne na hazardowe granie, przesiadywanie przy komputerze czy „ucieczkę w pracę”. Jest też znacznie mniejsza wiedza w społeczeństwie na temat hazardu i uzależnień behawioralnych i są nieporównywalnie mniejsze możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy w związku z tymi uzależnieniami.

Hazard na przestrzeni wieków

Słowo hazard pochodzi z języka arabskiego: *az-zahr* znaczy „kostka”, „gra w kości”. W słowniku języka polskiego hazard jest definiowany jako „ryzykowne przedsięwzięcie”, „ryzyko w grze”, „narażanie się na niebezpieczeństwo, ryzykowanie”. Hazard to wszystkie gry pieniężne, w których o wygranej, w mniejszym lub większym stopniu, decyduje przypadek. Do tego należałoby dodać, że wygraną, oprócz pieniędzy, mogą być także inne dobra (przedmioty, rzeczy, wycieczki itp.). Gry odbywają się w kasynach (gry cylindryczne, gry w karty, gry w kości i gry na automatach), w salonach gry oraz w punktach przyjmowania zakładów wzajemnych (totalizatora lub bukmacherskich).

Wprawdzie ustalenie początków hazardu w historii ludzkości jest niezwykle trudne, to jednak liczne przekazy mówią, że był on obecny we wszystkich starożytnych cywilizacjach. Pierwsze kości do gry znaleziono w wykopaliskach na terenie Mezopotamii. Wiadomo, że 4000 lat p.n.e. babilońscy żołnierze, a 2000 lat p.n.e. Egipcjanie organizowali wyścigi konne, a 2800 lat p.n.e. w Egipcie organizowano wyścigi psów i zakładano się, który z nich będzie pierwszy. O różne cenne rzeczy oraz o niewolników grano już w Chinach około 2300 lat p.n.e. i w Tebach około 1500 lat p.n.e. Dowody na gry hazardowe można też znaleźć w inskrypcjach na piramidzie Cheopsa oraz w Biblii (podobno rzymscy żołnierze grali o szaty konającego na krzyżu Chrystusa). A greccy bogowie grali ze sobą o podział lądów.

Ważnym wydarzeniem w historii hazardu była jego legalizacja w amerykańskim stanie Nevada w 1931 roku, a w ślad za tym dynamiczny rozwój Las Vegas, które wkrótce stało się drugą, po Monte Carlo, stolicą światowego hazardu. Obecnie na świecie funkcjonuje bardzo dochodowy przemysł związany z hazardem, a w krajach, gdzie hazard nie jest zabroniony, budżet państwa ma dzięki podatkom duże wpływy z hazardu. Gry hazardowe pojawiły się też w internecie, gdzie można grać, korzystając z karty kredytowej. W 2009 roku łączny obrót wszystkich kasyn na świecie przekroczył 100 mld dolarów.

Hazard w Polsce

Historia hazardu w Polsce sięga prawdopodobnie jeszcze czasów piastowskich, kiedy to rzucano kości. Kolejny etap rozwoju hazardu to wiek XV, kiedy to szlachta polska do swoich rozrywek włączyła grę w karty i w szachy. Gra w kości stała się zajęciem niższych warstw społecznych, o czym pisał znany poeta baroku, Wacław Potocki (1621–1696): „Polacy tą się grą nie bawią/Woźnicom i hajdukom plugastwo zostawia”.

Dzisiejszy rynek gier hazardowych pojawił się w Polsce na początku lat 90., a wydatki Polaków na gry i zakłady wynosiły w 2009 roku 20,4 mld zł, a w 2010 roku – 15,3 mld zł. Z badań CBOS przeprowadzonych w listopadzie 2009 roku wynika, że z różnego rodzaju gier korzystają w Polsce najczęściej młodzi mężczyźni (18-24 lata), będący uczniami lub studentami mieszkającymi w dużych miastach.

Ukrytym problemem są różnego rodzaju „konkursy” SMS-owe lub telefoniczne, organizowane głównie przez operatorów telefonicznych oraz stacje radiowe i telewizyjne. Te „konkursy”, które nie są traktowane jako forma hazardu,

charakteryzują się bardzo dużą dostępnością, narażają na utratę pieniędzy osoby naiwne i łatwowierne, a ich uczestnikami bywają często dzieci. Szczególne zagrożenie dla dzieci i młodzieży mogą stanowić wideoloterie, czyli automaty do gry połączone w sieci terminali, z niekontrolowaną wysokością wygranych i niekontrolowanym dostępem. Na szczęście nie zostały one w Polsce zalegalizowane.

Rozwój i fazy hazardu

Wpływ na rozwój uzależnienia od hazardu mają, podobnie jak w wielu innych uzależnieniach, czynniki biologiczne (podłoże), psychologiczne, duchowe i społeczne (środowiskowe). Wśród czynników biologicznych ważną rolę odgrywa wyjściowo niski poziom serotoniny, który zwiększa ryzyko rozwoju patologicznego hazardu. Zaobserwowano też, że osoby przyjmujące niektóre leki działające na układ dopaminergiczny, a stosowane w chorobach związanych z niedoborem dopaminy (np. choroba Parkinsona czy „zespół niespokojnych nóg”), mają większe skłonności do uprawiania hazardu. Potwierdza to rolę dopaminy („hormonu szczęścia”) w rozwoju patologicznego hazardu. Badania wykazały, że dzieci hazardzistów są 2-4 razy bardziej narażone na rozwój uzależnienia od hazardu, a hazardowe granie ojca zwiększa ryzyko rozwinięcia się uzależnienia u dziecka bardziej niż hazardowe granie matki.

Badacze zwracają też uwagę na kolejne czynniki i wydarzenia, które ułatwiają uzależnienie się. Do najczęściej wymienianych należą: przypadkowa duża wygrana, skłonność do innych uzależnień, tendencja do impulsywnych zachowań, uzależnienia w rodzinie, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem czy negatywnymi emocjami, utrzymujący się dłużej obniżony nastrój, samotność, poczucie pustki i nudy oraz obecność problemów finansowych. Wpływ na rozwój uzależnienia ma także dostępność różnego rodzaju gier (większe możliwości uprawiania hazardu), odczuwanie pobudzenia (podniecenia) podczas grania oraz zniekształcenia poznawcze dające złudne poczucie kontroli nad grą.

Znany badacz zjawiska hazardu, Alex Blaszczynski, wyróżnił u osób, które mają uszkodzoną kontrolę nad zachowaniami związanymi z hazardowym graniem, trzy drogi, szlaki (*pathways*) rozwoju problemów hazardowych:

1. *behawioralna* („normalna”) – dotyczy grania związanego ze środowiskiem, „wyuczonego”, gdzie brak jest psychopatologii, a problem zaczyna się w późniejszym

wieku; osoby te mają najczęściej dobrą motywację do leczenia i dobrze rokują;

2. *emocjonalna* – dotyczy osób, które pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych i traumatyzujących, są podatne na stres, przeżywają lęk, depresję, „uciekają” przed problemami itp.; dla osób tych granie może być „ucieczką” przed problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym;
3. *impulsywna*, z ważną rolą czynników biologicznych – charakterystyczny jest wczesny początek, dotyczy osób z cechami antyspołecznymi, z zaburzoną kontrolą impulsów, z objawami ADHD, z rodzinną historią skłonności do uzależnień i często używających substancji psychoaktywnych. Rokowanie jest tu najgorsze, a psychoterapię trzeba niejednokrotnie wspierać środkami farmakologicznymi.

Istnieją różne klasyfikacje hazardu. Można wyróżnić hazard rekreacyjny (rozrywka, forma spędzania wolnego czasu), hazard ryzykowny (negatywne skutki grania są jeszcze na tyle małe, że gracz potrafi sam się z nimi uporać), hazard problemowy (pojawiają się już pierwsze poważniejsze, negatywne konsekwencje grania) i hazard patologiczny (uzależnienie z wszelkimi jego konsekwencjami). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżnia cztery kategorie osób w zależności od ich stosunku do grania, tj. osoby, które nie grają, gracze rekreacyjni, gracze problemowi i gracze patologiczni. Ponieważ rozwój patologicznego hazardu charakteryzuje się swoistą dynamiką, spotykamy w nim różne fazy rozwoju choroby. Illinois Institute for Addiction Recovery wyróżnia cztery fazy rozwoju uzależnienia od hazardu:

1. *faza zwycięstw* – granie okazjonalne, fantazjowanie na temat wielkich wygranych, duże wygrane powodujące coraz silniejsze pobudzenie, coraz częstsze zakłady i coraz wyższe stawki; człowiek zaczyna wierzyć w to, że będzie zawsze wygrywać, a w przypadku osiągnięcia „wielkiej wygranej” dąży do jej powtórzenia (nieuzasadniony optymizm), coraz częściej ryzykując coraz to większe kwoty; ta faza może trwać 3-5 lat;
2. *faza strat* – stawiając na wysokie zakłady, człowiek naraża się na wysokie straty; wysokie pożyczki i próby odgrywania się, a w przypadkach powodzenia wygrane idą na spłaty długów; hazardzista gra kosztem pracy i domu, kłamie i zaczyna ukrywać swoje uzależnienie; unika wierzycieli i cały czas wierzy, że wkrótce nastąpi kolejna „wielka wygrana”;
3. *faza desperacji* – separacja od rodziny i przyjaciół; utrata pracy i narastające długi powodują panikę;

presja wierzycieli popycha często ku przestępstwom; te obciążenia prowadzą z kolei do psychicznego wyczerpania, pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, bezradność i depresja;

4. *faza utraty nadziei* – rozwód; poczucie beznadziejności, myśli i/lub próby samobójcze; zostają wówczas cztery wyjścia: ucieczka w uzależnienie od alkoholu lub leków, więzienie, śmierć (samobójstwo lub z ręki wierzycieli) albo zwrócenie się po pomoc.

Do tych czterech faz można jeszcze dołączyć fazę 5 – *fazę zdrowienia* (odbudowy), o ile osoba uzależniona podejmie terapię lub rozpocznie realizację programu 12 Kroków Anonimowych Hazardzistów. Z kolei faza zwycięstw może być poprzedzona okresem zainteresowania różnymi formami gier, co może rozpocząć się jeszcze w okresie dzieciństwa lub bycia nastolatkiem, a okres ten może trwać 10 i więcej lat (faza 0). Zaobserwowano bowiem, że niektóre dzieci wykazują szczególne zainteresowanie np. kolorowymi automatami czy maszynami, z których za określoną opłatą można wyciągnąć, przy pomocy specjalnego uchwytu lub wędki, zabawkę czy inny gadżet, albo też bardzo chętnie uczestniczą w loteriach dających podobne możliwości. Potwierdzają to relacje wielu graczy, którzy przyznają, że problem hazardu rozpoczął się u nich bardzo wcześnie, tj. około 10. roku życia (Gupta i Derevensky, 1998).

Można wyróżnić dwa rodzaje hazardzistów, tj. hazardzistów „akcji”, czyli osoby poszukujące w grze pobudzenia, oraz hazardzistów „ucieczki”, którzy grają „uciekając” od swoich problemów. Gracze „akcji” potrzebują dodatkowych i silniejszych bodźców, granie jest dla nich źródłem dodatkowych przyjemności i stąd jest często powtarzane. Starają się rywalizować, więc wybierają gry grupowe (np. w karty czy w ruletkę). Z kolei gracze „ucieczki” preferują gry, które można uprawiać indywidualnie (np. automaty bądź gry komputerowe). Są to głównie osoby, które mają trudności w radzeniu sobie z emocjami, mają deficyty umiejętności społecznych, a często również zaburzenia nastroju.

Tak jak już wcześniej pisałem ani wiek, ani wykształcenie ani status finansowy czy społeczny nie chronią przed uzależnieniem. Wiadomo, że hazardzistami byli tak sławni ludzie, jak Kartezjusz, Casanova czy rosyjski pisarz i autor powieści „Gracz” – Fiodor Dostojewski (1821–1881). Spośród znanych Polaków, hazardzistą był znakomity skrzypek i kompozytor Henryk Wieniawski (1835–1880), który regularnie przegrywał wysokie honoraria za koncerty i w rezultacie zmarł w nędzy, a namiętnymi graczami byli też pisarz, tłumacz i krytyk

literacki Tadeusz Boy-Żeleński (1874–1941) oraz wspaniały aktor i reżyser Ludwik Solski (1855–1954).

Liczne badania wykazały, że patologiczny hazard współistnieje często z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju czy zaburzenia osobowości. U osób z patologicznym hazardem diagnozowano jednocześnie: depresję u 75% osób, problemy wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych u 40-50% osób, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne u 40%, myśli samobójcze u 26-48%, ADHD u 20-25% (Petry i Armentano, 1999; Petry, 2002; Kausch, 2003; Toneatto i Millar, 2004). Błaszczynski i Steel (1998) wykazali, że u 93% pacjentów leczonych z powodu patologicznego hazardu stwierdzano obecność co najmniej zaburzeń osobowości.

Rozpoznawanie i leczenie

Według klasyfikacji ICD-10, patologiczny hazard zaliczany jest do zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych, a bardziej szczegółowo do zaburzeń nawyków i popędów (impulsów). Charakteryzują je powtarzające się działania bez jasnej, racjonalnej motywacji, które nie mogą być kontrolowane i zazwyczaj szkodzą interesom pacjenta i innych ludzi. Pacjent określa te zachowania jako związane z popędem do działania. Przyczyny ich nie są znane. Patologiczny hazard polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Definicja ta nie obejmuje nadmiernego uprawiania hazardu przez pacjentów maniakałnych, hazardu i zakładania się bliżej nieokreślonego oraz hazardu uprawianego przez osoby z zaburzeniami osobowości typu dysocjacyjnego. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznało w 1980 roku hazard za chorobę, a w swojej klasyfikacji (DSM-IV) umieszcza patologiczny hazard w grupie zaburzeń impulsów. Przygotowywane kolejne rewizje ICD-11 i DSM-V mają usytuować patologiczny hazard wśród uzależnień.

Bardzo przydatne w diagnozowaniu patologicznego hazardu oraz problemowego grania są: oparty na DSM-III kwestionariusz hazardu SOGS (South Oaks Gambling Screen) oraz Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (Canadian Problem Gambling Index – CPGI) opracowany przez Centre for Addiction and Mental Health w Toronto (<http://www.camh.net>). Patologiczny hazard, tak jak każde uzależnienie, wymaga leczenia. Pierwszą na świecie placówką leczącą osoby uzależnione od hazardu był oddział w szpitalu dla weteranów (VA)

w Bracksville (Ohio, USA), prowadzony w latach 1972–1974 przez dr. Roberta Custer. W tym samym czasie dr Custer, wraz z dwoma kolegami, powołał National Council on Compulsive Gambling, a w 1981 roku zorganizował pierwszą konferencję naukową poświęconą kompulsywnemu (patologicznemu) hazardowi.

Pierwsze próby leczenia hazardu w Polsce podejmowane były w latach 90. (Warszawa, Gniezno). Obecnie w naszym kraju, zarówno w placówkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych, terapia patologicznego hazardu prowadzona jest najczęściej wspólnie z psychoterapią uzależnienia od alkoholu i uzależnienia od leków. Leczeniem zajmują się głównie poradnie leczące uzależnienie od alkoholu, a Narodowy Fundusz Zdrowia niezbyt chętnie kontraktuje terapię patologicznego hazardu. W związku z tym spotykamy sytuacje, kiedy hazardziści nie przyznają się do swojego problemu i eksponują problem alkoholowy u siebie tylko po to, żeby dostać się na leczenie. Wobec braku wystarczającej liczby publicznych placówek posiadających programy leczenia patologicznego hazardu, bardzo często odpłatnego leczenia hazardu podejmują się prywatne „kliniki”, które nie posiadają odpowiednio przeszkolonych fachowców, a niekiedy nawet osób posiadających certyfikat specjalisty terapii/psychoterapii uzależnień. Trzeba pamiętać, że osoby uczestniczące w programie psychoterapii patologicznego hazardu, w początkowym okresie leczenia bardzo często demonstrują objawy obniżonego nastroju (depresji) i wówczas wskazane jest rozważenie wsparcia farmakologicznego lekami przeciwdepresyjnymi. Przebieg procesu terapeutycznego wymaga odrębnego, bardziej szczegółowego omówienia, natomiast należy wiedzieć, że podstawowe założenia procesu psychoterapii patologicznego hazardu nie różnią się istotnie od psychoterapii innych uzależnień. Trzeba pamiętać o specyfice tej terapii, która polega m.in. na tym, że niezmiernie ważne jest udzielenie pacjentowi wsparcia w wybrnięciu z tragicznej niejednokrotnie sytuacji finansowej (np. pomoc w ogłoszeniu bankructwa, w uzyskaniu kredytu konsolidacyjnego itp.), a później nauka racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi, żeby możliwa była spłata długów.

Podejmowane są też liczne próby farmakologicznego ograniczania zachowań związanych z patologicznym hazardem, m.in. przy pomocy naltreksonu, bupropionu, topiramatu czy olanzapiny, której efekt okazał się zbliżony do efektu placebo. Niejednoznaczna jest również skuteczność podawania hazardzistom leków przeciwdepresyjnych. Stosowanie leków w patologicznym hazardzie należałoby więc traktować, na dzień dzisiejszy, w podobny sposób jak korzystanie

z farmakoterapii w innych uzależnieniach, tzn. mogą być one pomocne niektórym pacjentom uczestniczącym w programie psychoterapii uzależnienia od hazardu. Samo tylko przyjmowanie leku nie daje wystarczającego efektu. Cennym uzupełnieniem psychoterapii patologicznego hazardu są powstałe w 1957 roku w Kalifornii (USA) grupy Anonimowych Hazardzistów oparte na Programie 12 Kroków. Pierwsza polska grupa Anonimowych Hazardzistów zaczęła działać w lutym 1995 roku, w Warszawie. Od tego czasu Wspólnota AH cały czas się rozrasta; spotkania odbywają się w coraz większej liczbie miast. Także bliscy hazardzistów mogą uzyskać pomoc w grupach Gam-Anon (Haz-Anon). Dodatkowe informacje na temat AH można znaleźć na stronie <http://www.anonimowihazardzisci.org>. Kończąc, chciałbym zwrócić uwagę na fakt, że każda osoba, która z racji wykonywanych obowiązków zawodowych styka się z osobami wymagającymi pomocy, powinna umieć stwierdzić, czy u podłoża złej sytuacji życiowej tej osoby nie leży przypadkiem jakieś uzależnienie, czy to od substancji psychoaktywnej, czy od jakiegoś kompulsywnego zachowania.

Przypisy

- ¹ Znane powiedzenie Juliusz Cezara, wypowiedziane przy przekraczaniu Rubikonu, które oznacza, że nie można już cofnąć decyzji, tak jak nie można było wycofać się z gry w kości po wykonaniu rzutu.
- ² „Trzeźwe myśli”, 124, Media Rodzina 1996.

Bibliografia

- Błaszczynski A., Steel Z., „Personality disorders among pathological gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71, 1998.
- Błaszczynski A., Nower L., „A pathways model of problem and pathological gambling”, *Addiction*, 97, 5, 487-499, 2002.
- Gupta R., Derevensky J.L., „An empirical examination of Jacobs' general theory of addictions: Do adolescent gamblers fit the theory?”, *Journal of Gambling Studies*, 14, 17-50, 1998.
- Kausch O., „Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1031-8, 2003.
- Lesieur H.R., Blume S.B., „The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers”, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188, 1987.
- Lesieur H.R., Blume S.B., „Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings”, *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223, 1993.
- Petry N.M., Armentano C., „Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review”, *Psychiatric Services*, 50, 1021-1027, 1999.
- Petry N.M., „A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers”, *Gerontologist*, 42, 92-99, 2002.
- Toneatto T., Millar G., „The assessment and treatment of problem gambling: empirical status and promising trends”, *Can J Psychiatry*, 49, 517-525, 2004.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	12 lipca	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU-LAC	13 lipca	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego z delegacją USA	13 lipca	Bruksela, Belgia
Symposium poświęcone problemowi narkotyków w ruchu drogowym	17-18 lipca	Montreal, Kanada
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	6 września	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego z państwami Kaukazu	7 września	Bruksela, Belgia
Akademia Reitox dotycząca tworzenia regionalnych focal pointów	7-9 września	Rzym, Włochy
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI)	20-21 września	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	4 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego z Ukrainą	5 października	Bruksela, Belgia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika choroby zakaźne związane z narkotykami (DRID)	11-12 października	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika problemowych użytkowników narkotyków (PDU)	27-28 października	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	7 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego z delegacją USA	8 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego z Rosją	9 listopada	Bruksela, Belgia
Ogłoszenie raportu rocznego EMCDDA przez litewski Focal Point	16 listopada	Wilno, Litwa
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgony z powodu narkotyków	16-17 listopada	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	7 grudnia	Bruksela, Belgia
II Konferencja Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań w Obszarze Profilaktyki	8-9 grudnia	Lizbona, Portugalia

SPOTKANIA KRAJOWE

Konferencja Europejskiej Kampanii w sprawie Narkotyków	7 lipca	Warszawa
Konferencja „Praca z młodzieżą uzależnioną i zagrożoną uzależnieniem”	3-5 października	Jachranka pod Warszawą
I szkolenie dla gmin dotyczące monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym w ramach trzeciej edycji szkolenia, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej	10-11 października	Brok
Polska Reitox Akademia dotycząca wdrażania wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI), CINN KBPN	13-14 października	Warszawa
Międzynarodowa Konferencja Unia Europejska – Europa Wschodnia, KGP	26-27 października	Warszawa
XXI Konferencja Ekspertów Wojewódzkich, CINN KBPN	3-4 listopada	Warszawa
Szkolenie przedstawicieli ośrodków stażowych w zakresie dialogu motywującego – cz. I	8-9 listopada	Warszawa
Ogłoszenie raportu rocznego EMCDDA, CINN KBPN	15 listopada	Warszawa
Szkolenie superwizorów rekomendowanych przez KBPN „Superwizja superwizji”	18-19 listopada	Warszawa
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków, KBPN	21-22 listopada	Poznań
Szkolenie przedstawicieli ośrodków stażowych w zakresie dialogu motywującego – cz. II	24-25 listopada	Warszawa
IV konferencja placówek uczestniczących w programie zgłaszalności do leczenia (TDI), CINN KBPN	30 listopada –1 grudnia	Warszawa
II szkolenie dla gmin dotyczące monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym w ramach trzeciej edycji szkolenia, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej	5-7 grudnia	Brok
III ogólnopolska konferencja gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, CINN KBPN	14-15 grudnia	Falenty
VII spotkanie przedstawicieli programów redukcji szkód, CINN KBPN	19-20 grudnia	Warszawa

Marihuana pozostaje w organizmie przez bardzo długi czas. Działa znacznie dłużej (od sześciu tygodni do sześciu miesięcy) niż trwa spowodowany przez nią efekt bezpośredni. W pierwszym tygodniu po zażyciu marihuany zaledwie połowa substancji wydalana jest przez organizm.

MARIHUANA – ZA I PRZECIW

DZIAŁANIE ORAZ WPŁYW MARIHUANY NA FUNKCJONOWANIE I ZACHOWANIE CZŁOWIEKA

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii
Oddział w Bydgoszczy

W ostatnich dyskusjach na temat depenalizacji posiadania narkotyków, zarówno tych populistycznych, politycznych, jak i naukowych, niezmiennie na pierwszym planie stawia się marihuanę. Odnoszę wrażenie, że marihuana stała się swoistym „ministrem propagandy” czy „rzecznikiem prasowym” narkotykowej rewolucji. Co by się nie działo w kwestii dyskusji o narkotykach i zdrowiu, prawie, penalizacji, wolności jednostki i liberalizacji, zawsze punktem zapalnym i trudnym jest temat marihuany. Marihuana stała się przykładem rozbijania tradycyjnych, konserwatywnych poglądów na temat narkotyków. Coraz więcej autorytetów świata nauki głośno wypowiada się na temat legalizacji tej substancji. Te głosy przyzywane są jak zaklęcia przez młodych zwolenników i użytkowników marihuany. Przytacza się przykłady zastosowania medycznego, a porównując „zioło” do alkoholu, wręcz ukazuje się jego dobre, pokojowe i relaksujące cechy. A przecież wiedząc o tym, jak alkohol niszczy ludzi, ich zdrowie i rodziny, można by zastanawiać się raczej, dlaczego nie ma oddolnej inicjatywy, żeby alkohol zdelegalizować lub ograniczyć jego dostępność. Zmierzamy jednak ku temu, aby człowiekowi otworzyć dostęp do nowych możliwości odczuwania innych stanów świadomości.

Pracując z młodymi ludźmi uzależnionymi m.in. od marihuany, słucham ich argumentów, widzę ich sposoby rozumowania i pojmowania świata, poziom świadomości swoich potrzeb, celów, wyznawanych wartości. Patrząc na nich, nie mogę oprzeć się wrażeniu, ile jednak w nich impulsywności, sprzeczności, niekonsekwencji...

Dlatego postanowiłem podzielić się swoimi obserwacjami z kilkunastoletniej praktyki terapeutycznej. Nie chcę, aby było to odebrane jako jedyna prawda i na pewno nie chcę być rzecznikiem wszystkich tera-

peutów. To mój punkt widzenia, wynikający z pracy z osobami, które na skutek problemów życiowych, kryzysów emocjonalnych i problemów społecznych trafiły do poradni czy do gabinetu terapeutycznego po pomoc. Zdaję sobie również sprawę z tego, że ogromna rzesza użytkowników marihuany do poradni nie trafia, podobnie jak zdecydowana większość osób pijących alkohol. Niech więc to będzie tylko głos w dyskusji na temat tez i hipotez „za i przeciw” marihuanie.

Gdyby jednak ten artykuł czytał ktoś, kto wie niewiele lub nic nie wie na temat marihuany, zaczynam od podstaw.

Czym jest marihuana?

Marihuana jako substancja psychoaktywna to wysuszone liście oraz szczyty kwiatowo-nasienne konopi indyjskich. Do produkcji zazwyczaj używa się kwiatostanów niezapylonych roślin żeńskich, ponieważ tam znajduje się najwięcej substancji psychoaktywnych. Związek uzależniający i powodujący tzw. haj to występująca w marihuanie Delta-9 Tetrahydrokanabinol (THC). Jego ilość waha się od kilku do 25-30% w zależności od warunków hodowli.

Natomiast sama żywica czystych konopi zawiera dodatkowo ponad sześćdziesiąt różnych substancji psychoaktywnych. Nazwy slangowe i potoczne stosowane przez użytkowników marihuany to m.in.: ziele, zioło, zielsko, trawa, grass, ojciec, tata, skun, joint itp. Haszysz z kolei to odpowiednio spreparowana żywica krzewu konopi z tych samych partii co marihuana, ale dodatkowo połączona lepiałą masą, np. woskiem lub klejem. W ten sposób otrzymaną masę formuje się w postaci twardych tabliczek, pasków, czasem kulek przypominających pieprz.

Sposoby zażywania

Marihuanę głównie się pali. Najczęściej używa się do tego szklanej lufki (tzw. fifki), ogólnodostępnej, znanej m.in. większości palaczy papierosów bez filtra. Rozszerzony koniec fifki nabija się suszem marihuany i podpala, zaciągając się dymem, który jest przetrzymywany w płucach od kilku do kilkunastu sekund. Taki sposób zaciągania się nazywany jest buchaniem.

Drugą popularną formą palenia jest palenie skrętów, czyli tzw. jointów, blantów, gibbonów. Zdarza się również, że użytkownicy zafascynowani pierwszymi wrażeniami wynikającymi ze stosowania marihuany, palą ją w fajkach wodnych, tzw. sheeshach, urządzeniach kupowanych w krajach muzułmańskich, w których zgodnie z tamtejszą tradycją pali się mieszanki ziołowe lub tytoń smakowy.

Odpowiednikiem tej formy palenia u osób mniej zaawansowanych jest palenie marihuany w tzw. bongach, czyli urządzeniach działających na zasadzie fajek wodnych wykonanych z butelek plastikowych po napojach. Istnieje też możliwość zażywania THC w produktach spożywczych, np. ciastkach z haszyszem lub pizzy. Jest to jednak sposób rzadko u nas stosowany.

Działanie marihuany

Zażywanie marihuany i haszyszu powoduje wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, wysuszenie śluzówek jamy ustnej, czasami ataki kaszlu, przekrwienie gałek ocznych, spojówek, niekiedy obrzęk powiek, pocenie się, zwiększenie apetytu, bóle i zawroty głowy, zaburzenia koordynacji ruchowej, uwagi i możliwości uczenia się, zaburzenia pamięci i ogólnie gorszą sprawność psychofizyczną (wzrost urazowości).

Od osoby będącej pod wpływem marihuany można wyczuć słodkawą woń oddechu, włosów i ubrania. Ma ona zwiększone łaknienie, apetyt na słodkie, zaburzenia koordynacji ruchowej, wzrokowej, zaburzenia odczuć związanych z własnym ciałem.

W pierwszej fazie działania marihuany pojawia się euforia, wesołość i beztroska, gadatliwość, słowotok. Występują napady śmiechu, które obserwatorowi mogą się wydać nieuzasadnione. Ta wesołość jest przez użytkowników tego narkotyku najbardziej pożądanym efektem. W następnej fazie dochodzi do zrelaksowania się i wyciszenia, wrażenia oderwania od codzienności,

osiąga się stan błogości. Z powodu euforyzującego, pozytywnego działania wielu użytkowników marihuany uważa ją za substancję „pokoju”, miłości i błogostanu. Potem następuje faza tzw. izolacji, objawiająca się sennością, lekkim otępieniem, apatią, spadkiem aktywności, zaburzeniami kontroli czasu.

Przedawkowanie

W swojej kilkunastoletniej praktyce terapeutycznej nie spotkałem się ani nie słyszałem o śmiertelnym przedawkowaniu marihuany. Nie znalazłem też żadnych informacji na ten temat w literaturze. Uważam więc, że przedawkowanie jest praktycznie niemożliwe. Istnieją badania, które teoretycznie taką możliwość uwzględniają, np. spalenie ponad 3 kg suszu w ciągu 24 godzin. Oczywiście nie można tutaj bagatelizować tego, że marihuana może być bezpośrednią przyczyną zgonu np. w wypadku drogowym czy śmierci samobójczej.

Czas działania marihuany

Tutaj sytuacja może być bardzo zróżnicowana, w zależności od stopnia zaawansowania uzależnienia. Z biegiem czasu i systematycznego palenia marihuany pożądaný efekt euforyczny staje się coraz krótszy i można powiedzieć, że wręcz zanika.

W przypadku osób, których staż palenia marihuany wynosi do trzech lat, można powiedzieć, że:

- faza euforii i wesołości trwa u nich od 0,5 do 1 godziny;
- faza relaksacji ok. 1-2 godziny;
- faza izolacji ok. 2-3 godziny.

Łączny czas działania marihuany na psychikę człowieka wynosi ok. 5-6 godzin. W tym okresie z całą pewnością marihuana wpływa na zachowanie, odczucia, myślenie i sprawność motoryczną. Oczywiście nie dotyczy to innych skutków negatywnych wynikających z nadużywania i uzależnienia.

Jeśli chodzi o czas działania marihuany u osób uzależnionych, palących marihuanę ponad trzy lata, systematycznie, codziennie, to zaobserwowałem u nich następujące zjawiska:

- faza euforii zanika niemal całkowicie;
- faza relaksacji pojawia się w zasadzie jako pierwsza i trwa o wiele krócej niż u okazjonalnych użytkowników – do 1 godziny;

- faza izolacji staje się głównym etapem, ale również trwa krócej, bo ok. 2 godziny. Efekt działania marihuany u uzależnionych palaczy trwa nie dłużej niż 3 godziny, dlatego następuje chęć jego powtórzenia poprzez palenie 3-5 razy dziennie.

Badacze zaobserwowali również, że marihuana pozostaje w organizmie człowieka przez bardzo długi czas. Działa znacznie dłużej (od sześciu tygodni do sześciu miesięcy) niż trwa spowodowany przez nią efekt bezpośredni. W pierwszym tygodniu po zażyciu marihuany zaledwie połowa substancji wydalana jest przez organizm. Marihuana rozpuszcza się w tłuszczach, natomiast nie rozpuszcza się w wodzie. Raz dostawszy się do komórki, nie zostaje wydalona – jak inne narkotyki – za pośrednictwem układu krwionośnego, lecz w niej pozostaje. Po zapaleniu marihuany, odurzenie po pewnym czasie zanika, co wcale nie znaczy, że ustało szkodliwe działanie marihuany. Stan ten nie powoduje zakłócenia koordynacji, ale mimo pozornej sprawności, mózg nadal nie funkcjonuje prawidłowo.

Wykrywanie w organizmie

W aptekach dostępne są testy na obecność THC w moczu. Marihuana utrzymuje się w organizmie do trzech tygodni. Żeby test był miarodajny, należy go odpowiednio przeprowadzić. Dostępne są również testy na obecność marihuany w ślinie (wykrywają kanabinoile do 4-5 godzin od zapalenia), które stosuje przede wszystkim policja do badania kierowców. Zawartość THC w organizmie można również zbadać za pomocą pobranej próbki krwi oraz włosów, co może dać informację o używaniu substancji nawet na wiele miesięcy przed badaniem.

Badania włosów umożliwiają określenie przybliżonego czasu, w którym doszło do zażycia narkotyku oraz eliminują efekt kontaminacji zewnętrznej. W ostatnich latach postęp technik analitycznych wyeliminował jedną z podstawowych wad – wyniki fałszywie pozytywne stwierdzone na przykład po przebywaniu w pomieszczeniu, w którym palono narkotyk (dotyczyło to głównie

związków THC obecnych w przetworach konopi). Oznaczanie obecności metabolitów związków daje obecnie w badaniach włosów jednoznaczną odpowiedź. Skutkiem nadużywania THC może być:

- uzależnienie;
- syndrom amotyacyjny;
- drażliwość i wzrost agresji;
- problemy z koncentracją i pamięcią;
- urojenia prześladowcze (psychozy);
- zaburzenia schizoidalne (schizofrenia).

Uzależnienie

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów ICD-10 sformułowano

diagnozę określania zaburzeń psychicznych i behawioralnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Podczas diagnozowania uzależnienia należy więc uwzględnić grupę zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych wskazujących, iż spożywanie określonej substancji uzyskało u jednostki przewagę, a nawet pierwszeństwo wobec innych zachowań, które wcześniej miały duże znaczenie. Podstawowym objawem charakteryzującym zespół uzależnienia jest silne pragnienie zażywania danej substancji. Można również zaobserwować, że zażycie danej

W pierwszej fazie działania marihuany pojawia się euforia, wesołość i beztroska, gadatliwość, słowotok. Występują napady śmiechu, które obserwatorowi mogą się wydać nieuzasadnione. Ta wesołość jest przez użytkowników tego narkotyku najbardziej pożądanym efektem. W kolejnej fazie dochodzi do zrelaksowania się i wyciszenia, osiąga się stan błogości. Potem następuje faza tzw. izolacji, objawiająca się sennością, lekkim otępieniem, apatią.

substancji po pewnym okresie abstynencji prowadzi do ponownego ujawnienia się pozostałych cech zespołu uzależnienia o spotęgowanym nasileniu.

W ICD-10 zespół uzależnienia od kanabinoli występuje pod numerem kodu F.12.2.

Regularne palenie marihuany, podobnie jak systematyczne i intensywne zażywanie różnych substancji o działaniu euforyzującym, może prowadzić do zespołu uzależnienia. Choć przez długi czas było to przedmiotem sporów naukowców, to obecnie istnieje szereg informacji potwierdzających występowanie zespołu uzależnienia od kanabinoli, zgodnego z objawami klinicznymi charakterystycznymi dla innych substancji.

O uzależnieniu możemy mówić wówczas, jeśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy zaistniały co najmniej trzy z sześciu wymienionych zjawisk:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu zażycia marihuany (kanabinoli).
2. Trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z paleniem marihuany (rozpoczynanie, kończenie, ilość i częstotliwość zażywania).
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia występujące w chwili, kiedy zażywanie kanabinoli zostało przerwane lub zmniejszone, objawiające się specyficznym dla THC zespołem abstynencyjnym oraz ponownym zażywaniem kanabinoli lub środka zastępczego w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych (drażliwość, nerwowość, zaburzenia snu, koncentracji, niepokój, lęki, pocenie się, zaburzenia rytmu pracy serca, nudności itp.).
4. Stwierdzenie tolerancji (potrzeby zażywania zwiększonej dawki THC w celu osiągnięcia efektów uprzednio osiąganych za pomocą mniejszych porcji/dawek).
5. Zaniechanie innych źródeł przyjemności, potrzeb czy zainteresowań z powodu zażywania kanabinoli, zwiększenie czasu potrzebnego do zdobycia marihuany lub do usuwania skutków jej działania.
6. Zażywanie substancji pomimo dowodów jej szkodliwości, np. psychozy, lęki, stany depresyjne, syndrom amotywacyjny, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z kanabinolami (pamięć, koncentracja) – w tym przypadku należy rozpoznać, czy zażywający był (lub mógł być) świadomy natury i zakresu tych szkód.

Istotą uzależnienia jest zatem fakt, iż jednostka – mimo takich szkód – nadal zażywa daną substancję, a kiedy postanawia przestać, próby abstynencji kończą się niepowodzeniem.

Syndrom amotywacyjny

Nie znalazłem dowodów naukowych, które by jednoznacznie określały marihuanę jako predyktora syndromu amotywacyjnego. Badania nie zaprzeczają też tezie, że marihuana, systematycznie używana jako narkotyk, może taki syndrom wywołać. Syndrom amotywacyjny u użytkowników marihuany jako narkotyku zdecydowanie wiodącego, objawia się przede

wszystkim zanikiem woli (abulia) do wykonywania najprostszych czynności życiowych. Uzależnieni pozostają w marazmie, wykazując pobudzenie jedynie w chwili chęci zdobycia narkotyku. Osoba uzależniona traci zainteresowanie dla jakichkolwiek czynności, jest bezwolna i apatyczna. Większość czasu spędza w półśnie, sprawia wrażenie oziębiającej emocjonalnie. Ma kłopoty z koncentracją, a ponadto wykazuje zaburzenia moralne, inne intrapsychiczne i społeczne. Większość moich pacjentów, palących regularnie marihuanę, wykazywała wiele cech syndromu amotywacyjnego, które utrzymywały się nawet w okresie abstynencji. Pozwala to mi przypuszczać, że zaburzenia te mogą przybierać postać trwałą i chroniczną. W okresie czynnego palenia marihuany syndrom amotywacyjny charakteryzował się następującymi objawami:

- problemy w szkole, w pracy;
- absencja (wagary);
- wyrzucenie ze szkoły, pracy (porzucenie);
- poczucie nudy, pustki, bezsensu;
- niechęć, apatia;
- brak aktywności fizycznej, intelektualnej;
- zaniechanie/porzucenie hobby, zainteresowań;
- poczucie bezradności;
- epizody depresyjne;
- zobojętnienie.

W okresie leczenia, mimo podejmowanych prób zwiększania aktywności, poprawy funkcjonowania społecznego i wydłużenia czasu abstynencji, okresowo powracały stany braku woli, niepewność, brak wiary w siebie, poczucie bezradności i apatia.

Drażliwość i wzrost agresji

Większość moich pacjentów, szczególnie młodych osób w okresie adolescencji, wykazywała większą drażliwość i wrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Labilność emocjonalna sprawiała, że osoba nadużywająca kanabinoli, w wypadku utrudnionego dostępu do narkotyku, bardzo łatwo wpadała w stany pobudzenia emocjonalnego, którego powodem mogło być cokolwiek, np. pytanie rodzica „jak tam w szkole” lub „czy wyniosłeś śmieci”.

Z reguły stany wybuchowości lub agresji pojawiały się w okresie abstynencji (nie pod wpływem marihuany) lub w czasie objawów głodu psychicznego i silnej wewnętrznej potrzeby zapalenia marihuany. Dlatego

też konieczność uzyskania pieniędzy na narkotyk lub jakaś przeszkoda utrudniająca dostęp do narkotyku powodowały natychmiastowe wzbudzenie. Jeśli uzależnienie od marihuany jest dalece zaawansowane, może dochodzić do agresji słownej, niszczenia przedmiotów czy sprzętów. Jeśli jednak następował kontakt z marihuaną, stan ten ulegał natychmiastowej zmianie, następowało uspokojenie i ukojenie.

Jednak silna psychiczna potrzeba i pragnienie zapalenia THC może powodować zachowania agresywne.

Jeśli chodzi o dorosłych użytkowników marihuany o ustabilizowanej sytuacji życiowej (praca, rodzina), bardzo rzadko zdarzały im się napady agresji fizycznej; z reguły była to agresja słowna, cynizm i złośliwość wobec partnera, który ograniczał lub chciał ograniczyć kontakt z marihuaną.

Problemy z koncentracją i pamięcią

Większość moich pacjentów, którzy systematycznie palili marihuanę, skarżyła się na problemy z koncentracją i pamięcią. Jeśli chodzi o uczenie się, problemem było przede wszystkim skupienie się i rozumienie czytanego tekstu, np. wielokrotne powracanie do przeczytanego materiału, problemy w logicznym myśleniu przy rozwiązywaniu zadań matematycznych. Osoby, które prowadziły pojazdy mechaniczne będąc pod wpływem marihuany, miały trudności z koncentracją oraz zaburzony instynkt samozachowawczy (np. nadmierna prędkość, podejmowanie ryzyka, nieprawidłowe wyprzedzanie), doświadczały „urwania filmu” – np. nie pamiętały przejechania określonego odcinka drogi (dziwiły się, że już go przejechały, nie pamiętały mijania charakterystycznych miejsc, budynków czy skrzyżowań).

Charakterystyczne dla użytkowników kanabinoli jest również wykazywanie zaburzeń pamięci tzw. świeżej, czyli brak możliwości chronologicznego sprawozdania wydarzeń z ostatnich kilku dni czy nawet godzin. Mylne podawanie czasu i miejsca zdarzenia, mylenie dat, dni tygodnia, niemożność określenia stanu pogody, pory dnia itp.

Urojenia prześladowcze i psychozy

To kolejne objawy dotyczące szacunkowo ok. 60% moich pacjentów nadużywających THC. W okresach

pomiędzy braniem marihuany pacjenci mogą odczuwać niepokój, lęk i niepewność. Wiele rzeczy zaczyna wzbudzać ich podejrzliwość, zaczynają nadinterpretować fakty. Mówią, że są podejrzewani, obserwowani czy śledzeni, zazwyczaj przez znajomych i kolegów. Z czasem podejrzenie o takie zachowania przenoszą na bliskich, rodziców czy współmałżonków. Swoim zachowaniem starają się zmylić „obserwatorów”, „śledzących” czy „wynajętych detektywów”. Jeśli ktoś ma długi u dilerów, obawia się wyjść z domu, nie chce iść do szkoły czy do pracy z obawy, że na ulicy zostanie złapany i wywieziony do lasu.

Jeśli urojenia nasilają się w wyniku kontynuacji palenia marihuany, pojawiają się problemy ze snem, koszmary, lęki i obawy o swoje życie, częste zmiany numeru telefonu komórkowego, adresów mailowych, sprawdzanie, rozkręcanie sprzętów w poszukiwaniu podsłuchów.

Zaburzenia schizoidalne (schizofrenia)

Po raz pierwszy zwróciłem uwagę na ten problem kilka lat temu, kiedy jeden z pacjentów uzależnionych od marihuany (w wieku 17 lat), pokazał mi opakowania leków, które zostały mu zapisane przez lekarza psychiatrę. Były to leki, które podaje się osobom cierpiącym na schizofrenię, lub takim, u których podejrzewa się tę chorobę. Problem w tym, że kiedy trafił do lekarza, jego rodzina nie wiedziała, że od dłuższego czasu pali marihuanę, a on sam zataił ten fakt przed lekarzem. Na podstawie objawów zostały mu zapisane wspomniane leki. Od tamtego czasu zacząłem zwracać szczególną uwagę na charakterystyczne dla innych zaburzeń psychicznych objawy i szukać literatury oraz badań na ten temat.

Okazało się, że już w latach 80. ubiegłego stulecia powstała teza, jakoby kanabinole kilkakrotnie zwiększały ryzyko zapadania na schizofrenię u osób uwarunkowanych genetycznie. W roku 1993 zostały opublikowane pierwsze poważne badania, przeprowadzone przez prof. Petera Allebecka ze Sztokholmu, które wykazały, że kanabinole nie tylko zwiększają ryzyko schizofrenii u osób uwarunkowanych, ale także mogą spowodować tę chorobę u osób, które tych uwarunkowań nie posiadają. W następnych latach pojawiło się wiele badań potwierdzających tę opinię.

Analizując przypadki pacjentów, mogę stwierdzić, że spora ich grupa, szczególnie młodych osób, wykazuje wiele objawów schizofrenopodobnych (schizoidalnych), do których należą m.in.:

- zubożenie;
- poczucie pustki;
- zamykanie się w sobie, autoizolacja;
- zachowania przypominające mutyzm (np. milczenie w domu);
- urojenia prześladowcze;
- anhedonia (zanik umiejętności spontanicznego przeżywania pozytywnych uczuć);
- apatia;
- zaburzenia koncentracji;
- zachowania katatoniczne (leżenie bez czucia);
- problemy w obszarze aktywności społecznej (szkoła, rodzina, praca).

Zastosowanie w medycynie

Istnieje wiele badań dotyczących prób zastosowania marihuany (kanabinoidów) w medycynie w celu: łagodzenia nudności po chemioterapii nowotworowej, w leczeniu jaskry, także anoreksji (marihuana ma pobudzać apetyt). Zetknąłem się z publikacjami na temat wykorzystania marihuany w leczeniu stwardnienia rozsianego czy reumatyzmu, choć często narkotyk ten pojawiał się jako alternatywa dla innych leków, a jego użyteczność była traktowana ostatecznie jako hipoteza.

Podsumowanie

Uważam, że dyskusja na temat marihuany może trwać w nieskończoność. Obie strony mogą używać nawet tych samych argumentów w stylu: „badania naukowe nie potwierdzają, że marihuana...” lub „nie zaprzeczają, że marihuana...”, „nie ma dowodów naukowych, że marihuana powoduje...” itp.

Na koniec jeszcze uwaga dotycząca karania za posiadanie narkotyków. Jestem co prawda zdecydowanym przeciwnikiem karania za posiadanie marihuany, ale doniesienia w rodzaju „licealista znalazł się w więzieniu za gram zioła” uważam za wyolbrzymione. Przez 10 lat współpracy z zakładami karnymi takiej osoby, osadzonej wyłącznie za fakt posiadania, nie spotkałem. W programach prowadzonych przeze mnie wzięło udział ponad 350 osadzonych w wieku

18-35 lat, którzy deklarowali się jako używający narkotyków w okresie przed pozbawieniem wolności. Większość nie została skazana za przestępstwa narkotykowe. Chcąc jednak sprawdzić, jaka jest prawda co do karania więzieniem za posiadanie niewielkiej ilości lub określonego rodzaju narkotyków, skontaktowałem się z Centralnym Zarządem Zakładów Karnych i dowiedziałem się, że statystyki dotyczące osadzonych z powodu wyroków za posiadanie narkotyków nie wyszczególniają tych, którzy odbywają karę tylko za posiadanie niewielkiej ilości marihuany. I to by się zgadzało, gdyż spośród uczestników moich zajęć w zakładach karnych, dla ok. 40% posiadanie narkotyków było jednym z kilku lub kilkunastu zarzutów, z których inne dotyczyły m.in. kradzieży, włamań, rozbojów, napadów, paserstwa, niszczenia mienia czy handlu narkotykami.

Ostatnia nowelizacja ustawy antynarkotykowej ma ułatwić rozdzielenie dilerów od użytkowników, którym należy pomóc. Nie oznacza to legalizacji i tego, że wszystko już wolno, ale jest pozytywnym krokiem ku rozsądnym rozwiązaniom w zakresie problemów osób uzależnionych.

To tyle z moich obserwacji i rozważań na podstawie doświadczeń zawodowych. Osobiście nie chciałbym być decydem, biorącym odpowiedzialność za to, czy w przyszłości marihuana będzie traktowana u nas tak, jak w Holandii, Portugalii czy w Czechach.

Niestety, osoby prowadzące dyskusję, popadają w skrajności. A ucierpią najprawdopodobniej ci najmłodsi, np. 15-letni użytkownicy, którzy już dziś skaczą z radości na myśl o rychłej „legalności” marihuany.

Myszę, że należy pamiętać, iż istotniejsze od tego, czy ktoś uzależnia się od substancji legalnych czy nielegalnych jest to, że potrzebuje pomocy.

Bibliografia

- Allebeck P., Adamsson C., Engstrom A. and Rydberg U., „Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm county”, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993.
- Connolly S., „Marihuana”, Warszawa 2003.
- „ICD-10. Zaburzenia psychiczne w praktyce klinicznej”, Wyd. IPN, Warszawa 1999.
- Korpelta E., Szmerdt-Sisicka E., „Kanabinole”, Spectrum, Warszawa 2000.
- Teesson M., Hall W., Degenhard L. „Uzależnienia”, GWP, Gdańsk 2005.

Zjawisko narkomanii jest niezwykle zróżnicowane. Zawiera w sobie aspekty medyczne, socjologiczne i prawne. Ustawodawstwo w tym zakresie powinno bez wątpienia odzwierciedlać te kwestie. Istotą takiego podejścia stanowi odstępianie od czysto represyjnego typu prohibicji i zastąpienie jej wersją łagodniejszą, wprowadzającą elementy nastawienia na leczenie, a niekiedy nawet próby całkowitego wycofania prawa karnego z obszaru popytu na narkotyki (podejście permissywne).

REGULACJE PRAWA KARNEGO WOBEC SPRAWCÓW UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka
prawnik

Stosowanie środków reakcji karnej wobec osób uzależnionych od narkotyków ma charakter wielopłaszczyznowy. Z jednej strony fakt istnienia jakiegoś typu relacji pomiędzy używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych a przestępczością nie ulega dla wielu – nie tylko laików – najmniejszej wątpliwości¹. W wielu wypadkach zagadnienie to traktuje się wręcz w kategoriach związku przyczynowego ujmowanego w postaci twierdzenia: „używanie narkotyków stanowi (narkotyki stanowią) przyczynę przestępczości” lub „używanie narkotyków prowadzi (narkotyki prowadzą) do popełnienia przestępstw”².

Z drugiej zaś strony rozważania nad sensem i granicą reakcji prawnokarnej wobec osób uzależnionych od narkotyków, a co za tym idzie celowością i skutecznością karania, nakazują zwrócić uwagę na szczególne cechy jej adresata³. Pojawia się zasadnicze pytanie: jak ustalić właściwą proporcję pomiędzy posługiwaniem się represją wymierzoną przeciwko przestępczości osób uzależnionych, opartą na przepisach prawa karnego, a postępowaniem, obejmującym leczenie i rehabilitację tych osób⁴.

Bez wątpienia niektóre czyny zabronione pod groźbą kary zawierają w swych ustawowych znamionach od-

wołanie do pojęcia środka odurzającego lub substancji psychotropowych, przy czym mogą być one popełnione zarówno przez osoby uzależnione od narkotyków i będące ich użytkownikami, jak również przez osoby, które nigdy tych substancji nie próbowały. Używanie narkotyków może wpływać na prze-

stępczość. Związek, o którym mowa można sklasyfikować dwojako – jako wpływ bezpośredni oraz wpływ pośredni. Związek bezpośredni należy rozumieć jako wpływ farmakologicznych właściwości środka wprowadzonego do organizmu na zachowanie człowieka, z punktu widzenia prawdopodobieństwa prowadzenia do zachowań przestępczych⁵. Kwestia związku bezpośredniego ma przemijający charakter i w zasadzie ustaje w momencie zakończenia farmakologicznego działania danego środka, dlatego też może dotyczyć zarówno osób eksperymen-

tujących, używających okazjonalnie, jak i tych, które w danym momencie znalazły się pod wpływem danego środka przypadkowo, wbrew swojej woli⁶. Z kolei związek pośredni ma charakter trwały. Chodzi tutaj przede wszystkim o czyny popełnione w celu zdobycia środka odurzającego lub środków

Polskie ustawodawstwo wychodzi naprzeciw postulatowi leczenia i zawiera w tym zakresie przepisy dające stosowne możliwości realizacji w postępowaniu karnym celów leczniczych. W ocenie przedstawicieli doktryny przewidziane w kodyfikacji karnej rozwiązania prawne w stosunku do sprawców przestępstw dotkniętych nałogiem opierają się na zasadzie priorytetu leczenia i rehabilitacji przed stosowaniem środków karnych.

niezbędnych do jego uzyskania oraz o czyny będące wynikiem długofalowych konsekwencji używania narkotyków, do których poza uzależnieniem należy często degradacja psychiczna i społeczna sprawcy⁷. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że zjawisko narkomanii jest niezwykle zróżnicowane. Zawiera w sobie aspekty medyczne, socjologiczne i prawne. Ustawodawstwo w tym zakresie powinno być bez wątpienia odzwierciedleniem zróżnicowania, o którym mowa. Istotę takiego podejścia stanowi odstępianie od czysto represyjnego typu prohibicji i zastąpienie jej wersją łagodniejszą, wprowadzającą elementy nastawienia na leczenie, a niekiedy nawet próby całkowitego wycofania prawa karnego z obszaru popytu na narkotyki (zwanego także podejściem permissywnym)⁸.

Polskie ustawodawstwo wychodzi naprzeciw postulatowi leczenia i zawiera w tym zakresie przepisy dające stosowne możliwości realizacji w postępowaniu karnym celów leczniczych. W ocenie przedstawicieli doktryny przewidziane w kodyfikacji karnej rozwiązania prawne w stosunku do sprawców przestępstw dotkniętych nałogiem opierają się na zasadzie priorytetu leczenia i rehabilitacji przed stosowaniem środków karnych⁹. Jednym z przepisów realizującym założenia idei koncentracji na leczeniu osób uzależnionych w przypadku popełnienia przez nich czynów zabronionych jest art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁰. Zgodnie z jego treścią, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji psychoaktywnych szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, to prokurator może zawiesić wobec niej postępowanie do czasu zakończenia leczenia. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Warunkowe umorzenie postępowania jest możliwe jedynie wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie. Zastosowanie represji jest więc uzależnione od niepowodzenia realizacji celów leczniczych, ale pozytywny wynik leczenia nie przesądza

o decyzji prokuratora dotyczącej wystąpienia do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Podejrzany może zdecydować, czy wybiera poddanie się leczeniu i w wypadku jego pomyślnego wyniku – skorzystanie z redukcji odpowiedzialności karnej, czy też woli tradycyjny tryb postępowania, tzn. wniesienie aktu oskarżenia i procedowanie w tym zakresie. Aktualnie obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii poszerzyła krąg osób, wobec których istnieje możliwość zastosowania omawianego art. 72. Mogą to być zarówno osoby uzależnione, o których mowa w art. 4 pkt 15 przedmiotowej ustawy¹¹, oraz osoby używające szkodliwie substancji psychoaktywnych, o których mowa w art. 4 pkt 30 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹². W poprzednio obowiązującym stanie prawnym, tzn. ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 1997, analogiczny przepis (art. 57) miał zastosowanie jedynie do osoby uzależnionej, co prowadziło w praktyce do paradoksalnych sytuacji, ponieważ osoba, która nie była uzależniona, nie mogła zostać w przedmiotowym trybie skierowana na leczenie.

Osoba wskazana w art. 72 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ma możliwość podjęcia leczenia i rehabilitacji lub uczestniczenia w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia. Zgodnie z treścią art. 26 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Z kolei rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić:

- lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii;
- osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień.

W rehabilitacji osoby uzależnionej może uczestniczyć także osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień.

Warunkowe umorzenie postępowania karnego

Przykładem regulacji karnych wobec osób uzależnionych od narkotyków jest także art. 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który stanowi, że przepis art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

stosuje się odpowiednio w postępowaniu sądowym do chwili zamknięcia przewodu sądowego. Poprzednio obowiązująca ustawa dawała takie możliwości jedynie prokuratorowi w postępowaniu przygotowawczym. W praktyce możliwość korzystania z tego przepisu może być jednak w znacznym stopniu ograniczona, ponieważ przypadki posiadania nieznacznych ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych mogą być rozpatrywane przez sądy przy zastosowaniu przepisów o skazaniu bez rozprawy (art. 335 kodeksu postępowania karnego) lub o dobrowolnym poddaniu się karze (art. 387 kodeksu postępowania karnego).

Warto zauważyć, że regulacje, o których mowa, mogą mieć zastosowanie jedynie wobec sprawcy, który nie był karany za przestępstwo umyślne, co wynika z brzmienia artykułu 66 kodeksu karnego¹³ odnoszącego się do instytucji warunkowego umorzenia postępowania karnego. Sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy niekaranego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa. Ustawa wymaga, aby zarówno wina sprawcy nie była znaczna, jak i stopień społecznej szkodliwości był oceniany jako taki, który nie jest znaczny¹⁴, przy czym obydwie

te przesłanki muszą być ustalone odrębnie, w sposób niezależny od siebie. Stopień społecznej szkodliwości, który nie jest znaczny, nie jest tożsamy ze stopniem znikomym tej szkodliwości (w takim wypadku czyn zabroniony nie stanowi przestępstwa – art. 1 § 2 kodeksu karnego) ani ze stopniem, który jest nieznaczny (chodzi o czyny piasujące się powyżej znikomego stopnia społecznej szkodliwości i jednocześnie poniżej takiego stopnia, który nie jest znaczny)¹⁵. Stopień społecznej

szkodliwości czynu podlega ocenie przy uwzględnieniu okoliczności wymienionych w art. 115 § 2 kodeksu karnego, tzn. rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.

Środki zabezpieczające

Kolejnym przykładem regulacji prawa karnego wobec sprawców uzależnionych m.in. od narkotyków są środki zabezpieczające zawarte w rozdziale dziesiątym kodeksu karnego. Zgodnie z treścią art. 93 kodeksu

Zgodnie z art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji psychoaktywnych szkodliwie, której zarzucano popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, to prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia.

karnego, sąd może orzec środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym lub skierowaniem na leczenie ambulatoryjne tylko wtedy, gdy jest to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu bądź innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchuje lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – także lekarza seksuologa.

Zdaniem Sądu Najwyższego do środków zabezpieczających związanych z umieszczeniem

sprawcy w zakładzie zamkniętym (psychiatrycznym i leczenia odwykowego) ma zastosowanie zasada *ultima ratio*, ponieważ środki tego rodzaju można stosować tylko wówczas, gdy jest to niezbędne, a więc gdy inny sposób postępowania w stosunku do sprawcy czynu zabronionego okazał się nieskuteczny¹⁶. Sformułowanie „sąd może orzec” nie oznacza dowolności i swobody orzekania, lecz obowiązek orzeczenia takiego środka, jeżeli zostały spełnione wymagania określone w art.

93-94 i 96 kodeksu karnego, o których będzie mowa w dalszej części niniejszego opracowania. Umieszczenie w zamkniętym zakładzie jest niezbędne wtedy, gdy ze względu na stan psychiczny sprawcy czynu zabronionego niezastosowanie tego rodzaju środka zabezpieczającego, wiążącego się z izolacją w takim zakładzie oraz stosowaniem leczenia, prowadziłoby do ponownego popełnienia przez niego czynu zabronionego¹⁷. Określenie „prognoza dotycząca prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego” w związku z koniecznością powiązania jej ze stanem psychicznym sprawcy wymaga wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 193 § 1 kodeksu postępowania karnego, stąd wymagania przewidziane w art. 93 kodeksu karnego *in fine*, by sąd przed orzeczeniem środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym wysłuchał lekarzy psychiatrów oraz psychologa¹⁸. Należy zauważyć, że zawsze jednak jest to samodzielna decyzja sądu, wykorzystującego także specjalistyczne informacje od wysłuchanych lekarzy psychiatrów i psychologa¹⁹. W ocenie Sądu Najwyższego „wysłuchanie” oznacza czynność sądu polegającą na uzyskaniu od biegłych psychiatrów i psychologa (w poszerzonych zespołach orzekających może być dwóch lub więcej psychologów) informacji o możliwości przeciwdziałania skłonnościom sprawcy, wynikającym z jego stanu psychicznego, poza zakładem psychiatrycznym albo zamkniętym zakładem leczenia odwykowego, a gdy takich możliwości nie ma – co do psychiatryczno-psychologicznych przesłanek niezbędności zastosowania takiego środka zabezpieczającego²⁰. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 kodeksu karnego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się szczególne środki lecznicze lub rehabilitacyjne, a nie w szpitalu psychiatrycznym albo w innym podobnym tego typu zakładzie. Wówczas kara pozbawienia wolności wykonywana jest w systemie terapeutycznym (art. 81 pkt 2 kodeksu karny wykonawczy²¹), dostosowanym do potrzeb skazanych z zaburzeniami psychicznymi, upośledzonych umysłowo, uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych, ale także do potrzeb skazanych niepełnosprawnych fizycznie (art. 96 kodeksu

karny wykonawczy)²². Zgodnie z treścią art. 97 kodeksu karnego wykonawczego, wykonując karę w systemie terapeutycznym, uwzględnia się w postępowaniu ze skazanymi w szczególności potrzebę zapobiegania pogłębianiu się patologicznych cech osobowości, przywracania równowagi psychicznej oraz kształtowania zdolności współżycia społecznego i przygotowania do samodzielnego życia. Jeżeli wyniki leczenia lub rehabilitacji za tym przemawiają, sąd może sprawcę, który działał w stanie ograniczonej poczytalności, skazanego na karę nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, warunkowo zwolnić na zasadach określonych w art. 77-82 kodeksu karnego, bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2 kodeksu karnego²³, przy czym dozór jest obowiązkowy. Kodeks karny zawiera także regulację przewidującą umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, jeżeli zachodzi duże prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem (art. 95 kodeksu karnego). Stan uzależnienia od alkoholu lub innego środka odurzającego musi zostać ustalony przez biegłych psychiatrów. Środka, o którym mowa powyżej, nie orzeka się, jeżeli sprawcę skazano na karę pozbawienia wolności przekraczającą 2 lata. Należy zauważyć, że czasu pobytu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego nie określa się z góry, przy czym nie może on trwać krócej niż 3 miesiące i dłużej niż 2 lata. Dolna granica, wynosząca 3 miesiące, została ustalona na podstawie wskazań praktyki postępowania z osobami uzależnionymi²⁴. Wykazano bowiem, że okres ten powinien wystarczyć na przeprowadzenie odtrucia organizmu, co stanowi warunek podjęcia dalszych oddziaływań²⁵. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia, po zapoznaniu się z opinią prowadzącego leczenie. Z tym przepisem skorelowane są regulacje zawarte w kodeksie karnym wykonawczym. Zgodnie z art. 203 kodeksu karnego wykonawczego, kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii. Ponadto opinię taką obowiązany jest przesyłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu

zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawianie w zakładzie nie jest konieczne.

Leczenie osoby uzależnionej i skazanej za przestępstwo (pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej) reguluje art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, podobnie jak art. 56 ustawy poprzednio obowiązującej. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w zakładzie opieki zdrowotnej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Jeżeli skazany w okresie próby uchyła się od obowiązku albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu, do którego został skierowany, sąd może zarządzić wykonanie zawieszonych kary pozbawienia wolności. Jeżeli osoba uzależniona została skazana na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. W tym wypadku jest to stacjonarny środek zabezpieczający. Czasu pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata. O zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie. Art. 74 tej ustawy wyłącza w takich przypadkach zastosowanie art. 96-98 kodeksu karnego²⁶. Przepis art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ma więc zastosowanie przed przepisami kodeksowymi, tj. art. 96 kodeksu karnego²⁷.

Sprawca, który popełnił przestępstwo w związku z uzależnieniem, może zostać skierowany na okres próby od 6 miesięcy do lat 2 na leczenie ambulatoryjne lub rehabilitację w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej²⁸. Pozostaje on wówczas pod dozorem kuratora lub innego odpowiedniego podmiotu, np. osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, instytucji albo organizacji społecznej, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym. W opinii doktryny dozór ma służyć

zarówno kontrolowaniu poddawania się leczeniu, jak i pomaganiu w przezwyciężeniu stanu osłabienia psychicznego i codziennych kłopotów życiowych²⁹. Przepis art. 97 kodeksu karnego nie określa minimalnego czasu pobytu w zakładzie zamkniętym, po którego upływie skazanego można skierować na okres próby³⁰. W sytuacji, w której skazany w okresie próby uchylałby się od poddania się leczeniu lub rehabilitacji albo popełnił przestępstwo lub rażąco naruszał porządek bądź regulamin placówki leczniczo-rehabilitacyjnej, sąd może zarządzić ponowne umieszczenie skazanego w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego albo w zakładzie karnym. Zachowanie skazanego będzie zakwalifikowane jako „uchylanie się” od poddania leczeniu bądź rehabilitacji wtedy, gdy nie zaistniały żadne obiektywne przeszkody (np. choroba), które mogłyby zakłócić skazanemu poddanie się takim zabiegom³¹. Z kolei za rażące naruszenie regulaminu placówki leczniczo-rehabilitacyjnej przyjąć można tylko naruszenie o charakterze zasadniczym, stwarzające znaczne komplikacje w funkcjonowaniu tej placówki, powodujące zagrożenie dla innych pacjentów i personelu bądź też stanowiące przejaw stałej, negatywnej postawy skazanego³². Jeżeli w okresie próby w ciągu dalszych 6 miesięcy nie zarządzono ponownego umieszczenia skazanego w zamkniętym zakładzie albo w zakładzie karnym, karę uważa się za odbytą z upływem okresu próby.

Środki zabezpieczające, w odróżnieniu od kar, nie mają na celu wymierzenie sprawiedliwości za popełniony czyn ani nie zawierają elementu potępienia czynu i jego sprawcy³³. Ich funkcją ma być zabezpieczenie społeczeństwa przed niebezpieczeństwem ze strony osób naruszających prawo karne³⁴. Zasadnicze zmiany, jakie dokonały się w obszarze środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, należy ocenić jak najbardziej pozytywnie. Były one podyktowane przede wszystkim próbą dopasowania przepisów prawnych do potrzeb sprawców przestępstw uzależnionych m.in. od narkotyków. Uregulowane w art. 97 kodeksu karnego możliwości w zakresie leczenia ambulatoryjnego lub rehabilitacji w placówce leczniczo-rehabilitacyjnej wydają się być motywujące dla skazanych do podjęcia terapii odwykowej. Ustawodawca w sposób klarowny formułuje zasady postępowania ze sprawcami, którzy

pozytywnie zakończyli terapię odwykową w zakładzie zamkniętym bądź też w warunkach wolnościowych³⁵. Regulacje prawa karnego są często traktowane przede wszystkim jako gwarant celu ograniczania konsumpcji środków odurzających. Należy zatem zastanowić się nad faktyczną zdolnością prawa karnego do zabezpieczenia owego celu, do objęcia jego oddziaływaniem osób uzależnionych³⁶. Część teoretyków twierdzi wręcz, że nie jest możliwe zwalczanie popytu na środki odurzające, a już zasadnicze wątpliwości budzi zdolność wywierania takiego wpływu przy użyciu środków prawnokarnych, przy czym nie zmienia to jednak faktu, iż problem w dalszym ciągu pozostaje nierozwiązany, nie wystarczy bowiem przesunięcie punktu ciężkości na sferę ograniczania dostępu do środków uzależniających³⁷. W tym zakresie prawo karne posiada wprawdzie znaczną zdolność skutecznego oddziaływania przy pomocy tradycyjnych instrumentów ukierunkowanych na uczynienie produkcji i nielegalnego obrotu narkotykami nieopłacalnymi, lecz nie może zostać zupełnie wycofane z obszaru oddziaływania na osoby uzależnione. Wyodrębnienie specyficznej grupy przestępców, obejmującej osoby uzależnione od narkotyków, środków odurzających, znalazło przecież swoje odbicie w rozwiązaniach prawnokarnych. Początkowo były one ukierunkowane na posługiwanie się represją karną, z czasem ulegały przeobrażeniom zmierzającym do przesunięcia akcentu reakcji wobec wspomnianej kategorii osób na stosowanie środków o charakterze leczniczo-readaptacyjnym, dlatego też w ramach prawa karnego tworzono podstawy orzekania obowiązku leczenia odwykowego osób uzależnionych³⁸, które obowiązują do dnia dzisiejszego. Należy mieć na uwadze, że ich kształt i spectrum oddziaływania jest uzależniony w dużej mierze od praktyki wymiaru sprawiedliwości oraz organów ścigania stosowanej wobec sprawców uzależnionych od narkotyków.

Przypisy

- ¹ K. Krajewski, „Używanie narkotyków i uzależnienie od nich a przestępczość: implikacje dla prawa karnego”, *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, nr 64-65, Warszawa 2009, s. 71.
- ² P. Bean, „Drugs and Crime”, Wilan Publishing, Cullompton 2002, s. 7-13.
- ³ A. Muszyńska, „Zawieszenie postępowania karnego wobec osoby uzależnionej od środków odurzających według ustawy

- z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii”, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, tom XXII, s.103.
- ⁴ Ibidem, s. 104.
- ⁵ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, „Kryminologia”, s. 385.
- ⁶ K. Krajewski, „Używanie narkotyków i uzależnienie od nich...”, op. cit., s. 80.
- ⁷ Op. cit., s. 81.
- ⁸ K. Krajewski, „Polish Drug Policies: Between »Hard« and »Soft« Prohibition”, *Journal of Drug Issues* vol. 34 (2004), Nr 3, s. 587 i n.
- ⁹ A. Marek, „Prawo karne”, Warszawa 2005, s. 360.
- ¹⁰ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
- ¹¹ Art. 4 pkt 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii: osoba uzależniona – osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.
- ¹² Art. 4 pkt 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii: używanie szkodliwe – używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.
- ¹³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. 1997.89.553 z późn. zm.).
- ¹⁴ A. Zoll (red.), „Kodeks karny. Część ogólna”, Komentarz do art. 1-116, Kraków 2004, s. 997.
- ¹⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 26 maja 1970 r., Rw 450/70, LexPolonica nr 302672 (OSNKW 1970, nr 9, poz. 102).
- ¹⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z 4 listopada 2002 r., III KKN 269/2001, LexPolonica nr 393678.
- ¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z 11 grudnia 1998 r., III KKN 219/97, LexPolonica nr 334888, Prok. i Pr. 1999, nr 5, poz. 1, dodatek.
- ¹⁸ M. Filar (red.), „Kodeks karny”, op. cit.
- ¹⁹ Postanowienie Sądu Najwyższego z 18 czerwca 1996 r., V KKN 35/96, LexPolonica nr 353344, Prok. i Pr. 1997, nr 2, poz. 4, dodatek.
- ²⁰ Wyrok Sądu Najwyższego z 7 listopada 2007 r., V KK 318/2007, LexPolonica nr 2145024, OSNSK 2007, poz. 2484.
- ²¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (Dz. U. 1997.90.557 z późn. zm.).
- ²² M. Filar (red.), „Kodeks karny”. Komentarz, op. cit.
- ²³ Bez ograniczeń wynikających z art. 78 § 1 lub 2 kodeksu karnego, zgodnie z którego treścią skazanego można warunkowo zwolnić po odbyciu co najmniej połowy kary (§ 1 art. 78 kodeksu karnego). Skazanego określonego w art. 64 § 1 można warunkowo zwolnić po odbyciu dwóch trzecich kary, natomiast określonego w art. 64 § 2 po odbyciu trzech czwartych kary (§ 2 art. 78 kodeksu karnego).
- ²⁴ A. Kwieciński, „Umieszczenie w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego w świetle przepisów kodeksu karnego z 1997 roku”, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, tom XX, s. 305.
- ²⁵ Ibidem.
- ²⁶ T. Bojarski (red.), „Kodeks karny. Komentarz”, Warszawa 2010, s. 904.
- ²⁷ Ibidem.
- ²⁸ Ibidem.
- ²⁹ E. Bienkowska, „Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz”, Warszawa 1999, s. 276.
- ³⁰ Ibidem.
- ³¹ A. Kwieciński, op. cit., s. 311.
- ³² M. Kalitowski, „Kodeks karny. Komentarz”, Gdańsk 2005, s. 696.
- ³³ L. Gardocki, „Prawo karne”, Warszawa 2010, s. 207.
- ³⁴ Ibidem.
- ³⁵ A. Kwieciński, op. cit., s. 314.
- ³⁶ A. Muszyńska, „Narkomani. Sprawcy czynów karalnych”, Kraków 2004, s. 120.
- ³⁷ Ibidem.
- ³⁸ Ibidem.

Wyniki badania Eurobarometr 2011 pokazały, że internet stanowi główne źródło informacji na temat substancji psychoaktywnych (64%). 37% respondentów wskazało przyjaciół/znajomych jako osoby, do których zwróciliby się o informacje w kwestiach dotyczących narkotyków, a w następnej kolejności byłaby to rodzina lub lekarze/pielęgniarki (po 28%). Co piąty badany zgłosiłby się do specjalistycznej placówki.

RAPORT EUROBAROMETRU 2011 „MŁODZI EUROPEJCZYCY A NARKOTYKI”

Marta Struzik

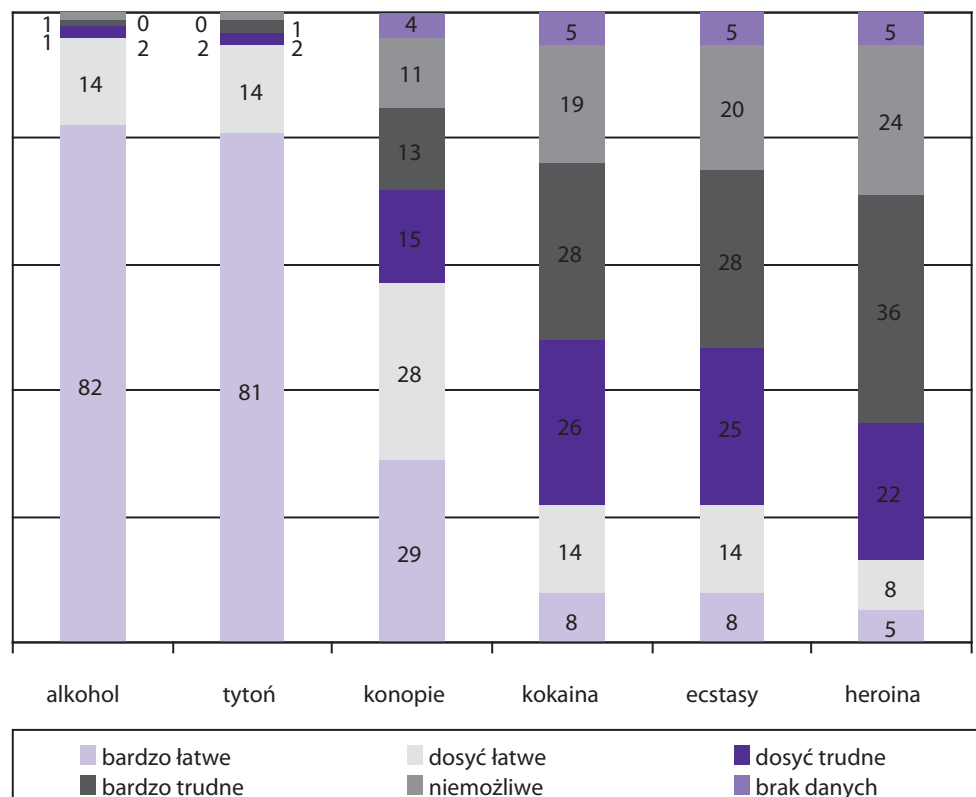
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Komisja Europejska opublikowała raport Eurobarometru dotyczący postaw młodych Europejczyków wobec substancji psychoaktywnych. Badanie zostało przeprowadzone w drodze wywiadów telefonicznych w maju 2011 roku w 27 krajach członkowskich Unii Europejskiej wśród 12 tys. losowo wybranych osób w wieku 15-24 lata. Pomiar ten stanowił kontynuację badań przeprowadzonych w roku 2002, 2004 i 2008.

Przedmiotem badania w 2011 roku były:

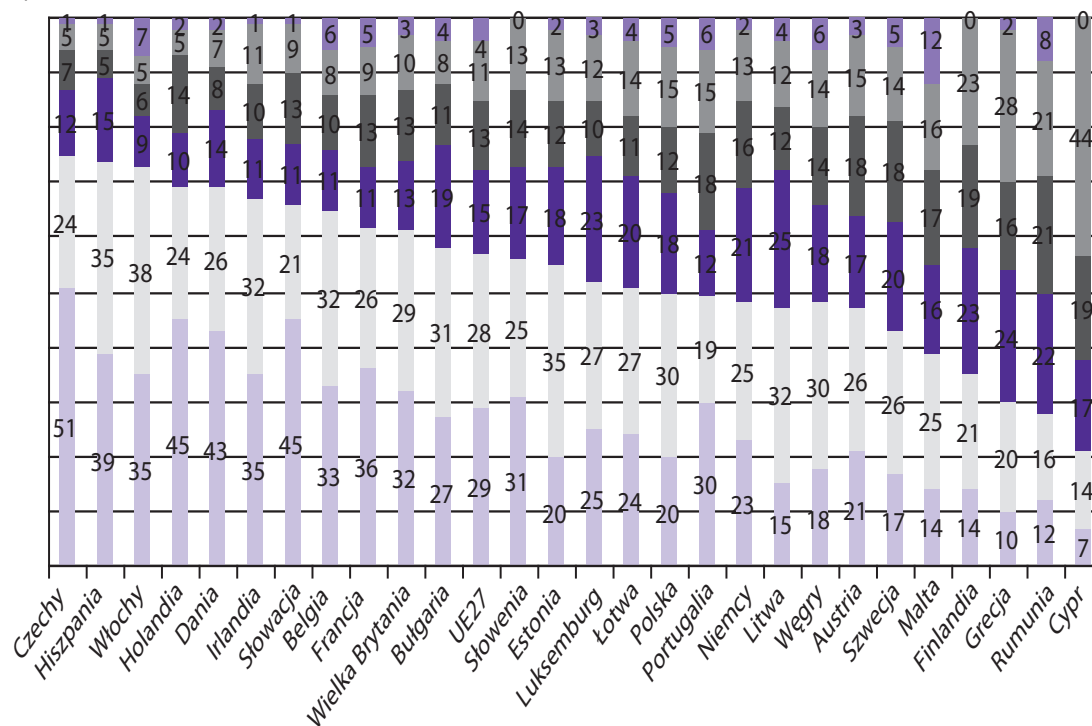
- źródła informacji na temat narkotyków oraz ryzyka związanego z ich używaniem;
- ocena dostępności nielegalnych substancji psychoaktywnych, alkoholu oraz tytoniu;
- pomiar rozpowszechnienia używania konopi;
- spostrzegane przez respondentów ryzyko używania narkotyków;
- postawy wobec różnych sposobów radzenia sobie z problemem narkotyków i narkomanii.

Wykres 1. Jak trudne byłoby zdobycie w ciągu 24 godzin każdej z wymienionych substancji, gdyby badany/a tego chciał/a? (odsetki badanych)



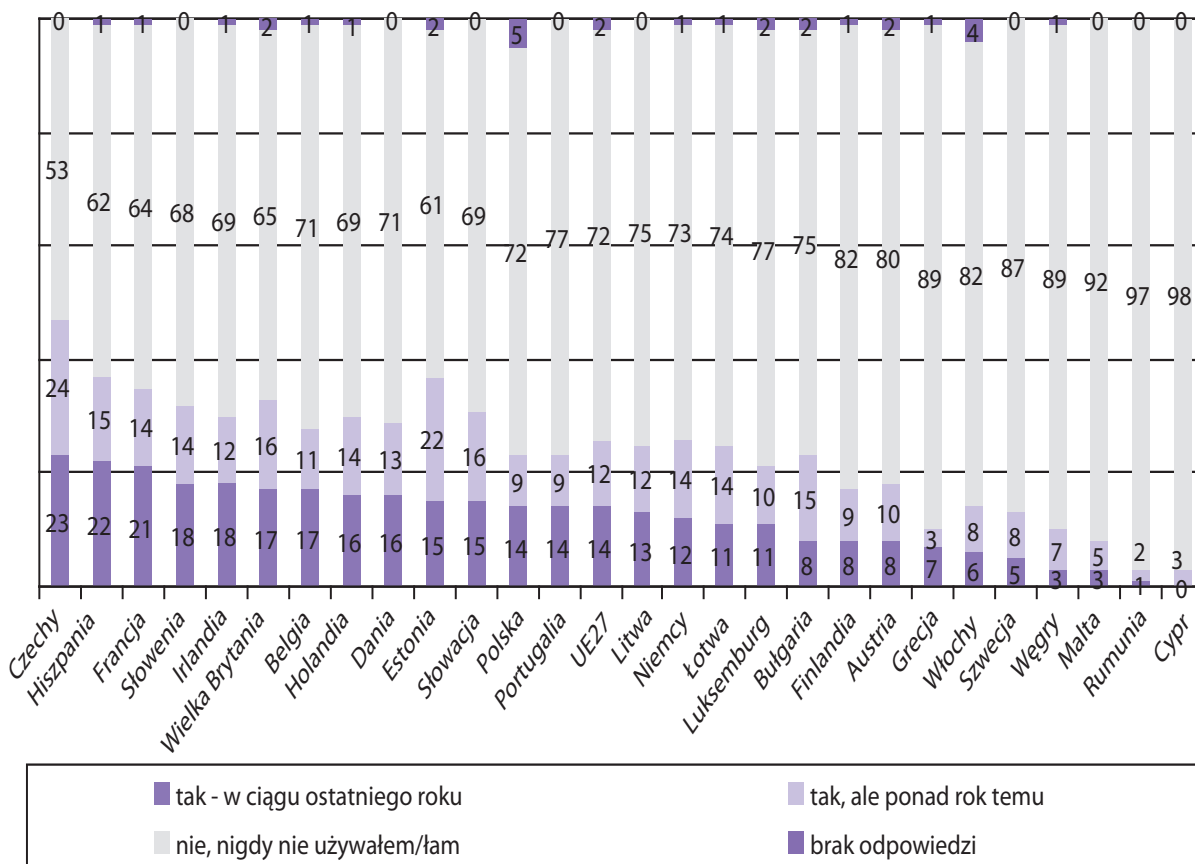
Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 2. Jak trudne byłoby zdobycie w ciągu 24 godzin konopi, gdyby badany/a tego chciał/a? (odsetki badanych)



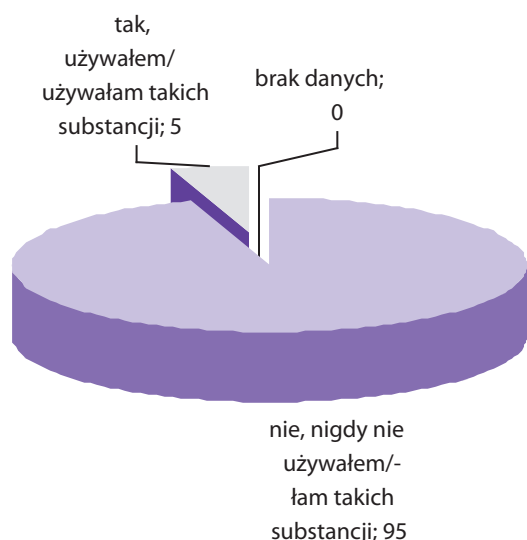
Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 3. Używanie konopi przez respondentów (odsetki badanych)



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 4. Doświadczenia z nowymi substancjami psychoaktywnymi (odsetki badanych)



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

W tej edycji badania po raz pierwszy zapytano respondentów o doświadczenia z używaniem nowych substancji psychoaktywnych (w Polsce zwanych „dopalaczami”).

Dane w raporcie prezentowane są zarówno na poziomie ogólnoeuropejskim, jak i poszczególnych krajów.

Dostępność substancji psychoaktywnych

Osoby badane odpowiadały na pytanie, na ile trudne byłoby dla nich zdobycie wybranych substancji psychoaktywnych w ciągu 24 godzin, gdyby tego chcieli. 57% respondentów wskazało, że zdobycie konopi w tym czasie byłoby dla nich bardzo łatwe lub dosyć łatwe. Dla porównania odsetki te w przypadku kokainy i ecstasy wyniosły po 22%, a heroiny – 13%. Najmniej dostępną substancją według badanych jest heroina (24% respondentów wskazało odpowiedź „niemożliwe”, a 36% „bardzo trudne”). Największy stopień dostępności dotyczył alkoholu i tytoniu (ok. 80% respondentów potwierdziło bardzo łatwy dostęp do tych substancji).

Prawie we wszystkich krajach europejskich większość respondentów wskazywała na utrudniony dostęp do heroiny, kokainy i ecstasy. W przypadku Cypru ponad połowa młodych ludzi deklarowała bardzo trudny lub niemożliwy dostęp do konopi (63%). Z kolei wśród badanych z Czech odnotowano najwyższe odsetki

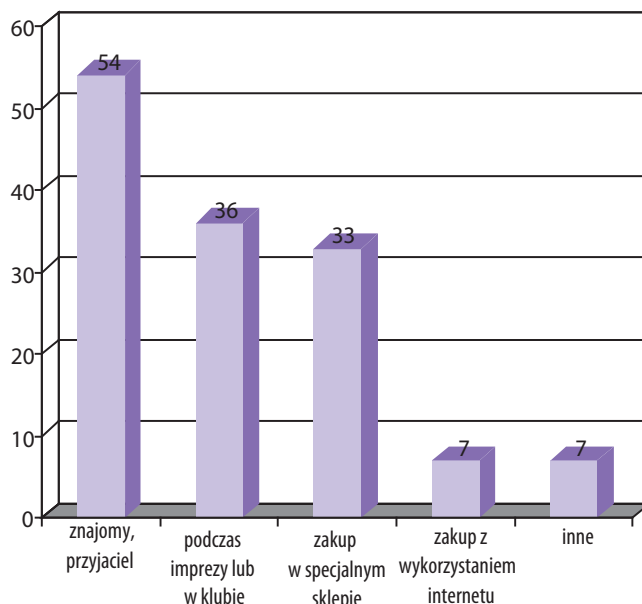
odpowiedzi świadczących o bardzo łatwym lub dosyć łatwym dostępie do konopi (75%). W przypadku Polski połowa osób potwierdza łatwy dostęp do konopi.

Wyniki badania wskazały na zróżnicowane odpowiedzi badanych z poszczególnych krajów europejskich dotyczące oceny dostępności nielegalnych substancji psychoaktywnych. Z kolei w przypadku alkoholu i tytoniu różnice w odpowiedziach nie były już tak znaczne. Prawie we wszystkich krajach UE ponad 90% badanych wskazało na bardzo łatwy lub dosyć łatwy dostęp do papierosów lub innych produktów tytoniowych oraz do alkoholu.

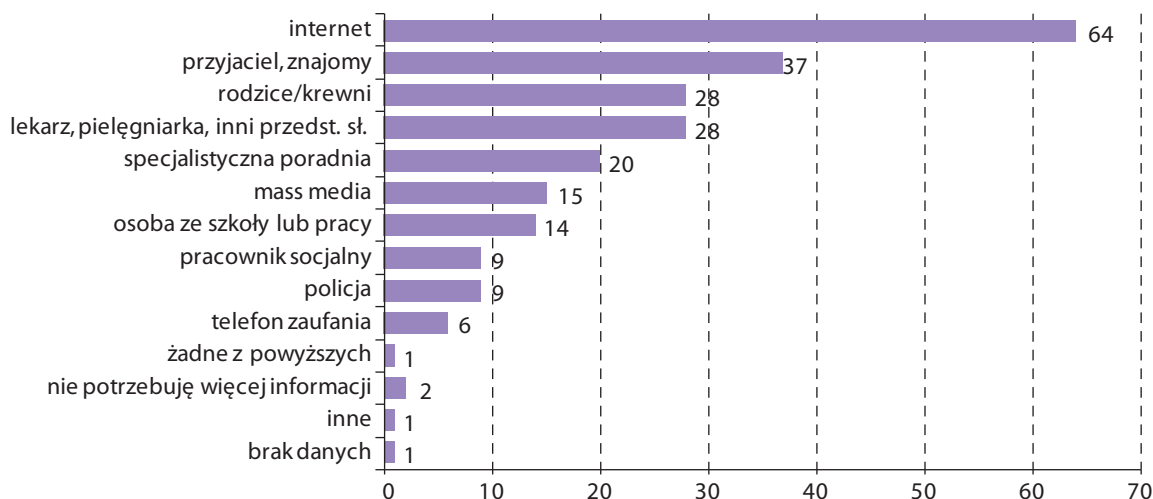
Używanie konopi

W badaniu pytano młodych ludzi o ich doświadczenia z używaniem konopi. 26% respondentów potwierdziło używanie konopi chociaż raz w życiu. W przypadku Czech prawie połowa badanych zadeklarowała użycie konopi (47%), a z kolei 98% młodych ludzi z Cypru nigdy nie miało takich doświadczeń. Najwyższe odsetki respondentów deklaruujących używanie konopi w ciągu ostatniego roku odnotowano w Republice Czeskiej (23%), Hiszpanii (22%) oraz we Francji (21%). Analizując dane z Polski, 72% osób wskazało, że nigdy nie używało konopi, a 14% potwierdziło używanie konopi w ciągu

Wykres 5. Źródła zaopatrywania się w nowe substancje psychoaktywne (odsetki badanych)



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 6. Potencjalne źródła informacji na temat narkotyków (odsetki badanych)

Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

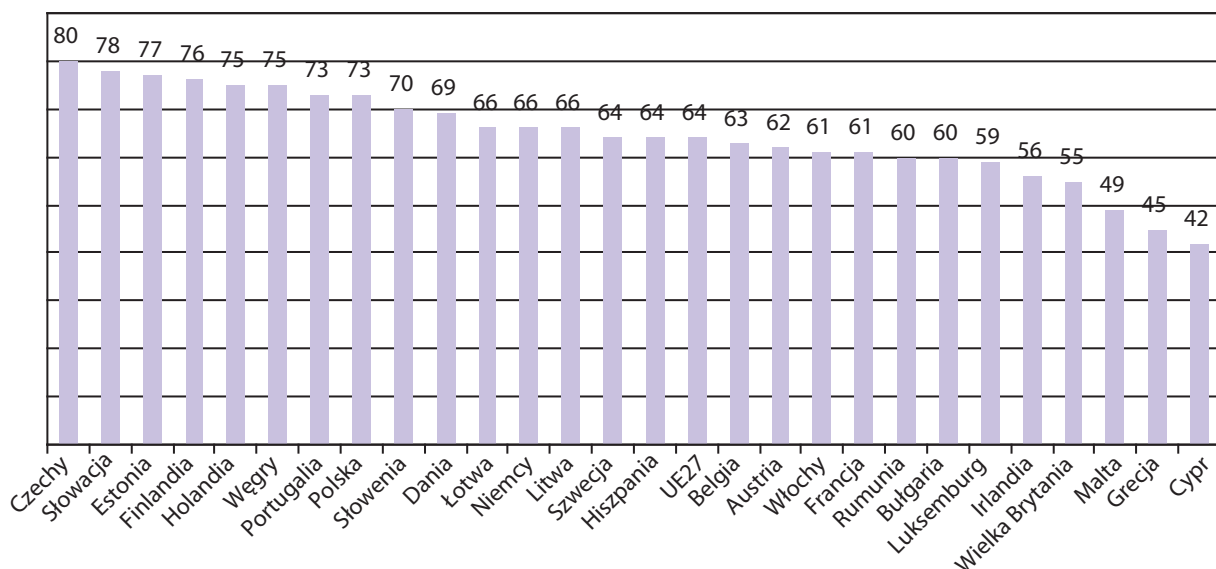
ostatniego roku. Wyniki obu tych wskaźników równe są średniej europejskiej.

Używanie nowych substancji psychoaktywnych

Około 5% wszystkich respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie: czy kiedykolwiek używałeś/łaś substancji, które imitują efekt nielegalnych narkotyków i w pewnych krajach są sprzedawane jako substancje legalne w formie np. proszku, tabletek/pigułek czy ziół?

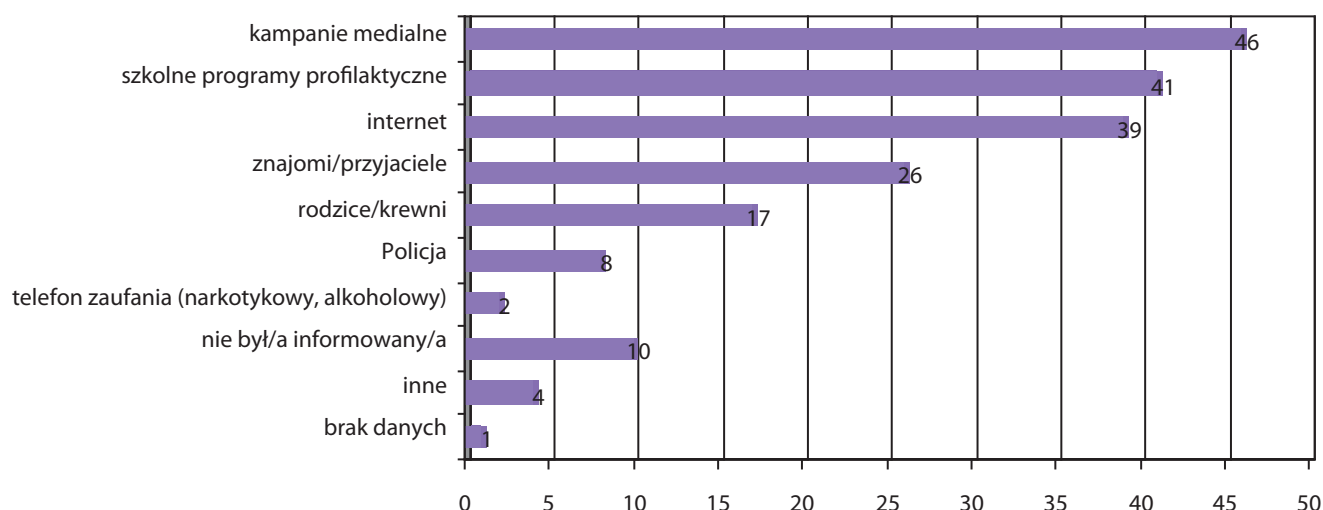
Najwyższe odsetki osób potwierdzających używanie nowych substancji odnotowano w Irlandii (16%), na Łotwie (9%), w Polsce (9%) oraz w Wielkiej Brytanii (8%). Natomiast kraje, w których zaobserwowano najniższe odsetki to Włochy, Malta i Finlandia (ok.1%). Interpretując wyniki uzyskane w ramach tego pytania, należy wziąć pod uwagę ryzyko, że respondenci mogli w różny sposób rozumieć, jakich substancji ono dotyczyło.

Analizując wyniki dotyczące źródeł zaopatrywania się młodych Europejczyków w nowe substancje psy-

Wykres 7. Internet jako potencjalne źródło informacji na temat narkotyków (odsetki badanych)

Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 8. Kanały przekazu informacji o skutkach i ryzyku używania narkotyków (w ciągu ostatniego roku) – odsetki badanych



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

choaktywne, 54% pytanych wskazało znajomych/przyjaciół, 36% otrzymywało propozycje w trakcie imprez lub w klubach, 33% zakupiło te środki w specjalistycznych sklepach, a 7% respondentów dokonało zakupu przez internet.

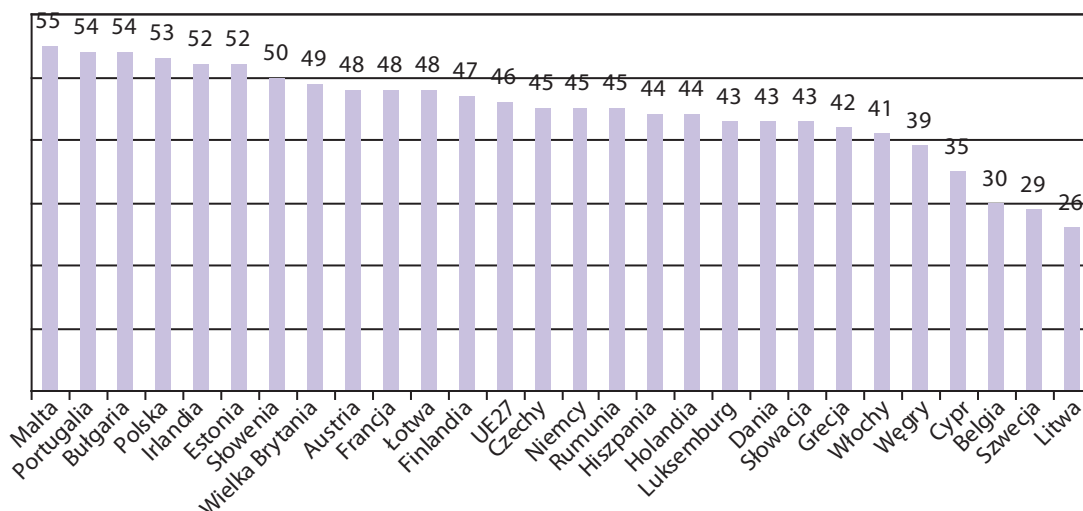
Źródła informacji na temat substancji psychoaktywnych

Wyniki tegorocznego badania, podobnie jak w edycji z roku 2008, wskazały, że internet stanowi główne źródło informacji na temat substancji psychoaktywnych (64% w 2011

roku). 37% badanych wskazało przyjaciół/znajomych jako osoby, do których zwróciliby się o informacje w kwestiach dotyczących narkotyków, a w następnej kolejności byłaby to rodzina lub lekarze/pielęgniarki (po 28%). Co piąty badany zwróciłby się do specjalistycznej placówki.

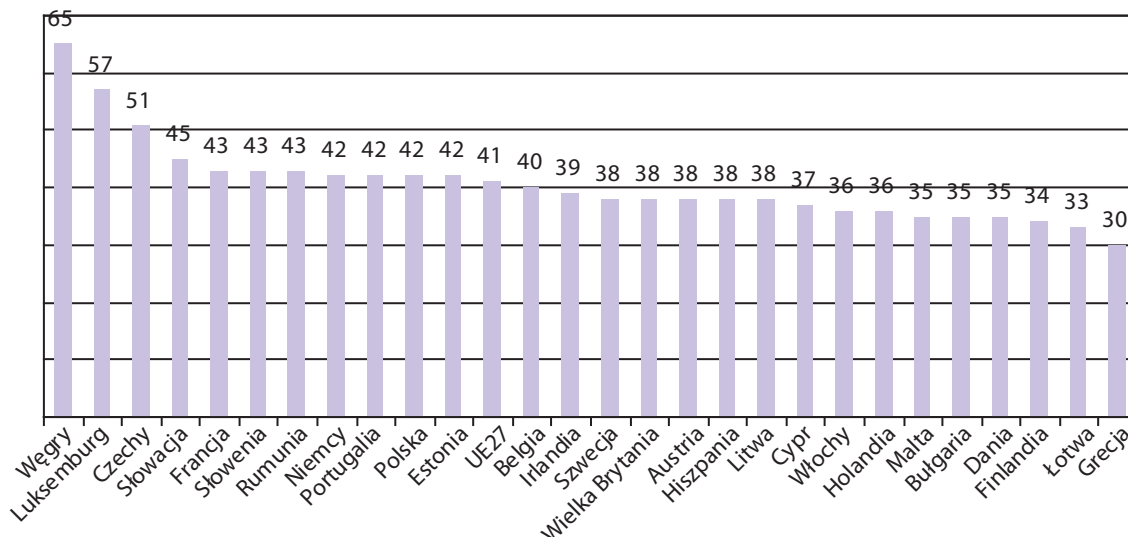
We wszystkich krajach europejskich internet był najbardziej popularnym źródłem informacji. Najwyższe odsetki respondentów wskazujących na to właśnie narzędzie odnotowano w Czechach (80%), na Słowacji (78%), w Estonii (77%) oraz w Finlandii (76%). Dane dla Polski są tylko nieznacznie niższe, osiągając wartość 73%.

Wykres 9. Kampanie medialne jako kanał przekazu informacji o skutkach i ryzyku używania narkotyków (odsetki badanych)



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Wykres 10. Szkolne programy profilaktyczne jako kanał przekazu informacji o skutkach i ryzyku używania narkotyków (odsetki badanych)



Źródło: Flash Eurobarometer (2011).

Tabela 1. Spostrzegane ryzyko używania wybranych substancji (odsetki badanych)

	wysokie ryzyko	średnie ryzyko	niskie ryzyko	brak ryzyka	brak danych
Używanie kokainy regularnie	95	3	0	0	2
Użycie kokainy raz lub dwa	66	24	7	2	1
Używanie ecstasy regularnie	92	5	1	0	2
Użycie ecstasy raz lub dwa	59	26	9	2	4
Używanie konopi regularnie	67	24	6	1	2
Użycie konopi raz lub dwa	23	29	30	14	4
Picie alkoholu regularnie	57	34	7	2	0
Wypicie alkoholu raz lub dwa	5	21	48	27	0

Kanały przekazu informacji o skutkach i ryzyku używania narkotyków

W przypadku kanałów przekazu informacji, za pomocą których młodzi Europejczycy otrzymywali w ciągu ostatniego roku dane na temat skutków i ryzyka używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, najwięcej badanych (46%) wskazało na kampanie w mediach, następnie programy profilaktyczne w szkołach (41%) oraz informacje zamieszczone w internecie (39%).

Wskaźniki dla Polski dotyczące korzystania z informacji przekazanych za pośrednictwem kampanii medialnych oraz szkolnych programów profilaktycznych kształtują się na poziomie powyżej średniej europejskiej.

Ocena potencjalnego ryzyka używania narkotyków różni się w opinii badanych Europejczyków w zależności

od substancji. Najwyższe odsetki osób wskazujących na wysokie ryzyko okazjonalnego używania dotyczyły kokainy (66%) oraz ecstasy (59%). Dla porównania odsetki te w przypadku konopi wyniosły 23%. Najwyższe odsetki dotyczące braku ryzyka dotyczyły wypicia raz lub dwa razy alkoholu (27%).

Więcej informacji na temat wyników pomiaru z 2011 roku dostępnych jest na stronie internetowej Komisji Europejskiej (raport w języku angielskim):

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm#330.

Bibliografia

Drugnet Europe 75 (2011), „Survey results: youth attitudes to drugs”, EMCDDA, July-September 2011.

Flash Eurobarometer, „Youth attitudes on drugs”, European Commission, 2011.

Ostatnie dane dotyczące zakażeń wirusem HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków w Polsce pokazują tendencję spadkową. W 2004 roku takich przypadków było 187, w 2008 roku – 45, a w 2010 roku – 35. W 2010 roku najwięcej zakażeń odnotowano w województwie mazowieckim (11 przypadków) i w województwie dolnośląskim (5).

PROBLEM NARKOTYKÓW I NARKOMANII ORAZ JEGO ZRÓŻNICOWANIE TERYTORIALNE CZ. I

Artur Malczewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

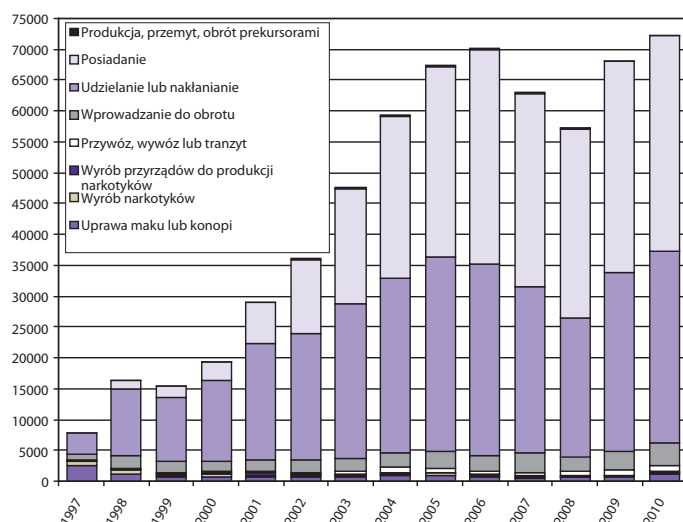
Analiza danych dotyczących problemu narkotykowego wskazuje na duże różnice w tej kwestii pomiędzy regionami. W ramach krajowego systemu monitorującego zbierane są dane dotyczące zjawiska używania narkotyków oraz działań z zakresu redukcji podaży i popytu w poszczególnych województwach. Od wielu lat rozwijany jest zarówno monitoring wojewódzki (sieć ekspertów wojewódzkich), jak i monitoring lokalny zjawiska narkomanii. W grudniu 2011 roku odbyła się trzecia konferencja gmin monitorujących. W pracach nad rozwojem monitorowania lokalnego szczególną aktywność wykazali eksperci z województwa łódzkiego, mazowieckiego oraz małopolskiego, organizując szereg szkoleń dla samorządów gminnych. W 2012 roku

szkolenia odbędą się również w województwie wielkopolskim oraz śląskim. Efektem współpracy w ramach sieci ekspertów były również przeprowadzone wspólnie badania na próbie dorosłych mieszkańców naszego kraju. Po raz pierwszy udało się zrealizować pomiar używania alkoholu, tytoniu, narkotyków, „dopalaczy” oraz występowania zachowań o charakterze hazardowym w całej Polsce i dodatkowo w ośmiu województwach. Przedmiotem niniejszego artykułu jest próba analizy zróżnicowania terytorialnego problemu narkotyków i narkomanii oraz odpowiedzi na to zjawisko na podstawie danych zbieranych przez instytucje centralne, takie jak: Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Komendę Główną Policji,

Ministerstwo Sprawiedliwości oraz kilka innych.

W opracowaniu przedstawiono ostatnie dostępne dane za 2009 i 2010 rok.

Wykres 1. Liczba przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii wykrytych przez policję w latach 1997–2010



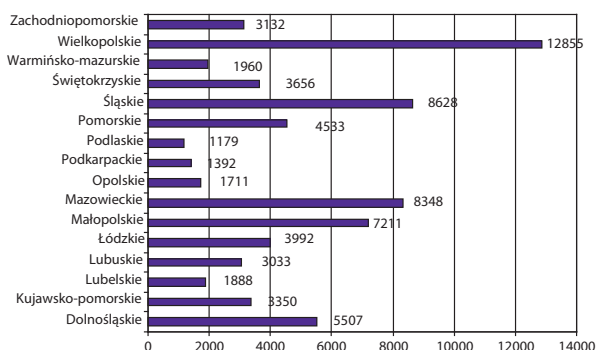
Źródło: Komenda Główna Policji.

Przestępczość narkotykowa

Analiza skali przestępczości narkotykowej (przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) dotyczyć będzie przestępstw stwierdzonych oraz osób podejrzanych. Należy podkreślić, iż w przypadku jednego podejrzanego może być stwierdzone więcej niż jedno przestępstwo. Na poziomie ogólnopolskim przestępstwa związane z posiadaniem narkotyków były najczęściej występującymi i stanowiły 48% wszystkich przestępstw narkotykowych (art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii). W 2010 roku policja odnotowała 72 375 przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Najwięcej było ich w województwie wielkopolskim

(12 855, 18% wszystkich stwierdzonych). Na drugim miejscu było śląskie (8628, 12%), a na trzecim województwo mazowieckie (8348, 12%). Najmniej czynów karalnych, poniżej 2%, zarejestrowano na Podlasiu (1179), w województwie podkarpackim (1392) oraz opolskim (1711). W celu porównania sytuacji pomiędzy województwami, liczba przestępstw została przeliczona na wskaźnik „liczba przestępstw na 100 tys. mieszkańców”. Przy tak określonym wskaźniku na pierwszym miejscu uplasowało się województwo wielkopolskie (376), na drugim rejestrujemy województwo lubuskie (300). W czołówce jest także świętokrzyskie, z niewiele mniejszą liczbą, bo 289. Najniższy poziom przestępstw narkotykowych rejestrujemy w województwie podkarpackim (66), lubelskim (88) oraz podlaskim (99).

Wykres 2. Liczba przestępstw w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw



Źródło: Komenda Główna Policji.

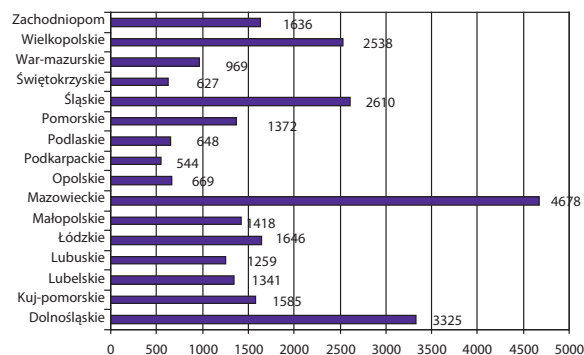
Wykres 3. Wskaźnik liczby przestępstw w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

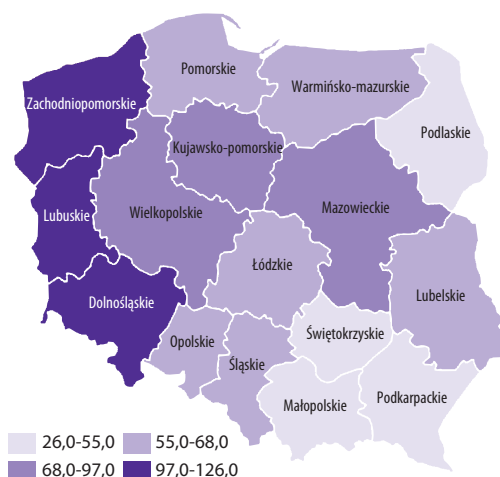
Przyjrzyjmy się liczbie podejrzanych, która, jak to zostało wspomniane, jest mniejsza od liczby przestępstw. W 2010 roku podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii było 26 865 osób. Najwięcej osób zarejestrowano w województwie mazowieckim (4678 osób, 17,5% wszystkich podejrzanych) i dolnośląskim (3325, 13%). Na podium jest również województwo śląskie z liczbą 2610 podejrzanych, co stanowi 10% wszystkich podejrzanych osób. Najmniej przypadków stwierdzono w podkarpackim (544 osoby, 2%), świętokrzyskim (627), podlaskim (648) oraz opolskim (669). W żadnym z tych województw liczba podejrzanych nie przekroczyła 700. Sytuacja się zmienia, jeśli do porównania użyjemy

Wykres 4. Liczba podejrzanych w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw



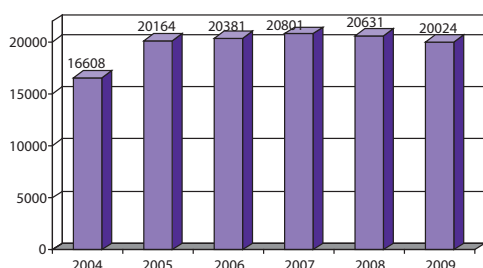
Źródło: Komenda Główna Policji.

Wykres 5. Wskaźnik podejrzanych w 2010 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku – wg województw (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców), dla całej Polski: 70



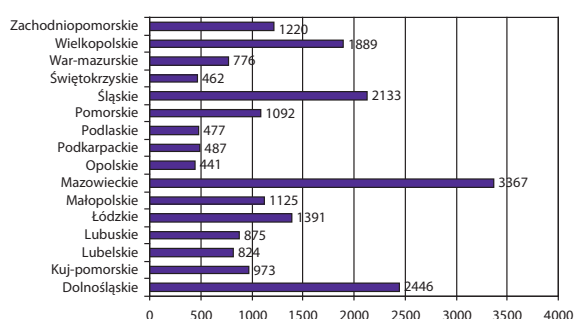
Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Wykres 6. Skazani prawomocnie z ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 roku oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 i 2005 roku (dane z lat 2004–2009)



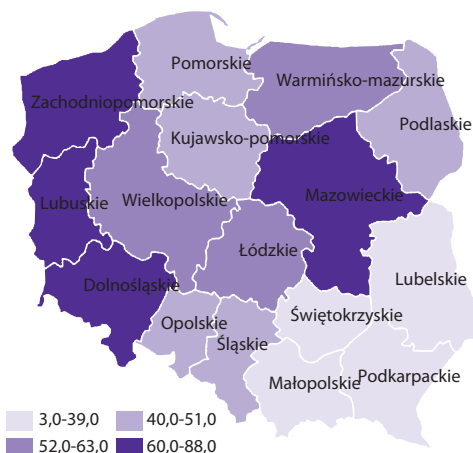
Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Wykres 7. Liczba skazanych prawomocnie przez sądy w 2009 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Wykres 8. Wskaźnik skazanych prawomocnie w 2009 roku z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg województw (średnia dla Polski 52)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

wskaźnika na 100 tys. mieszkańców. Na czele rankingu uplasowało się województwo lubuskie (wskaźnik 125), za nim dolnośląskie (116), a na trzeciej pozycji zachodniopomorskie (97). Pierwsza trójka jest zatem trochę inna niż w przypadku liczb bezwzględnych. Spójrzmy, czy zmiana nastąpiła również w przypadku województw z najmniejszymi liczbami przestępstw. Najmniejsze wskaźniki odnotowało województwo podkarpackie (26), małopolskie (43), świętokrzyskie (50) oraz podlaskie (55). Z wyjątkiem województw opolskiego i małopolskiego układ województw jest taki sam.

Skazani z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Sprawy karne za naruszenie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii są rozpatrywane przez sądy rejonowe właściwe ze względu na miejsce popełnienia przestępstwa. Dane o prawomocnych wyrokach skazujących zawarte są na wykresie 6 i pochodzą ze statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości. Trudno jest je analizować w zestawieniu z danymi policyjnymi, ponieważ osoba podejrzana o popełnienie przestępstwa, wobec której wszczęto postępowanie, może zostać skazana kilka lat później. Analizując ostatnie dostępne informacje, należy zauważyć, że w 2009 roku zarejestrowano niewielki spadek liczby osób skazanych z ustawy przeciwdziałaniu narkomanii (z 20 631 do 20 024). Najwięcej skazanych było w 2007 roku (20 801). Liczba osób skazanych prawomocnie na karę pozbawienia wolności wyniosła 14 739 w 2009 roku, z tego 85% skazanych otrzymało karę w zawieszeniu. Analizując zróżnicowanie terytorialne, można stwierdzić, że najwięcej osób skazanych prawomocnie (ponad 2000) było w województwach: mazowieckim (3 367), dolnośląskim (2 446), śląskim (2 133) i wielkopolskim (1 889). Najmniej takich osób odnotowano w województwach opolskim (441), świętokrzyskim (462), podlaskim (477) oraz podkarpackim (487). W celu porównania sytuacji dane zostały przeliczone na wskaźnik na 100 tys. mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwie lubuskim (87), dolnośląskim (85), zachodniopomorskim (72) oraz mazowieckim (64). Co oznacza, że przy przyjęciu wskaźnika do

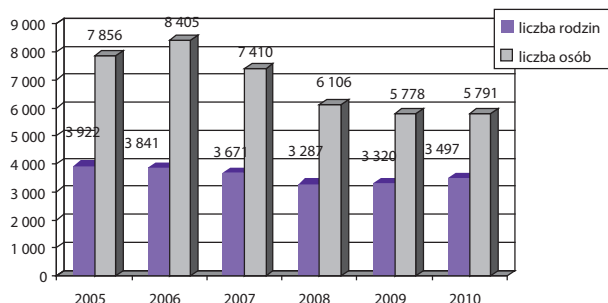
porównań, województwo lubuskie jest na pierwszym miejscu. W pierwszej czwórce nie ma województwa śląskiego, które z wartością 46 przypadków na 100 tys. uplasowało się poniżej średniej ogólnopolskiej wynoszącej 52 osoby. Najniższe wskaźniki odnotowano w województwie podkarpackim (23), małopolskim (34), świętokrzyskim (36) oraz lubelskim (38). Województwa świętokrzyskie oraz podkarpackie rejestrują zatem zarówno najmniejsze liczby bezwzględne, jak i wskaźniki na 100 tys. mieszkańców.

Patrząc na wskaźniki dotyczące przestępczości narkotykowej, zarysowuje się wyraźny podział na województwa o dużej skali przestępczości narkotykowej (województwa zachodnie) i te o niskiej skali – województwa wschodniej oraz południowo-wschodniej Polski. Przyjrzyjmy się, jak wygląda sytuacja dotycząca problemów związanych z narkotykami, takich jak marginalizacja społeczna oraz zgony i zakażenia HIV spowodowane zażywaniem narkotyków.

Świadczenia pomocy społecznej udzielane z powodu problemu narkomanii

Centrum Informacji w ramach monitorowania problemu narkotyków i narkomanii analizuje dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS) dotyczące liczby rodzin oraz osób objętych świadczeniami pomocy społecznej z powodu narkomanii. Dane MPiPS są źródłem informacji dotyczącym marginalizacji osób używających narkotyków, ale również pokazują skalę zaangażowania środków pomocy społecznej we wspieranie osób uzależnionych i ich rodzin. Najniższą

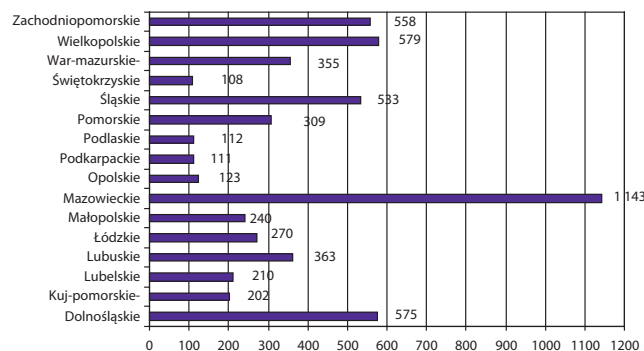
Wykres 9. Liczba rodzin oraz osób, którym udzielono świadczeń pomocy społecznej z powodu problemu narkomanii w latach 2005–2010



Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2010.

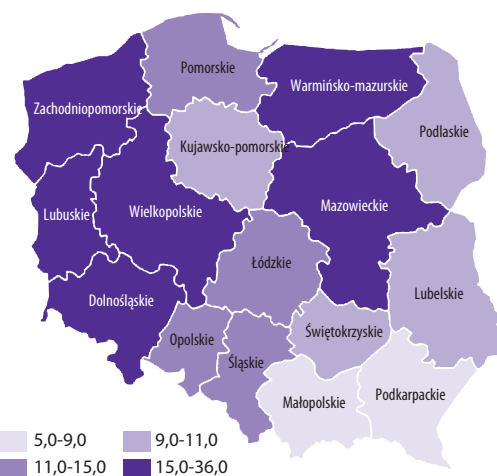
wartość odnotowujemy dla województw południowo-wschodniej Polski oraz podlaskiego. Od 2005 roku liczba rodzin, które otrzymały pomoc w związku z występowaniem problemu narkomanii, zmniejszała się i osiągnęła najniższą wartość w 2008 roku. W 2010 roku wskaźnik ten nieznacznie wzrósł. W roku 2010 świadczenia przyznano 3497 rodzinom, z tego 462 na wsi. W sumie pomocą społeczną objęto 5791 osób. Jest to wzrost liczby rodzin w porównaniu do roku 2009, kiedy to pomoc otrzymało 3320 rodzin (448 ze wsi), jednakże liczba osób jest podobna – 5778. Drugim wskaźnikiem jest liczba osób w rodzinach. Najwięcej osób otrzymało pomoc w roku 2006 – 8045. Od tego

Wykres 10. Liczba osób, którym udzielono świadczeń pomocy społecznej z powodu problemu narkomanii w 2010 roku



Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2010.

Wykres 11. Liczba osób, którym udzielono świadczeń pomocy społecznej z powodu problemu narkomanii w 2010 roku – wskaźnik na 100 tys. osób (średnia dla Polski 15)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej 2010.

roku odnotowujemy tendencję spadkową aż do roku 2009 i stabilizacją w roku 2010.

Najwięcej osób otrzymało tego typu pomoc w województwach mazowieckim (1143), wielkopolskim (579), dolnośląskim (575), zachodniopomorskim (558) oraz śląskim (533). Najmniej osób skorzystało z tego świadczenia w województwie świętokrzyskim (108), podkarpackim (111), podlaskim (112) oraz opolskim (123). Do porównania sytuacji między województwami przyjęto wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, który dla Polski wynosi 15 osób. Ponad dwukrotnie wyższy wskaźnik zarejestrowano w lubuskim (36) i zachodniopomorskim (33). Wysoki wskaźnik odnotowujemy również dla województw warmińsko-mazurskiego (25) oraz mazowieckiego (22). Ponad średnią ogólnopolską jest także województwo dolnośląskie (20) i wielkopolskie (17). Pozostałe regiony zarejestrowały nie więcej niż 15 przypadków. Najmniej świadczeń pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców udzielono w województwach podkarpackim (5), małopolskim (7), podlaskim oraz świętokrzyskim (po 9).

Zgony z powodu narkotyków

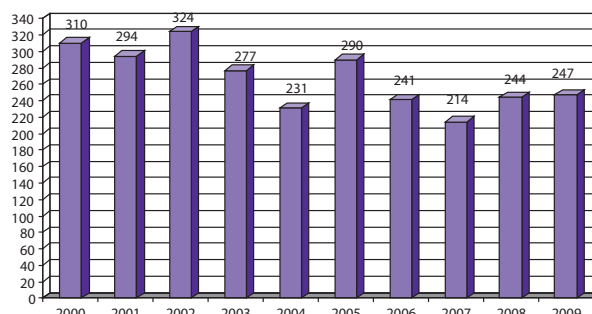
Informacje o zgonach z powodu narkotyków w Polsce zbierane są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS). Dane przekazywane przez GUS do CINN zawierają informacje o miejscu zgonu, informacje socjodemograficzne o osobie, która przedawkowała narkotyki, jak również informacje o rodzaju substancji lub przyczynie, z powodu której nastąpił zgon (według kodów ICD). Do 1996 roku stosowana była IX rewizja ICD, od 1997 roku dane są kodyfikowane według X rewizji ICD. Krajową definicję zgonu z powodu narkotyków tworzą następujące kody ICD X: F11-12, F14-16, F19, X42, X62, Y12, X44, X64, Y14. Brak drugiego kodu w określaniu przyczyny zgonu powoduje, że w przypadku większości śmiertelnych przedawkowań nie znamy rodzaju substancji, która była przyczyną zgonu.

Sytuacja w Polsce

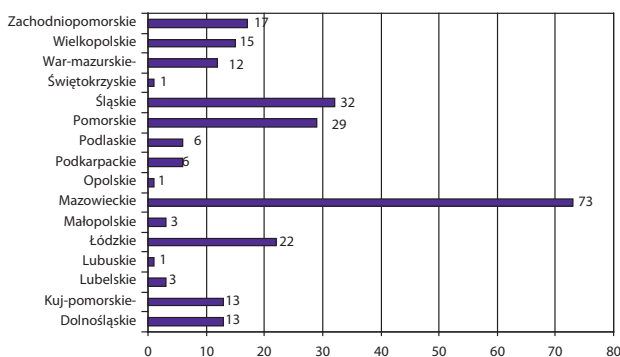
Analizując dane za lata 2000–2009, można stwierdzić, że liczba zgonów zmienia się w przedziale 214–324 przypadki. Lata 2000–2002 charakteryzują się naj-

wyższą liczbą zgonów oraz najwyższymi wskaźnikami na 100 tys. mieszkańców (od 0,77 w 2001 roku do aż 0,85 w 2002 roku). Należy podkreślić, że nigdy ten wskaźnik nie osiągnął jednego przypadku na 100 tys. mieszkańców. W latach 2003–2008 liczba zgonów fluktuuje pomiędzy 214 (2007 rok) a 290 (2005 rok), zbliżając się tylko w 2005 roku do wysokich wartości z początku XXI wieku. Porównując ostatnie dostępne dane w tym obszarze za 2009 rok, rejestrujemy podobny poziom zgonów jak w roku 2008, kiedy odnotowano 247 zgonów z powodu narkotyków. W 2009 roku najwięcej zgonów w Polsce zarejestrowano w województwie mazowieckim – 73 osoby (30% wszystkich zgonów w Polsce). Na drugim miejscu było województwo śląskie z liczbą 32 przypadków (13%), a trzecią pozycję zajęło pomorskie – 29 zgonów (12%). Najmniej zgonów było w województwach świętokrzyskim, opolskim oraz lubuskim – po jednym przypadku. W celu wyeliminowania czynnika wielkości województwa dane zostały przeliczone na 100 tys. mieszkańców. W 2009 roku najwyższy wskaźnik zgonów z powodu narkotyków został odnotowany w województwie mazowieckim (1,40), podobnie jak przy liczbach bezwzględnych. Niewiele mniejszy wskaźnik zarejestrowano w województwie pomorskim (1,30). Jeden zgon na 100 tys. mieszkańców przypadł w województwie zachodniopomorskim. Powyżej średniej ogólnopolskiej (0,64) uplasowały się również trzy inne województwa: łódzkie (0,87), warmińsko-mazurskie (0,84) oraz śląskie (0,69). Najniższe wskaźniki odnotowano w województwie świętokrzyskim (0,08), małopolskim (0,09) oraz lubuskim i opolskim (0,10).

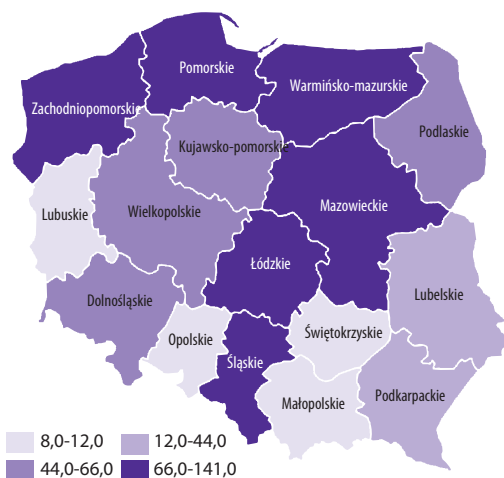
Wykres 12. Zgony z powodu narkotyków w latach 2000–2009



Źródło: GUS.

Wykres 13. Liczba zgonów z powodu narkotyków w 2009 roku – wg województw

Źródło: GUS.

Wykres 14. Wskaźnik zgonów z powodu narkotyków w 2009 roku – wg województw (dla całej Polski 0,64)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

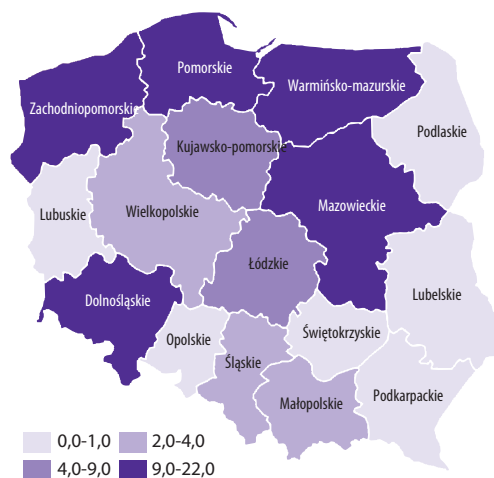
Zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków

Ostatnie dane dotyczące zakażeń wirusem HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków w Polsce pokazują tendencję spadkową. W 2004 roku takich przypadków było 187, w 2008 roku – 45, a w 2010 roku – 35. Dane za 2010 rok mogą nieznacznie jeszcze wzrosnąć, ponieważ informacje o nowych zakażeniach napływają z pewnym opóźnieniem. Rejestr prowadzony jest przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Centrum Informacji corocznie otrzymuje dane z NIZP, które są następnie wyko-

rzystywane do analiz wielowskaźnikowych. W 2010 roku najwięcej zakażeń odnotowano w województwie mazowieckim (11 przypadków), a następnie w województwie dolnośląskim (5). W województwie zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, pomorskim i łódzkim stwierdzono po dwa przypadki zakażenia, a po jednym przypadku w wielkopolskim, śląskim, małopolskim oraz kujawsko-pomorskim. W pozostałych województwach nie odnotowano ani jednego przypadku. Odnosnie do 7 osób nie zidentyfikowano województwa.

Na wykresie 15 przedstawiono dane dotyczące nowych zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków na 100 tys. mieszkańców za rok 2010. Najwyższe wskaźniki były w województwie mazowieckim (0,21), dolnośląskim (0,17), warmińsko-mazurskim (0,14) oraz zachodniopomorskim (0,12). Województwo pomorskie ze wskaźnikiem (0,09) było na poziomie średniej ogólnopolskiej.

W następnej grupie znalazły się województwa z północnej i centralnej Polski: kujawsko-pomorskie (0,09) oraz łódzkie (0,08). W trzeciej grupie, gdzie odnotowano przypadki zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, są województwa wielkopolskie (0,03), małopolskie (0,03) oraz śląskie (0,02). W pozostałych regionach, tak jak wspomniano wcześniej, nie odnotowano żadnych przypadków zakażeń.

Wykres 15. Wskaźnik nowych zakażeń HIV z powodu iniekcyjnego używania narkotyków (średnia 0,09)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych NIZP.

Opinie niemal połowy uczniów radomskich szkół ponadgimnazjalnych o narkotykach można uznać za liberalne: 8% jest zdania, że wszystko jest dla ludzi, 22% twierdzi, że fakt, że ktoś bierze narkotyki, jest jego wyborem, a 16% przyznaje, że biorąc narkotyki, trzeba być ostrożnym. Jednak kolejnych 47% uczniów wyraża radykalny pogląd, że narkotyków nie należy nawet próbować.

PROBLEM NARKOTYKOWY W RADOMIU – WYNIKI MONITORINGU

Elżbieta Swend

Urząd Miejski Radom, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

Justyna Senator, Monika Łochowska-Maj, Amelia Miernik

Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN

Radom to miasto na prawach powiatu, położone w województwie mazowieckim. Liczba jego mieszkańców wynosi 222 496 osób (dane z 31 grudnia 2010 roku). Przemiany społeczno-gospodarcze zachodzące w kraju wpłynęły niekorzystnie na sytuację miasta i jego mieszkańców. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest rosnące bezrobocie (22,5%), które dotyka wszystkie grupy wiekowe i zawodowe, niezależnie od wykształcenia i płci. Tak wysokie bezrobocie pociąga za sobą wiele niekorzystnych zjawisk społecznych, jak: ubóstwo, bezdomność, uzależnienia, przemoc, przestępczość, utrata poczucia bezpieczeństwa, bezradność życiowa, napięcia społeczne, pogorszenie stanu zdrowia.

Monitoring problemu narkomanii

Niniejszy artykuł został przygotowany na podstawie raportu opracowanego przez zespół składający się z inspektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Gminy Miasta Radom oraz pracowników Stowarzyszenia Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN. Przedstawione informacje pochodzą z rocznych spra-

wozdań z realizacji KPPN z Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej, Poradni Uzależnień i Rodzinnej KARAN, Poradni Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR oraz z Komendy Miejskiej Policji – Wydziału do Walki z Przestępczością Narkotykową.

Problemem występującym podczas tworzenia raportu okazała się analiza dokumentów z wymienionych instytucji, a związane jest to ze zmianami formularzy do sprawozdań na przestrzeni lat 2006–2010.

Na podstawie raportów zleconych przez gminę w 2004 i 2007 roku wynika, że problem narkotykowy wśród dzieci i młodzieży szkolnej w Radomiu nie uległ pogłębieniu. Zmieniła się grupa wiekowa eksperymentujących z narkotykami, popularne są narkotyki syntetyczne (amfetamina), a także przetwory konopi i heroina przeznaczona do palenia.

Problemove używanie narkotyków zostało przeanalizowane na podstawie danych z Poradni KARAN i MONAR.

Analizując informacje wynikające z tabeli 1, widzimy, iż liczba osób z aktywnym zespołem uzależnień utrzymuje się na przestrzeni lat 2006–2010 na podobnym poziomie.

Tabela 1. Osoby problemowo używające narkotyków (średnia wyciągnięta ze wszystkich miesięcy)

	2006	2007	2008	2009	2010
Osoby z aktywnym zespołem uzależnień	15	-	16	15	13
Osoby eksperymentujące	26	16	20	25	55
Osoby po leczeniu w ośrodkach	4	-	3	6	10
Osoby uzależnione	-	12	7	-	-
Osoby używające narkotyków szkodliwie (nieuzależnione)	-	8	3	-	-

Źródło: Poradnia KARAN.

Od 2007 roku rośnie liczba osób eksperymentujących z narkotykami (w 2007 roku było to 16 osób, w 2010 roku – 55). Podobna tendencja utrzymuje się w grupie osób po leczeniu w ośrodkach i według danych takich osób w 2010 roku było 10. Wskaźniki dotyczące osób uzależnionych i osób używających narkotyków szkodliwie (nieuzależnionych) w latach 2007 i 2008 pochodzą z innego formularza sprawozdawczego, co uniemożliwia porównanie ich z innymi latami.

Z danych przedstawionych przez Poradnię MONAR wynika, że w 2007 roku nastąpił znaczny wzrost osób uzależnionych od narkotyków w porównaniu z rokiem 2006 (z 23 do 49). Natomiast w 2008 roku odnotowano spadek do 35 osób. Z kolei w roku 2009 zarejestrowano

ponowny wzrost – 42 osoby, a w roku 2010 niewielki spadek do 38 osób.

Patrząc na wskaźnik dotyczący osób eksperymentujących z narkotykami, to w roku 2007 zauważono jego ponad dwukrotny wzrost w stosunku do roku 2006 (z 217 do 555 osób). Porównując kolejne lata, widać duży spadek – do 189 osób w 2009 roku i utrzymujący się na podobnym poziomie (192 osoby) rok 2010.

Postawy dzieci i młodzieży wobec narkotyków

Uczniowie klas III szkoły podstawowej w większości wyrażają opinię, że narkotyków nie należy nawet

Tabela 2. Osoby problemowo używające narkotyków

	2006	2007	2008	2009	2010
Osoby uzależnione	23	49	35	42	38
Osoby eksperymentujące	217	555	-	189	192
Osoby używające narkotyków szkodliwie (nieuzależnione)	37	58	-	-	-
Osoby utrzymujące abstynencję	10	71	-	-	-

Źródło: Poradnia MONAR.

Tabela 3. Profilaktyka pierwszorzędowa w szkołach w ramach GPPN

Profilaktyka pierwszorzędowa	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami	Osoby ogólnie 33 963	10 942	29 064	30 875	500
Liczba dorosłych objętych działaniami		160	1611	-	-
Liczba placówek	78	79	77	74	21
Liczba realizowanych programów	92	20	9	7	2
Liczba organizacji pozarządowych realizujących działania	3	4	8	1	1

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

Tabela 4. Profilaktyka pierwszorzędowa poza szkołami w ramach GPPN

Profilaktyka pierwszorzędowa	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami	Osoby ogólnie 7 900	4800	4928	1369	2880
Liczba dorosłych objętych działaniami		314	310	235	220
Liczba placówek	34	48	88	41	20
Liczba realizowanych programów	34	67	61	41	11
Liczba organizacji pozarządowych realizujących działania	15	45	61	41	71

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

próbować (93%), 2% jest zdania, że trzeba uważać, bo narkotyki uzależniają, a 5% jest zdania, że jeśli ktoś chce próbować – to jest to jego sprawa. Wśród szóstoklasistów 82% jest zdania, że nie należy nawet próbować narkotyków, 10% twierdzi, że próbując należy uważać, bo można się uzależnić, a 8% wyraża liberalną opinię, że jeśli ktoś chce brać, to jego sprawa. Wśród gimnazjalistów 56% wyraża radykalny pogląd, że narkotyków nie należy nawet próbować, a tylko 2% uważa, że „wszystko jest dla ludzi”. 19% jest zdania, że narkotyków można spróbować, należy jednak uważać, by się nie uzależnić; 16% stwierdza, że jeśli ktoś bierze narkotyki, to jego sprawa. 6% uczniów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, co może wskazywać na brak jednoznacznej postawy wobec środków odurzających. Opinie niemal połowy uczniów szkół ponadgimnazjalnych o narkotykach można uznać za liberalne: 8% jest zdania, że wszystko jest dla ludzi, 22% twierdzi, że fakt, że ktoś bierze narkotyki, jest jego wyborem, 16% przyznaje, że biorąc narkotyki, trzeba być ostrożnym. Kolejnych 47% uczniów wyraża radykalny pogląd, że narkotyków nie należy nawet próbować. 8% uczniów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, co może wskazywać na brak jednoznacznej postawy wobec środków odurzających.

Jeżeli chodzi o dostępność narkotyków, to odpowiedzi na pytanie o możliwość zakupu narkotyków na terenie szkoły (gimnazjum) rozkładają się równomiernie, połowa uczniów uważa, że na terenie szkoły można kupić narkotyki. 40% uczniów twierdzi, że wiedziałoby, do kogo się zwrócić z prośbą o „załatwienie narkotyków”. Zdaniem badanych najłatwiej zaopatrzyć się w narkotyki w dyskotecie (55%). Młodzież ze szkół ponadgimnazjalnych (37%) uważa, że na terenie szkoły można kupić narkotyki. 49% deklaruje, że wiedziałoby do kogo się zwrócić z prośbą o „załatwienie narkotyków”; zdaniem uczniów najłatwiej zaopatrzyć się w narkotyki w dyskotecie (57%).

Działania podejmowane w gminie

Zadania profilaktyczne podejmowane w Radomiu wynikają z następujących dokumentów:

- Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Radomia na lata 2005–2010 – jest to średniookresowy dokument planistyczny, uwzględniający w szczególności programy pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, które mają na celu wspieranie grup szczególnego ryzyka, prowadząc do ich integracji.

Tabela 5. Profilaktyka drugorzędowa w szkołach w ramach GPPN

Profilaktyka drugorzędowa	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami	Osoby ogólnie 345	-	360	350	300
Liczba dorosłych objętych działaniami		-	-	-	-
Liczba placówek	16	-	16	17	17
Liczba realizowanych programów	16	-	16	17	1

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

Tabela 6. Profilaktyka drugorzędowa poza szkołami w ramach GPPN

Profilaktyka drugorzędowa	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami	Osoby ogólnie 475	452	267	450	350
Liczba dorosłych objętych działaniami		275	333	200	281
Liczba placówek	-	2	2	2	2
Liczba realizowanych programów	-	3	2	2	2
Liczba organizacji pozarządowych realizujących działania	2	3	2	2	2

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

- Program „Bezpieczny Radom” na lata 2006–2010 – ma on na celu poprawę bezpieczeństwa i porządku publicznego w mieście. W obszarze działań zapobiegawczych dotyczących ochrony rodziny jednym z zadań jest zwalczanie narkomanii i alkoholizmu.
- Gminny Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2009–2011 – celem programu jest ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych oraz zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Poniżej przedstawione zostały wybrane działania zrealizowane w ramach GPPN w latach 2006–2010.

Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami w ramach profilaktyki pierwszorzędowej w szkołach do roku 2009 rosła (30 875), natomiast w roku 2010 gwałtownie spadła (do 500 osób). Jest to wynik znacznego zmniejszenia się liczby placówek i programów, które realizowały działania w ramach profilaktyki pierwszorzędowej. Z tego względu również dorośli nie zostali uwzględnieni w tych programach w latach 2009–2010.

Pod pojęciem „liczba placówek” w roku 2008 (88) zostały uwzględnione nie tylko placówki, ale również działania realizowane w ramach profilaktyki pierwszorzędowej poza szkołami, takie jak: zajęcia w świetlicach, kolonie

socjoterapeutyczne, zajęcia dodatkowe z uwzględnieniem socjoterapii. Analizując wskaźnik wszystkich odbiorców profilaktyki pierwszorzędowej realizowanej poza szkołami, zauważamy zdecydowany spadek w tym względzie z 7900 osób w 2006 roku do 1604 w 2009 roku. Natomiast w roku 2010 obserwujemy wzrost liczby odbiorców tego typu działań – do 3100 osób. Przyczyną takiego spadku może być zdecydowanie mniejsza liczba placówek i liczba realizowanych programów. Wzrost odnotowany w 2010 roku może być spowodowany zdecydowanie większą liczbą organizacji pozarządowych, które realizowały te działania. Dodatkowo w latach 2009–2010 na terenie Radomia została przeprowadzona kampania medialna w ramach działań profilaktyki pierwszorzędowej poza szkołami. Wzięło w niej udział 170 tys. dzieci i dorosłych.

Liczba dzieci i młodzieży objętych działaniami w ramach profilaktyki drugorzędowej w szkołach była na stałym poziomie do 2009 roku. Natomiast w 2010 roku nieznacznie spadła. Może to być spowodowane tym, iż w 2010 roku liczba realizowanych programów zmniejszyła się z 17 (w 2009 roku) do 1 (w 2010 roku). Z tabeli 5. wynika, że w roku 2007 nie była realizowana profilaktyka drugorzędowa w szkołach. Takie działania były podejmowane poza szkołami – w świetlicach socjoterapeutycznych i poradniach finansowanych z GPPA.

Tabela 7. Koszty realizacji profilaktyki w ramach GPPN

	2006	2007	2008	2009	2010
Koszty poniesione w ramach profilaktyki pierwszorzędowej	489 671 zł	1 168 475 zł	1 150 000 zł	671 500 zł	828 500 zł
Koszty poniesione w ramach profilaktyki drugorzędowej	138 748 zł	35 600 zł	153 257 zł	206 184 zł	137 000 zł
Całkowity koszt działań profilaktyki pierwszorzędowej i drugorzędowej	628 419 zł	1 204 075 zł	1 303 257 zł	877 684 zł	965 500 zł

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

Tabela 8. Dane dotyczące realizacji programów w poradniach uzależnień w ramach GPPN

	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba programów	Brak wsparcia finansowego	Brak wsparcia finansowego	3	2	2
Liczba placówek			3	2	2
Liczba odbiorców			728	650	520
Poniesione koszty			235 435	32 000	32 000

Źródło: Sprawozdania miasta Radom z realizacji KPPN.

Liczba dzieci i młodzieży oraz dorosłych objętych działaniami w zakresie profilaktyki drugorzędowej poza szkołami w 2007 roku wynosiła łącznie 727 i był to prawie dwukrotny wzrost w porównaniu z rokiem 2006. Natomiast w następnych latach liczba odbiorców tych działań zmalała i utrzymywała się na podobnym poziomie aż do roku 2010.

Różnica kosztów poniesionych w ramach profilaktyki drugorzędowej w roku 2007 w porównaniu z pozostałymi latami wynika między innymi ze zmiany druku sprawozdań wpływających do Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego. Kwota ta dotyczyła wyłącznie działań realizowanych w obszarze przeciwdziałania narkomanii, natomiast od roku 2008 możliwe było łączenie działań dotyczących przeciwdziałania narkomanii z działaniami na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych. Są to głównie koszty Poradni KARAN i Poradni MONAR, natomiast inne programy z profilaktyki drugorzędowej zawierały się w sprawozdaniach z Gminnego Programu Przeciwdziałania Alkoholizmowi.

Leczenie i rehabilitacja na terenie Gminy Miasta Radom odbywa się w następujących placówkach:

- Poradnia Uzależnień i Rodzinna KARAN;
- Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień MONAR;
- NZOZ Ośrodek Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych Stowarzyszenia KARAN – placówka stacjonarna;

- Oddział Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu – oddział detoksykacyjny i placówka stacjonarna.

W latach 2006 i 2007 placówki zajmujące się leczeniem, rehabilitacją i readaptacją społeczną nie otrzymały wsparcia finansowego ze strony Gminy Miasta Radom. Działania tego rodzaju zyskały wsparcie finansowe od roku 2008, jednak kwota dotacji w roku 2009 i 2010 znacznie się zmniejszyła w porównaniu z rokiem 2008. Nie miało to jednak wpływu na liczbę odbiorców.

W roku 2006 liczba osób objętych poradnictwem w Poradni MONAR i Poradni KARAN na terenie Radomia wynosiła 751, a w 2007 roku znacznie wzrosła, aż do 1574. Natomiast w 2008 roku gwałtownie spadła (do 600 osób) i w kolejnych latach 2009 i 2010 utrzymywała się na względnie stałym poziomie. Niewykluczone, że odnotowane osoby mogą być jednocześnie odbiorcami działań ze strony Poradni MONAR i Poradni KARAN.

Natomiast readaptacja społeczna jest prowadzona przez Stowarzyszenie KARAN w oparciu o hostel readaptacyjny, który przyjmuje osoby z ośrodków readaptacyjnych KARAN. Program postrehabilitacyjny realizowany w placówce obejmuje pomoc w poszukiwaniu pracy,

Tabela 9. Liczba osób objętych poradnictwem w Poradni MONAR i Poradni KARAN

	2006		2007		2008		2009		2010	
	MONAR	KARAN	MONAR	KARAN	MONAR	KARAN	MONAR	KARAN	MONAR	KARAN
Liczba osób objętych poradnictwem	561	190	1132	442	300	300	300	350	440	276
Ogółem	751		1574		600		650		716	

Źródło: Poradnia MONAR i Poradnia KARAN.

Tabela 10. Liczba osób objętych programem „Streetworker”, godzin przeznaczonych na jego realizację oraz koszty

	2006	2007	2008	2009	2010
Chłopcy	159	235	235	286	353
Dziewczęta	61	99	133	218	306
Ogółem osoby	220	334	368	504	659
Godziny	90	90	240	250	250
Koszty	-	1 800 zł	4 800 zł	5 000 zł	5 000 zł

Tabela 11. Dane z policji dotyczące przestępczości narkotykowej w oparciu o ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2008–2010

	Postępowania wszczęte			Przestępstwa stwierdzone			Podejrzani					
							ogółem			w tym nieletni		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
KMP Radom	180	319	107	427	951	419	212	461	221	49	92	38

Źródło: KGP.

w uzupełnianiu wykształcenia, grupę wsparcia, terapię indywidualną, opiekę medyczną. Placówka umożliwia też dostęp do prowadzonego poza placówką ambulatoryjną programu postrehabilitacyjnego oraz grupy AN. Ograniczanie szkód zdrowotnych obejmuje program realizowany przez MONAR. Dotyczy on między innymi prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu problematyki narkomanii i skierowany jest do określonych grup docelowych. Program polega na niezobowiązujących spotkaniach streetworkera z młodzieżą, a miejsca ich spotkań to dyskoteki, kluby młodzieżowe, ulica, podwórko. Zadaniem streetworkera było nawiązanie kontaktu z młodymi ludźmi oraz przeprowadzenie z nimi rozmów edukacyjnych w aspektach dotyczących niebezpiecznych zachowań z narkotykami oraz udzielenie im informacji na temat miejsc pomocowych.

Liczba osób objętych programem „Streetworker” rośnie. W latach 2006–2008 zdecydowanie więcej było w nim chłopców, natomiast w roku 2009 i 2010 liczba chłopców i dziewcząt była zbliżona, jednak cały czas liczniejsza była grupa chłopców.

Liczba godzin zrealizowanych w programie stopniowo rosła, w roku 2008 zwiększyła się ponad trzykrotnie (z 90 godz. do 240 godz.) i przez kolejne lata utrzymuje się na stałym poziomie.

W 2006 roku program „Streetworker” nie był finansowany w ramach GPPN. Dopiero w roku 2007 otrzymał on wsparcie finansowe, które rokrocznie się zwiększało, a w roku 2009 i 2010 finansowanie było na tym samym poziomie (5000 zł).

Jeśli chodzi o dane na temat przestępczości narkotykowej, to dysponujemy jedynie informacjami z lat 2008–2010. W 2009 roku stwierdzono najwyższą liczbę przestępstw oraz podejrzanych w Radomiu: 951. W 2010 roku liczba przestępstw oraz osób podejrzanych wróciła do poziomu z 2008 roku.

Wdrażanie monitorowania

Mając na uwadze potrzebę sporządzania kolejnych raportów, ich treść w przyszłości dopełniłyby poniższe elementy:

- Utworzenie stałego zespołu do spraw monitoringu problemu narkotyków i narkomanii na poziomie gminy.
- Realizacja lub zlecenie realizacji corocznego monitoringu oraz analiza trendów związanych ze zjawiskiem narkomanii na poziomie gminy.
- Ujednolicenie systemu zbierania danych do raportu (arkusz zbiorczy, zaplanowane obszary i wskaźniki badań).
- Cykliczna realizacja lub zlecenie realizacji na terenie gminy badania dotyczącego rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji mieszkańców gminy, wśród młodzieży szkolnej, oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków, zasięgu i jakości realizowanych programów profilaktycznych oraz postaw mieszkańców gminy wobec osób uzależnionych od narkotyków.

Sprostowanie

Gorąco przepraszamy Panią Martę Herzberg, autorkę artykułu opublikowanego w Serwisie Informacyjnym NARKOMANIA nr 3/2011, za błędne podanie miejsca zatrudnienia. Pani Marta Herzberg jest zatrudniona na Wydziale Społeczno-Ekonomicznym Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy.

Redakcja

UZALEŻNIENIA BEHAVIORALNE W INTERNECIE



NOWY FUNDUSZ

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl) zarządza w imieniu ministra zdrowia powstałym niedawno Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Środki finansowe w ramach Funduszu mogą być przekazywane nie tylko na programy związane z tematyką hazardu, ale także na zadania w ramach tzw. szeroko pojętych uzależnień behawioralnych, czyli uzależnień niezwiązanych z substancjami psychoaktywnymi. Należą do nich, oprócz hazardu, np. zakupoholizm, nadmierne używanie internetu lub komputera, seksoholizm, pracoholizm i inne, do których włącza się tzw. nowe uzależnienia. Niewiele jest polskich źródeł informacji na temat uzależnień behawioralnych, ale nie tylko polskich – piśmiennictwo w tej dziedzinie poza Stanami Zjednoczonymi również jest bardzo skromne. Wiąże się to m.in. z niepewnym statusem części uzależnień behawioralnych. Na przykład zaburzenia związane z nadużywaniem internetu dopiero mają wejść do klasyfikacji DSM i ICD. Przedstawiamy dostępne w internecie serwisy poświęcone uzależnieniom behawioralnym.



NETADDICTION.COM

Netaddiction.com to strona prowadzonego przez dr Kimberley Young Centrum Uzależnienia od Internetu. Dr Young uchodzi za światowy autorytet w tej dziedzinie. Jest autorką m.in. testów diagnozujących występowanie problemu uzależnienia od internetu i licznych publikacji na ten temat.

Na stronie znajdują się działy poświęcone problemom z pornografią w cyberprzestrzeni, hazardem on-line, grami komputerowymi (przede wszystkim tzw. MMOs – Massively Multiplayer Online games), jak również zakupom internetowym i nadmiernemu korzystaniu z sieci. Serwis zawiera również materiały informacyjne, artykuły i testy samooceny. Ze strony można przejść do bloga dr Young (netaddictionrecovery.blogspot.com), na którym znajdują się aktualne informacje i krótkie artykuły omawiające najnowsze publikacje naukowe w dziedzinie uzależnienia od internetu, prowadzone badania w tym obszarze itp.



SIECIOHOLIZM.EU

To jedyna polska strona w całości poświęcona problemowi uzależnienia od internetu. Niestety, jej zasoby są niewielkie, a składają się na nie krótkie opracowania dotyczące rozpoznawania problemu uzależnienia od internetu, leczenia, zasad korzystania z komputera przez dzieci oraz zbiór linków do artykułów publikowanych w różnego rodzaju magazynach.

Oprócz tego na stronie zamieszczono test autorstwa dr. Bohdana Woronowicza, stworzony w oparciu o test uzależnienia od hazardu CAGE.

Ten skromny serwis prowadzony jest przez Centrum Konsultacyjne AKMED (www.akmed.waw.pl), na którego stronach można znaleźć informacje o innych rodzajach uzależnień behawioralnych, m.in. o zakupoholizmie, pracoholizmie, nadużywaniu komputera czy o tzw. nowych uzależnieniach. Te ostatnie to np. nadmierne spożywanie słodczy, uzależnienie od opalania (tanoreksja) czy od telefonu komórkowego. Autorzy serwisu zaznaczają, że termin uzależnienie jest w tych wypadkach stosowany umownie czy potocznie, choć opisywane problemy mogą skutkować poważnymi komplikacjami. Na stronie można też znaleźć informacje o uzależnieniu od Facebooka.

FILMY DOKUMENTALNE ON-LINE

W ostatnim czasie powstaje coraz więcej stron umożliwiających oglądanie filmów dokumentalnych w streamingu – bez opłat i legalnie. To ostatnie może dziwić, jednak trzeba pamiętać, że dokumenty powstają najczęściej dla celów niekomercyjnych, jako produkcje niezależne lub finansowane przez publiczne telewizje czy ośrodki kultury.

Stąd w sieci wiele serwisów dokumentalnych, a część z nich posiada rozbudowane działy tematyczne poświęcone narkotynom. Prezentowane filmy pochodzą ze strony watchdocumentary.com, jednak adresów oferujących streaming jest znacznie więcej, a najłatwiej znaleźć je po prostu przez wyszukiwarkę.



J IS FOR JUNKIE

Ze wstępu filmu Coreya Davisa dowiadujemy się o powodach jego zainteresowania problemem cracku, czyli kokainy do palenia, która w latach 80. ubiegłego stulecia stała się prawdziwą epidemią w Stanach Zjednoczonych. Autor pochodzi ze środowiska dotkniętego problemem uzależnienia od cracku.

Na treść filmu składają się wywiady z mieszkańcami „pokoju gościnnego” (*living-room*), czyli rodzaju „mety” dla bezdomnych, ulokowanej na tyłach stacji benzynowej w Atlancie. Oglądamy użytkowników cracku, biorących go od 20-30 lat: osoby złamane przez życie i chore z jednej strony i pięćdziesięcioletnich „freaków” z drugiej. Opowiadają oni o swoim podejściu do nałogu i sposobach radzenia sobie z codziennymi potrzebami, nazywają swoje problemy i pokazują, jak żyją. Wyjaśniają też, jak doszło do uzależnienia – tu najczęściej wskazują na obecność narkotyków w rodzinie.

Film co prawda nie wnosi zbyt wiele w tematykę narkomanii, ale przeżywa prezentowanymi historiami.



CITY ADDICTED TO METH

Film opowiada o uzależnionych rodzinach, w tym także o dzieciach, którym rodzice zezwalają na branie; mówi też o uzależnionych, którzy lubią swój styl życia. Jedna z bohaterek wyjaśnia: „Nie znoszę nie być czysta i nie znoszę być czysta”.

Metamfetamina, czyli z ang. *meth* albo *crystal meth*, to pochodna amfetaminy, którą bardzo łatwo uzyskać z legalnie dostępnych środków i która bardzo silnie i szybko uzależnia. W Stanach Zjednoczonych obecnie znaczna część kampanii profilaktycznych odnosi się właśnie do tego narkotyku, który stał się epidemią XXI wieku – podobnie jak crack w latach 80.

Prezenter filmu – Louis Theroux, prowadzący serię dokumentów dla sieci BBC – dokonuje pogłębionej obserwacji zjawiska w jednym z kalifornijskich miasteczek, które boryka się z problemem używania metamfetaminy. Podążając za bohaterami, trafia on do różnych środowisk i miejsc: do młodych rodzin, do producentów i dilerów metamfetaminy, wieloletnich jej użytkowników, a nawet na terapię i do więzienia.

Podobnie jak w filmie o cracku, tak i w przypadku metamfetaminy

dużą rolę w uzależnieniu bohaterów filmu od tej substancji odegrały ich rodziny i wzorce w nich panujące. Historie poszczególnych członków są bardzo podobne, zmieniała się tylko substancja, od której są uzależnieni.

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, <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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne